



SALINAN

GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

NOMOR 51 TAHUN 2020

TENTANG

TATA KELOLA RUMAH SAKIT PARU RESPIRA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

- Menimbang :
- a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat, memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan tata kelola yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh masyarakat;
  - b. bahwa untuk menjamin operasional Rumah Sakit Paru Respira dan hubungan kerja antara pemilik, pengelola, dan Staf Medis dapat berjalan dengan baik perlu diatur dalam suatu tata kelola;
  - c. bahwa berdasarkan ketentuan dalam Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, salah satu kewajiban rumah sakit adalah menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit;
  - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Tata Kelola Rumah Sakit Paru Respira;

- Mengingat :
- 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 3), sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1955 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 3 Jo. Nomor 19 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1955 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 827);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2012 tentang Keistimewaan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 170, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5339);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah 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);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1950 tentang Berlakunya Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1950 tentang Pembentukan Provinsi Djawa Timur, Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta, Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1950 tentang Pembentukan Provinsi Djawa Tengah, dan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1950

tentang Pembentukan Provinsi Djawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 58);

7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416);
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit;

#### MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG TATA KELOLA RUMAH SAKIT PARU RESPIRA.

#### BAB I

#### KETENTUAN UMUM

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Peraturan Internal Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Tata Kelola Rumah Sakit adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal Staf Medis.
2. Peraturan Internal Korporasi Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Tata Kelola Organisasi Rumah Sakit adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan Staf Medis di rumah sakit.

3. Peraturan Internal Staf Medis Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Tata Kelola Staf Medis Rumah Sakit adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di rumah sakit.
4. 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 keuangan daerah pada umumnya.
5. Rencana Strategis yang selanjutnya disebut Renstra adalah dokumen perencanaan BLUD untuk periode 5 (lima) tahunan.
6. Rencana Bisnis dan Anggaran BLUD yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD RS Paru Respira, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran SKPD.
7. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan Pemerintahan Daerah DIY yang dibahas dan disetujui bersama oleh Pemerintah Daerah DIY dan DPRD DIY, dan ditetapkan dengan peraturan daerah.
8. Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah adalah unit pelaksana teknis RS Paru Respira yang melaksanakan kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis penunjang tertentu selaku kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang.
9. Pejabat Pengelola BLUD adalah Pemimpin BLUD, Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis yang bertanggung jawab terhadap kinerja umum, operasional, pelaksanaan kebijakan Fleksibilitas dan keuangan BLUD dalam pemberian layanan yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada BLUD yang bersangkutan.
10. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah

sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitannya yang melibatkan unsur masyarakat.

11. Jabatan Fungsional adalah jabatan fungsional tertentu yang dalam melaksanakan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
12. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
13. Staf Medis adalah tenaga medis yaitu Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis Paru dan Dokter Spesialis lain yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit Paru Respira.
14. Staf Keperawatan adalah tenaga keperawatan yang dalam tugasnya telah mendapatkan pendidikan formal keperawatan dan melaksanakan fungsi pelayanan keperawatan sesuai tugas dan kewenangan profesinya.
15. Unit Non Struktural adalah organisasi non struktural yang dibentuk untuk mendukung pelaksanaan tugas Rumah Sakit yaitu Satuan Pemeriksaan Internal, Instalasi, Unit, Komite-komite, dan Tim-tim.
16. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Pengelola untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
17. Instalasi adalah unit pelayanan non struktural yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan dan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, radiologi, rehabilitasi medik, laboratorium, farmasi, dan lain-lain.
18. Unit adalah unit non struktural yang mendukung pelayanan rumah sakit seperti peningkatan kompetensi

sumber daya manusia, penyediaan fasilitas sistem informasi dan teknologi, serta penanganan pengaduan, informasi, dan keluhan.

19. Komite dan Tim adalah unit non struktural yang dibentuk dalam hal melaksanakan pemantauan dan pengawasan serta rekomendasi untuk mendukung pelaksanaan tugas Rumah Sakit.
20. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis agar Staf Medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
21. 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
22. Komite Tenaga Kesehatan Profesional lainnya adalah wadah non struktural rumah sakit yang terdiri dari berbagai profesi tenaga kesehatan yang dibentuk untuk membantu direktur dalam menentukan kebijakan yang berkaitan dengan tenaga kesehatan profesional lainnya.
23. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non struktural yang terdiri dari yang bertugas memberikan pertimbangan strategis terkait etik dan hukum kepada Direktur dan berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur
24. Komite Rekam Medis adalah wadah non struktural rumah sakit yang melaksanakan tugas membantu terselenggaranya pengelolaan data rekam medis yang memenuhi standart yang telah ditetapkan, agar tercapai program peningkatan mutu.
25. Komite Farmasi dan Terapi adalah wadah non struktural rumah sakit yang bertugas membantu Direktur dalam menentukan kebijakan penggunaan obat dan pengobatan.
26. Komite Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah wadah non struktural rumah sakit yang bertugas

- membantu Direktur dalam menentukan kebijakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
27. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah wadah non struktural rumah sakit yang bertugas membantu Direktur dalam menentukan kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi.
  28. Komite Etik dan Penelitian Kesehatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang bertugas membantu Direktur dalam menentukan kebijakan penelitian di Rumah Sakit.
  29. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan rumah sakit yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
  30. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap Staf Medis, Staf Keperawatan dan staf kesehatan profesional lainnya untuk menentukan kelayakan di berikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kemampuan dan / atau kompetensinya.
  31. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap Staf Medis, Staf Keperawatan dan staf kesehatan profesional lainnya yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
  32. Mitra bestari adalah sekelompok Staf Medis, Staf Keperawatan dan staf kesehatan profesional lainnya dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
  33. Daerah adalah Daerah Istimewa Yogyakarta.
  34. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta
  35. Gubernur adalah Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta.
  36. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta.
  37. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Paru Respira Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta.

38. Direktur adalah pemimpin BLUD di Rumah Sakit Paru Respira Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta.
39. Pimpinan Rumah Sakit adalah pejabat struktural setingkat eselon III dan IV yang meliputi Direktur, Kepala Seksi dan Kepala Sub Bagian.

#### Pasal 2

Ruang lingkup Tata Kelola Rumah Sakit meliputi:

- a. organisasi pemilik atau yang mewakili;
- b. peran, tugas, dan kewenangan pemilik atau yang mewakili;
- c. peran, tugas, dan kewenangan direktur rumah sakit;
- d. organisasi Staf Medis; dan
- e. peran, tugas, dan kewenangan Staf Medis.

#### Pasal 3

Fungsi Tata Kelola Rumah Sakit sebagai berikut:

- a. sebagai acuan pemilik rumah sakit dalam melakukan pengawasan;
- b. sebagai acuan bagi direktur rumah sakit dalam mengelola rumah sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis operasional;
- c. sarana untuk menjamin efektifitas, efisiensi, dan mutu;
- d. sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan rumah sakit; dan
- e. sebagai acuan bagi penyelesaian permasalahan di rumah sakit antara pemilik, direktur rumah sakit dan Staf Medis.

#### Pasal 4

Tujuan Tata Kelola Rumah Sakit sebagai berikut:

- a. mengatur hubungan pemilik rumah sakit atau yang mewakili, direktur rumah sakit dan Staf Medis;
- b. pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis operasional rumah sakit; dan
- c. pedoman dalam pengaturan Staf Medis.



## BAB II

### POLA DAN PRINSIP TATA KELOLA RUMAH SAKIT

#### Pasal 5

- (1) Rumah Sakit beroperasi berdasarkan pola tata kelola yang meliputi:
  - a. struktur organisasi;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi yang logis; dan
  - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab dan wewenang dalam organisasi.
- (3) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (4) Pengelompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian internal dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.
- (5) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif dan produktif.

#### Pasal 6

- (1) Pola tata kelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) dilaksanakan dengan prinsip:
  - a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. responsibilitas; dan
  - d. independensi.

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

### BAB III

#### TATA KELOLA ORGANISASI RUMAH SAKIT

##### Bagian Kesatu

##### Tanggung Jawab dan Kewenangan Pemilik

##### Pasal 7

- (1) Pemerintah Daerah sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan Rumah Sakit.

- (2) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggung jawabnya mempunyai kewenangan:
- a. menetapkan peraturan tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
  - b. menetapkan dan memberhentikan pejabat pengelola dan Dewan Pengawas;
  - c. menyetujui dan mengesahkan RBA;
  - d. memberikan sanksi dan/atau penghargaan kepada pegawai;
  - e. memberikan persetujuan atas visi dan misi rumah sakit dan mengumumkannya kepada masyarakat serta mereview secara berkala;
  - f. memberikan persetujuan atas rencana strategi, rencana manajemen rumah sakit, maupun kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur operasional;
  - g. memberikan persetujuan program pendidikan, penelitian dan mengawasi mutu program;
  - h. memberikan persetujuan atas rencana rumah sakit untuk mutu dan keselamatan pasien dan menerima serta menindaklanjuti laporan tentang program mutu dan keselamatan pasien;
  - i. mengevaluasi kinerja pejabat pengelola dan Dewan Pengawas; dan
  - j. menutup defisit Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan setelah diaudit.
- (3) Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d, huruf f, dan huruf g dapat didelegasikan kepada Direktur.
- (4) Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e dan huruf h dapat didelegasikan kepada Dewan Pengawas.
- (5) Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf j dilakukan sesuai kemampuan keuangan daerah.

Bagian Kedua  
Kedudukan, Tugas, dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 8

- (1) Rumah sakit berkedudukan sebagai unit pelaksana teknis pada perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
- (2) Rumah Sakit mempunyai tugas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna, khususnya kesehatan paru, pernapasan, dan kesehatan lainnya untuk:
  - a. meningkatkan angka keberhasilan pengobatan (success rate) Tuberculosis;
  - b. menurunkan angka kematian pasien lebih dari 48 (empat puluh delapan) jam;
  - c. meningkatkan rata-rata kunjungan rawat jalan per hari;
  - d. meningkatkan *Bed Occupancy Rate*; dan
  - e. menurunkan *Length of Stay*.
- (3) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Rumah Sakit mempunyai fungsi:
  - a. penyusunan program Rumah Sakit dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan perorangan, khususnya kesehatan paru, pernapasan, dan kesehatan lainnya;
  - b. penyusunan teknis operasional bidang Pelayanan Kesehatan paru, pernapasan, dan kesehatan lainnya;
  - c. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan paru, pernapasan, dan kesehatan lainnya sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
  - d. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui Pelayanan Kesehatan paru, pernapasan, dan kesehatan lainnya secara paripurna sesuai kebutuhan medis;
  - e. pengembangan sumber daya manusia Rumah Sakit;
  - f. pelaksanaan kegiatan ketatausahaan; dan

- g. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (4) Dalam hal pengelolaan keuangan, Rumah Sakit menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.

### Bagian Ketiga Struktur Organisasi Rumah Sakit

#### Pasal 9

Struktur Organisasi Rumah Sakit terdiri atas:

- a. Direktur;
- b. Subbagian Program dan Keuangan;
- c. Subbagian Umum;
- d. Seksi Pelayanan Medis;
- e. Seksi Pelayanan Keperawatan;
- f. Seksi Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis; dan
- g. Jabatan Fungsional;

#### Pasal 10

Selain struktur organisasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9, untuk mendukung pelaksanaan tugas Rumah Sakit dibentuk Unit Non Struktural yang terdiri atas:

- a. Instalasi;
- b. Satuan Pemeriksaan Internal;
- c. Komite Medik;
- d. Komite Keperawatan;
- e. Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya;
- f. Komite Etik dan Hukum;
- g. Komite Rekam Medis;
- h. Komite Farmasi dan Terapi;
- i. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
- j. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- k. Komite Etik Penelitian Kesehatan; dan
- l. Tim dan Panitia *Ad Hoc*.

Bagian Keempat  
Pejabat Pengelola Rumah Sakit  
Paragraf 1  
Umum

Pasal 11

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit berasal dari:
  - a. pegawai negeri sipil; dan/atau
  - b. pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- (2) Pejabat pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggungjawab terhadap kinerja umum operasional, pelaksanaan kebijakan fleksibilitas dan keuangan BLUD dalam pemberian layanan Rumah Sakit;
- (3) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (4) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa pengetahuan, keahlian, keterampilan, integritas, kepemimpinan, pengalaman, dedikasi dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
- (5) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (6) Pejabat Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.

Paragraf 2  
Komposisi Pejabat Pengelola

Pasal 12

- Pejabat Pengelola Rumah Sakit terdiri atas:
- a. Direktur, selaku Pemimpin BLUD;

- b. Kepala Subbagian Program dan Keuangan selaku Pejabat Keuangan; dan
- c. Kepala Subbagian Umum, Kepala Seksi Pelayanan Medis, Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan, dan Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis selaku Pejabat Teknis.

### Pasal 13

- (1) Direktur selaku Pemimpin BLUD bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara keseluruhan.
- (2) Direktur selaku Pemimpin BLUD mempunyai tugas dan wewenang untuk:
  - a. mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait dengan rumah sakit;
  - b. menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan;
  - c. menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan;
  - d. menetapkan kebijakan dan regulasi yang diberlakukan secara internal di Rumah Sakit;
  - e. menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
  - f. menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
  - g. menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai peraturan perundang-undangan;
  - h. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD agar lebih efisien dan produktivitas;
  - i. merumuskan penetapan kebijakan teknis BLUD serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Gubernur;
  - j. menyusun Renstra;

- k. menyiapkan RBA;
  - l. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Gubernur sesuai dengan ketentuan;
  - m. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
  - n. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan BLUD yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada Gubernur; dan
  - o. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Gubernur sesuai dengan kewenangannya.
- (3) Pemimpin bertindak selaku kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang.
- (4) Dalam hal pemimpin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berasal dari pegawai negeri sipil, pejabat keuangan ditunjuk sebagai kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang.

#### Pasal 14

- (1) Kepala Subbagian Program dan Keuangan selaku Pejabat Keuangan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Subbagian Program dan Keuangan selaku Pejabat Keuangan mempunyai tugas :
- a. merumuskan kebijakan terkait pengelolaan keuangan;
  - b. mengoordinasikan penyusunan RBA;
  - c. menyiapkan DPA;
  - d. melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja;
  - e. menyelenggarakan pengelolaan kas;
  - f. melakukan pengelolaan utang, piutang, dan investasi;
  - g. menyusun kebijakan pengelolaan barang milik daerah yang berada dibawah penguasaannya;



- h. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
  - i. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan; dan
  - j. tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.
- (3) Pejabat keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab keuangan.
- (4) Pejabat keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibantu oleh bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran.
- (5) Pejabat keuangan, bendahara penerimaan, dan bendahara pengeluaran harus dijabat oleh pegawai negeri sipil.

#### Pasal 15

- (1) Kepala Subbagian Umum, Kepala Seksi Pelayanan Medis, Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan dan Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis selaku Pejabat Teknis bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Subbagian Umum, Kepala Seksi Pelayanan Medis, Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan dan Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis selaku Pejabat Teknis mempunyai tugas :
- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidangnya;
  - b. melaksanakan kegiatan teknis operasional dan pelayanan sesuai dengan RBA;
  - c. memimpin dan mengendalikan kegiatan teknis operasional dan pelayanan dibidangnya; dan
  - d. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Gubernur dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.
- (3) Pejabat teknis dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidangnya.

- (4) Pelaksanaan tugas pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya.

### Paragraf 3

#### Persyaratan Menjadi Pejabat Pengelola

### Pasal 16

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur sebagai berikut:

- a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pimpinan perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus pegawai negeri sipil dan/atau non pegawai negeri sipil;
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus pegawai negeri sipil;
- g. bagi Direktur yang berstatus non pegawai negeri sipil sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. sudah mendapat pendidikan atau sudah terbiasa dengan konsep dan metode peningkatan mutu; dan
- i. menjamin tersedianya program yang standar untuk melaksanakan rekrutmen, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan bagi semua staf.

## Pasal 17

Syarat untuk dapat diangkat menjadi pejabat keuangan BLUD sebagai berikut:

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman dibidang keuangan dan/atau akuntansi, dan atau perencanaan, dan/atau administrasi umum;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian keuangan;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus pegawai negeri sipil;
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi yang berasal dari pegawai negeri sipil; dan
- g. sudah mendapat pendidikan atau sudah terbiasa dengan konsep dan metode peningkatan mutu.

## Pasal 18

Untuk dapat diangkat menjadi pejabat teknis BLUD harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- a. seorang dokter/dokter gigi/sarjana lain yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit;
- d. berstatus pegawai negeri sipil dan atau non pegawai negeri sipil;
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit;

- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil; dan
- g. sudah mendapat pendidikan atau sudah terbiasa dengan konsep dan metode peningkatan mutu.

#### Paragraf 4

#### Pemberhentian Pejabat Pengelola

#### Pasal 19

Pejabat pengelola dapat diberhentikan karena:

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
- d. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan lain yang telah diatur;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan
- f. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman hukuman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih

#### Paragraf 5

#### Rapat Pejabat Pengelola

#### Pasal 20

- (1) Rapat Pejabat Pengelola diselenggarakan paling sedikit 1 (satu) bulan sekali.
- (2) Keputusan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (3) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (4) Dalam rapat tertentu yang bersifat khusus, Pejabat Pengelola dapat mengundang Dewan Pengawas dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya.

Bagian Kelima  
Kedudukan, Tugas dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 21

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakititan yang dibentuk dan bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
  - a. menentukan arah kebijakan rumah sakit;
  - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategi;
  - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
  - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
  - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
  - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
  - h. mengawasi pengelolaan keuangan BLUD sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
  - i. melaporkan pelaksanaan tugas kepada pemilik Rumah Sakit paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester dan sewaktu-waktu atas permintaan pemilik Rumah Sakit.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Dewan Pengawas mempunyai wewenang:
  - a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
  - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal dengan

- sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direktur dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah sakit dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by laws*) atau dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*);
  - d. meminta penjelasan dari Komite dan/atau Instalasi di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by laws*) atau dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*);
  - e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*); dan
  - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

#### Pasal 22

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

#### Pasal 23

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri atas unsur:
  - a. pemilik Rumah Sakit;
  - b. organisasi profesi;
  - c. asosiasi perumahsakitannya; dan
  - d. tokoh masyarakat.
- (2) Unsur pemilik Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditunjuk oleh pemilik Rumah Sakit.
- (3) Unsur organisasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit

setelah berkoordinasi dengan organisasi profesi tenaga kesehatan.

- (4) Unsur asosiasi perumahsakitannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan asosiasi perumahsakitannya.
- (5) Unsur tokoh masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan tenaga ahli di bidang perumahsakitannya.
- (6) Penentuan jumlah keanggotaan Dewan Pengawas dilaksanakan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (7) Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas dapat membentuk Komite audit atau tim *ad hoc*.

#### Pasal 24

Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan:

- a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakitannya, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
- d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
- e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit; dan
- f. persyaratan lain yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan.

## Pasal 25

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.
- (2) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh pemilik Rumah Sakit.
- (3) Pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti:
  - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
  - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh pemilik Rumah Sakit.
- (5) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberhentikan oleh pemilik dalam hal:
  - a. mengundurkan diri;
  - b. meninggal dunia;
  - c. mutasi jabatan/pensiun apabila Dewan Pengawas berasal dari unsur pemilik; dan
  - d. pergantian kepengurusan apabila Dewan Pengawas berasal dari unsur organisasi profesi, dan/atau organisasi asosiasi.

## Pasal 26

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (3) dan ayat (5), dilakukan penggantian anggota



Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24.

- (2) Anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melanjutkan sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang digantikannya.

#### Pasal 27

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas dewan pengawas, dapat diangkat seorang sekretaris dewan pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan dewan pengawas.
- (3) Sekretaris dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan sekretaris dewan pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

#### Pasal 28

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit.
- (2) Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan sebagai berikut:
  - a. honorarium ketua Dewan Pengawas paling banyak sebesar 40% (empat puluh persen) dari gaji Direktur Rumah Sakit;
  - b. honorarium anggota Dewan Pengawas paling banyak sebesar 36% (tiga puluh enam persen) dari gaji Direktur Rumah Sakit; dan

- c. honorarium sekretaris Dewan Pengawas paling banyak sebesar 15% (lima belas persen) dari gaji Direktur Rumah Sakit.

Bagian Keenam  
Jabatan Fungsional

Pasal 29

- (1) Jabatan fungsional terdiri atas sejumlah tenaga fungsional yang dikategorikan dalam kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Kelompok jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  - a. tenaga medis;
  - b. tenaga keperawatan;
  - c. tenaga kesehatan lainnya; dan
  - d. non tenaga kesehatan.
- (3) Jumlah kelompok jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.

Pasal 30

- (1) Tenaga Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (2) huruf a merupakan dokter atau kelompok dokter yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Tenaga Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Tenaga Medis menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

### Pasal 31

- (1) Tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (2) huruf b merupakan perawat di rumah sakit yang bekerja dalam jabatan fungsional keperawatan.
- (2) Anggota tenaga keperawatan diangkat dan ditempatkan oleh Direktur sesuai prosedur yang berlaku.
- (3) Keanggotaan tenaga keperawatan dapat diberhentikan oleh Direktur sesuai prosedur yang berlaku.
- (4) Anggota tenaga keperawatan mempunyai tugas melaksanakan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi asuhan keperawatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian pengembangan keperawatan.

### Pasal 32

- (1) Tenaga kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (2) huruf c merupakan tenaga kesehatan selain tenaga medis dan tenaga keperawatan di rumah sakit yang bekerja dalam Jabatan Fungsional tenaga kesehatan lainnya.
- (2) Anggota tenaga kesehatan lainnya diangkat dan ditempatkan oleh Direktur sesuai prosedur yang berlaku.
- (3) Keanggotaan tenaga kesehatan lainnya dapat diberhentikan oleh Direktur sesuai prosedur yang berlaku.
- (4) Tenaga kesehatan lainnya mempunyai tugas melaksanakan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan jenis keahliannya.

### Pasal 33

- (1) Jabatan fungsional non tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (2) huruf d merupakan jabatan selain tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Jabatan fungsional non tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan ditempatkan oleh Direktur sesuai prosedur yang berlaku.
- (3) Jabatan fungsional non tenaga kesehatan dapat diberhentikan oleh Direktur sesuai prosedur yang berlaku.
- (4) Jabatan fungsional non tenaga kesehatan mempunyai tugas melaksanakan pelayanan sesuai dengan jenis jabatannya.

### Bagian Ketujuh Unit Non Struktural

#### Paragraf 1 Instalasi

### Pasal 34

- (1) Dalam rangka penyelenggaraan kegiatan Pelayanan Kesehatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan, dibentuk Instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.

### Pasal 35

- (1) Pembentukan dan perubahan Instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaporkan secara tertulis kepada Gubernur melalui Dinas Kesehatan DIY.

## Pasal 36

- (1) Instalasi dipimpin oleh kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (2) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi serta melaporkan kegiatan pelayanan di Instalasinya masing-masing.
- (3) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional, kepala Instalasi wajib berkoordinasi dengan kepala seksi atau kepala sub bagian terkait.

## Paragraf 2

### Satuan Pemeriksaan Internal

## Pasal 37

- (1) Direktur dapat membentuk Satuan Pemeriksaan Internal untuk membantu dalam pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

## Pasal 38

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 mempunyai tugas:
  - a. menyusun perencanaan, koordinasi dan pemeriksaan terpadu di bidang manajemen pelayanan Rumah Sakit yang disetujui Direktur Rumah Sakit dan membuat jadwal pelaksanaan;

- b. mengidentifikasi permasalahan, faktor penyebab dan akibat di bidang manajemen pelayanan rumah sakit;
  - c. membahas hasil temuan pemeriksaan dengan objek pemeriksaan untuk diketahui dan disetujui;
  - d. menyusun dan menyampaikan laporan hasil pemeriksaan kepada Direktur yang mencakup hasil pemeriksaan dan saran tindak lanjut yang bersifat preventif maupun represif;
  - e. melakukan evaluasi terhadap tindak lanjut hasil temuan SPI;
  - f. menguji kebenaran laporan mengenai adanya penyimpangan; dan
  - g. menyusun perencanaan, koordinasi dan pemeriksaan terpadu di bidang manajemen pelayanan Rumah Sakit yang disetujui Direktur Rumah Sakit dan membuat jadwal pelaksanaan.
- (2) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Satuan Pemeriksaan Internal mempunyai 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 pengawasan intern 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.

### Paragraf 3

#### Komite Medik

#### Pasal 39

- (1) Komite Medik merupakan unit non struktural yang terdiri atas tenaga ahli dan profesi yang berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dengan tujuan untuk:
  - a. memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan medis rumah sakit;
  - b. menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medik dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (3) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.

#### Pasal 40

- (1) Susunan organisasi Komite Medik paling sedikit terdiri atas:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. sub komite.
- (2) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Medik paling sedikit dapat terdiri atas:
  - a. ketua dan sekretaris tanpa sub Komite; atau
  - b. ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota Sub Komite.
- (3) Susunan organisasi Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan:
  - a. sikap profesional;

- b. reputasi; dan
  - c. perilaku.
- (4) Selain pertimbangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), penetapan Sekretaris Komite Medik dan Ketua Sub Komite dilaksanakan berdasarkan rekomendasi Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf Rumah Sakit.
- (5) Jumlah keanggotaan Sub Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disesuaikan dengan jumlah Staf Medis di Rumah Sakit.
- (6) Anggota Sub Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (5) terdiri dari:
- a. sub komite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme Staf Medis;
  - b. sub komite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme Staf Medis; dan
  - c. sub komite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi Staf Medis.

#### Pasal 41

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme Staf Medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
- a. melakukan kredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
  - b. memelihara mutu profesi Staf Medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi Staf Medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Komite Medik memiliki fungsi:
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari



kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;

- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian terdiri dari kompetensi, kesehatan fisik dan jiwa, perilaku dan etika profesi;
- c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
- d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
- 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 penugasan klinis.

(3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, Komite Medik memiliki fungsi:

- a. pelaksanaan audit medis;
- b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis;
- c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis rumah sakit tersebut; dan
- d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis yang membutuhkan.

(4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, Komite Medik memiliki fungsi:

- a. pembinaan etik dan disiplin profesi kedokteran;
- b. pemeriksaan Staf Medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
- c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan

- d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (4), Komite Medik berwenang memberikan rekomendasi:
- a. rincian kewenangan klinis;
  - b. surat penugasan klinis;
  - c. penolakan kewenangan klinis;
  - d. perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis;
  - e. tindak lanjut audit medis;
  - f. pendidikan kedokteran berkelanjutan;
  - g. pendampingan (*proctoring*); dan
  - h. pemberian tindakan disiplin.

#### Pasal 42

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41.
- (2) Dalam menjalankan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41, Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

#### Pasal 43

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41, Komite Medik dapat dibantu oleh Panitia *Ad Hoc*.
- (2) Panitia *Ad Hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan usulan Komite Medik.
- (3) Panitia *Ad Hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari Staf Medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari.

- (4) Staf Medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

#### Pasal 44

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh Menteri, Badan Pengawas Rumah Sakit, Dewan Pengawas Rumah Sakit, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan perhimpunan/asosiasi perumahsakititan dengan melibatkan perhimpunan atau kolegium profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di Rumah Sakit
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui:
  - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
  - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
  - c. monitoring dan evaluasi.

#### Paragraf 4

#### Komite Keperawatan

#### Pasal 45

- (1) Komite Keperawatan merupakan unit non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan

rumah sakit dan berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

- (2) Komite Keperawatan dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola asuhan keperawatan yang baik agar mutu pelayanan keperawatan dan keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi serta mengatur penyelenggaraan Komite Keperawatan dalam rangka peningkatan profesi.
- (3) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (4) Susunan Komite Keperawatan terdiri atas:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. subkomite, yang terdiri atas:
    1. sub komite kredensial;
    2. sub komite mutu profesi keperawatan; dan
    3. sub komite etika dan disiplin profesi keperawatan.

#### Pasal 46

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan di Rumah Sakit dengan cara:
  - a. melakukan kredensial dan rekredensial bagi seluruh tenaga perawat yang akan melakukan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit;
  - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi perawat.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi Kredensial dan rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
  - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Keperawatan berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;

- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan jiwa, perilaku dan etika profesi;
  - c. evaluasi data pendidikan keperawatan 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 Keperawatan; dan
  - g. melakukan proses Rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi Staf Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit keperawatan;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dan kegiatan eksternal; dan
  - c. rekomendasi pendampingan tenaga perawat.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi Staf Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, Komite Keperawatan memiliki tugas:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan;
  - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
  - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.

#### Pasal 47

Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46.

#### Pasal 48

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46, Komite Keperawatan dapat dibantu oleh Panitia *Ad Hoc*.
- (2) Panitia *Ad Hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari.

#### Pasal 49

- (1) Komite Keperawatan menyusun Peraturan Internal Staf Keperawatan yang disahkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Peraturan Internal Staf Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh Komite Keperawatan dan Staf Keperawatan dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik di Rumah Sakit.
- (3) Tata cara penyusunan Peraturan Internal Staf Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan berpedoman pada peraturan menteri kesehatan.

#### Paragraf 5

Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya

#### Pasal 50

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya merupakan unit non struktural yang terdiri atas berbagai macam profesi kesehatan yang meliputi:

- a. gizi;
- b. sanitarian;
- c. apoteker;
- d. asisten apoteker;
- e. analis laboratorium;
- f. penyuluh kesehatan masyarakat;
- g. *radiographer*;
- h. rekam medis; dan
- i. fisioterapi,

yang dibentuk serta bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

- (2) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dengan tujuan untuk memberikan Pelayanan Kesehatan profesional lainnya dalam rangka peningkatan dan pengembangan rumah sakit.
- (3) Susunan Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas:
  - a. seorang ketua merangkap anggota;
  - b. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
  - c. beberapa orang anggota.
- (4) Anggota Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, terbagi kedalam subkomite yang terdiri atas:
  - a. sub komite kredensial;
  - b. sub komite mutu profesi Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya; dan
  - c. sub komite etika dan disiplin profesi Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya.

#### Pasal 51

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 50 memiliki tugas:
  - a. meningkatkan mutu dan profesionalisme tenaga kesehatan lain yang bekerja di rumah sakit;

- b. melaksanakan kredensial terhadap tenaga kesehatan lainnya yang berkerja di rumah sakit; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Meningkatkan mutu dan profesionalisme tenaga kesehatan lain yang bekerja di rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilaksanakan dengan cara:
- a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktik;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lainnya;
  - c. melakukan audit profesi tenaga kesehatan lainnya; dan
  - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (3) Melaksanakan kredensial terhadap tenaga kesehatan lainnya yang berkerja di rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilaksanakan dengan cara:
- a. menyusun daftar Rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
  - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
  - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis Tenaga Kesehatan Lainnya;
  - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis Tenaga Kesehatan Lainnya;
  - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
  - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit.
- (4) Menjaga disiplin, etika dan perilaku tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dilaksanakan dengan cara:



- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lainnya;
- b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
- c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik profesi dalam Pelayanan Kesehatan;
- d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis;
- e. memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan;
- f. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lainnya; dan
- g. memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan.

#### Pasal 52

Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 berwenang dalam memberikan rekomendasi:

- a. rincian kewenangan klinis;
- b. perubahan rincian kewenangan klinis;
- c. penolakan kewenangan klinis tertentu;
- d. Surat Penugasan Klinis;
- e. tindak lanjut audit;
- f. pendidikan tenaga kesehatan berkelanjutan;
- g. pendampingan; dan
- h. pemberian tindakan disiplin.

#### Paragraf 6

#### Komite Etik dan Hukum

#### Pasal 53

- (1) Komite Etik dan Hukum merupakan unit non struktural yang membantu Direktur dalam:
  - a. penerapan etika rumah sakit dan hukum perumahsakitannya; dan
  - b. menangani dilema etik dan masalah hukum,

yang berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur

- (2) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (3) Susunan Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  - a. seorang ketua merangkap anggota;
  - b. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
  - c. anggota.
- (4) Selain susunan organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dalam Komite Etik dan Hukum dapat dibentuk subkomite etik penelitian sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.

#### Pasal 54

- (1) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 memiliki tugas:
  - a. menyusun Panduan Etik dan Perilaku;
  - b. menyusun Pedoman Etika Pelayanan;
  - c. membina penerapan Etika Pelayanan, Etika Penyelenggaraan, dan hukum perumahsakitian;
  - d. mengawasi pelaksanaan penerapan Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan;
  - e. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
  - f. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum;
  - g. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di Rumah Sakit;
  - h. memberikan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum; dan

- i. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Etik dan Hukum memiliki fungsi:
- a. pengelolaan data dan informasi terkait etika Rumah Sakit;
  - b. pengkajian etika dan hukum perumahsakitian, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai-nilai bioetika dan humaniora;
  - c. sosialisasi dan promosi Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman etika pelayanan;
  - d. pencegahan penyimpangan Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman Etika Pelayanan;
  - e. monitoring dan evaluasi terhadap penerapan Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman Etika Pelayanan;
  - f. pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan Panduan Etik dan Perilaku dan pedoman Etika Pelayanan;
  - g. penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal Rumah Sakit; dan
  - h. penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi.

#### Paragraf 7

#### Komite Rekam Medis

#### Pasal 55

- (1) Komite Rekam Medis merupakan unit non struktural yang terdiri atas tenaga ahli dan profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam hal rekam medis untuk peningkatan dan

pengembangan rumah sakit dan berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.

- (2) Komite Rekam Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (3) Susunan Komite Rekam Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas:
  - a. seorang ketua merangkap anggota;
  - b. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
  - c. beberapa orang anggota.

#### Pasal 56

Komite Rekam Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 memiliki tugas:

- a. merekomendasikan standar dan kebijakan pelayanan Rekam Medis sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- b. memberikan usulan bentuk Formulir Rekam Medis sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- c. merekomendasikan upaya yang diperlukan dalam penanggulangan permasalahan terkait pelayanan Rekam Medis; dan
- d. menganalisa secara teratur isi Rekam Medis dalam kegiatan *Open Medical Record Review* dan *Closed Medical Record Review* untuk menentukan apakah informasi klinis telah mengakomodir kebutuhan dan standar pelayanan asuhan pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### Paragraf 8

#### Komite Farmasi dan Terapi

#### Pasal 57

- (1) Komite Farmasi dan Terapi merupakan unit non struktural yang terdiri atas tenaga ahli dan profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis dalam pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional

kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan rumah sakit dan berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.

- (2) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (3) Susunan Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas:
  - a. seorang ketua merangkap anggota;
  - b. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
  - c. beberapa orang anggota.

#### Pasal 58

- (1) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 memiliki tugas:
  - a. mengembangkan formularium di Rumah Sakit dan merevisinya;
  - b. mengevaluasi untuk menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota Staf Medis;
  - c. menetapkan pengelolaan obat yang digunakan di Rumah Sakit dan yang termasuk dalam kategori khusus;
  - d. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan mengenai penggunaan obat di Rumah Sakit sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional;
  - e. melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di Rumah Sakit dengan mengkaji *medical record* dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi;
  - f. mengumpulkan dan meninjau laporan mengenai efek samping obat; dan
  - g. menyebarkan ilmu pengetahuan yang menyangkut obat kepada Staf Medis dan perawat.

- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Farmasi dan Terapi memiliki wewenang:
  - a. memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan obat dan alat kesehatan;
  - b. monitoring dan evaluasi penggunaan obat di rumah sakit; dan
  - c. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan obat dan alat kesehatan di Rumah Sakit.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tanggung jawab:
  - a. memberikan rekomendasi pada pimpinan rumah sakit untuk mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional;
  - b. mengoordinir pembuatan pedoman diagnosis dan terapi serta formularium Rumah Sakit;
  - c. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak yang terkait;
  - d. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat dan memberikan umpan balik atas hasil pengkajian.

#### Paragraf 9

#### Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

#### Pasal 59

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan unit non struktural yang terdiri atas tenaga ahli dan profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis terkait peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan rumah sakit dan berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.

- (3) Susunan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
- a. seorang ketua merangkap anggota;
  - b. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
  - c. beberapa orang anggota.

#### Pasal 60

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 memiliki tugas:

- a. memberikan masukan kepada pimpinan dalam penetapan arah dan kebijakan peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit;
- b. menjadi motor penggerak penyusunan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
- c. memonitor dan memandu penerapan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di unit kerja;
- d. membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu dan menindaklanjuti hasil pencapaian indikator;
- e. melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas RS secara keseluruhan;
- f. menentukan profil indikator mutu, metode analisis dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di Rumah Sakit;
- g. menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data dan bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan;
- h. menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait dan menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
- i. terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- j. bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf;

- k. menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- l. menangani insiden keselamatan pasien yang meliputi pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab insiden keselamatan pasien;
- m. mengoordinasikan penyusunan program manajemen resiko Rumah Sakit; dan
- n. menyusun laporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit.

#### Paragraf 10

#### Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

#### Pasal 61

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan unit non struktural pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mempunyai fungsi utama menjalankan pencegahan dan pengendalian infeksi serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk pencegahan infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa Tuberkulosis, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan infeksi menular lainnya dan berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dengan tujuan untuk untuk menyelenggarakan tata kelola pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik agar mutu pelayanan medis serta keselamatan pasien dan pekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan terjamin dan terlindungi.
- (3) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.



- (4) Susunan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri atas:
- a. seorang ketua merangkap anggota; dan
  - b. seorang sekretaris merangkap anggota;
- yang dibantu oleh Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

#### Pasal 62

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 61 memiliki tugas:

- a. membuat dan mengevaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi;
- b. melaksanakan sosialisasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan Rumah Sakit;
- c. membuat standar prosedur operasional pencegahan dan pengendalian infeksi;
- d. menyusun dan mengevaluasi pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi dan program pendidikan dan pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi;
- e. bekerja sama dengan tim pencegahan dan pengendalian infeksi dalam melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa infeksi HAIs;
- f. memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
- g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya dalam pencegahan dan pengendalian infeksi;
- h. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
- i. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia Rumah Sakit dalam pencegahan dan pengendalian infeksi;

- j. melakukan pertemuan berkala termasuk evaluasi kebijakan;
- k. menerima laporan dari tim pencegahan dan pengendalian infeksi dan membuat laporan kepada Direktur;
- l. berkoordinasi dengan unit terkait;
- m. memberikan usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pemantauan kuman/mikroba dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarluaskan data resistensi antibiotika;
- n. turut menyusun kebijakan *clinical governance* dan *patient safety*;
- o. menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja;
- p. mengembangkan, mengimplementasikan dan mengkaji kembali secara periodik rencana manajemen pencegahan dan pengendalian infeksi apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit;
- q. memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi;
- r. menentukan sikap penutupan ruang rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
- s. melakukan pengawasan terhadap tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/*monitoring surveilans* proses; dan
- t. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada kejadian luar biasa di rumah sakit.

#### Paragraf 11

#### Komite Etik Penelitian Kesehatan

#### Pasal 63

- (1) Komite Etik Penelitian Kesehatan merupakan unit non struktural yang terdiri atas staf yang telah mengikuti

pelatihan Etik Penelitian yang dibentuk serta bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

- (2) Komite Etik Penelitian Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dengan tujuan untuk memberikan penilaian terhadap penelitian yang akan dilakukan di rumah sakit baik dari segi ilmiah maupun etika penelitian rumah sakit.
- (3) Susunan Komite Tenaga Etik Penelitian terdiri dari seorang ketua dan seorang sekretaris yang merangkap anggota serta beberapa orang anggota.

#### Pasal 64

Komite Etik Penelitian Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 memiliki tugas:

- a. melakukan telaah secara independen terhadap semua protokol penelitian kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek;
- b. melakukan telaah penelitian menggunakan Pedoman Telaah Etik Penelitian yang mengikutsertakan Manusia sebagai Subjek yang disusun dan diterbitkan oleh Komite Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional;
- c. memberikan persetujuan etik (*Ethical Clearance/Ethical Approval*);
- d. mengeluarkan Surat Tanda Laik Etik Penelitian agar Subjek terlindungi, Peneliti terlindungi dan Jurnal bisa diterbitkan sebagai upaya diseminasi hasil penelitian; dan
- e. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan penelitian yang telah memperoleh persetujuan etik.

#### Pasal 65

Komite Etik Penelitian Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 memiliki wewenang:

- a. memberikan perlindungan terhadap subjek penelitian kesehatan, serta memastikan mekanisme kerja secara efektif dan efisien;

- b. menarik kembali/membatalkan persetujuan etik yang telah diberikan jika di kemudian hari ditemukan pelanggaran selama pelaksanaan penelitian; dan
- c. memberikan perlindungan terhadap subjek penelitian kesehatan, serta memastikan mekanisme kerja secara efektif dan efisien.

#### Pasal 66

Komite Etik Penelitian Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 bertanggung jawab dalam:

- a. menelaah dan mengawasi semua penelitian yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek; dan
- b. terlaksananya penelitian kesehatan yang bermutu melalui penilaian dan pengambilan keputusan tentang kelayakan etis suatu penelitian.

#### Paragraf 12

Tim dan Panitia *Ad Hoc*

#### Pasal 67

- (1) Tim dan Panitia *Ad Hoc* merupakan unit non struktural yang terdiri atas tenaga ahli dan profesi yang dibentuk dalam rangka peningkatan dan pengembangan rumah sakit dan berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Tim dan Panitia *Ad Hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (3) Tim dan Panitia *Ad Hoc* terdiri dari seorang ketua dan seorang sekretaris yang merangkap anggota serta beberapa orang anggota.

#### Pasal 68

Tim dan Panitia *Ad Hoc* sebagaimana dimaksud dalam Pasal 67 terdiri atas:

- a. tim Tuberkulosis;
- b. tim HIV;

- c. tim Program Pencegahan Resisten Antibiotik;
- d. tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
- e. tim Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
- f. tim Siaga Bencana;
- g. tim Geriatri Terpadu;
- h. tim Koordinasi Pendidikan;
- i. tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya;
- j. tim Pencegahan Fraud; dan
- k. panitia pengadaan barang dan jasa.

## Bagian Kedelapan

### Tata Kerja

#### Pasal 69

Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

#### Pasal 70

Tata kerja pengawasan dilaksanakan dengan mekanisme sebagai berikut:

- a. review pelayanan pasien dilaksanakan oleh Komite Medis dan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
- b. pengawasan keuangan dan anggaran dilaksanakan oleh Satuan Pemeriksaan Internal; dan
- c. pengawasan fasilitas dan keselamatan dilaksanakan oleh:
  - 1. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
  - 2. Tim Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
  - dan
  - 3. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

#### Pasal 71

Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.

#### Pasal 72

Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala pada waktunya.

#### Pasal 73

Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan memberikan petunjuk kepada bawahannya.

#### Pasal 74

Kepala sub bagian, kepala seksi, ketua komite, kepala instalasi, kepala unit, ketua tim dan panitia wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya.

#### Pasal 75

Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74, tembusan laporan lengkap dengan lampirannya disampaikan kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

#### Pasal 76

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi dibantu oleh kepala satuan organisasi di bawahnya.

- (2) Dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan, pimpinan satuan organisasi wajib mengadakan rapat berkala.

#### Pasal 77

- (1) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya.
- (2) Dalam hal terjadi penyimpangan, pimpinan satuan organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib melaksanakan prosedur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

#### Bagian Kesembilan

##### Rapat

##### Paragraf 1

##### Rapat Rutin

#### Pasal 78

- (1) Rapat rutin merupakan rapat terjadwal yang diselenggarakan Rumah Sakit dan atau Dewan Pengawas dan/atau Komite Medik yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi yang diselenggarakan baik oleh Direksi Rumah Sakit, Dewan Pengawas dan/atau Komite Medik untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi, atau alternatif solusi berbagai masalah rumah sakit.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan baik oleh Direksi Rumah Sakit, Dewan Pengawas, Komite Medik dan/atau Satuan-satuan kerja.
- (4) Rapat rutin dilaksanakan sebulan sekali setiap awal bulan.
- (5) Undangan rapat disampaikan oleh sekretariat dan dapat melampirkan:
  - a. salinan agenda;

- b. satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
- c. satu salinan risalah rapat khusus yang lalu.

#### Paragraf 2

#### Rapat Khusus

#### Pasal 79

- (1) Rapat khusus merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas dan/atau Direksi Rumah Sakit dan/atau Komite Medik untuk menetapkan kebijakan khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas atau Direksi Rumah Sakit dan/atau Komite Medik mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
  - a. terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan;
  - b. terdapat permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit setengah lebih dari satu anggota; atau
  - c. membahas perubahan Tata Kelola Rumah Sakit.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh sekretariat kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta baik oleh anggota Dewan Pengawas dan/atau Direksi Rumah Sakit dan/atau Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

#### Paragraf 3

#### Rapat Tahunan

#### Pasal 80

- (1) Rapat tahunan merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Pimpinan Rumah Sakit setiap tahun, dengan tujuan



untuk evaluasi dan menetapkan kebijakan lebih lanjut operasional rumah sakit.

- (2) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun kalender dan dilaksanakan bulan pertama tahun berjalan.
- (3) Sekretariat menyampaikan undangan tertulis kepada para peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.

#### Paragraf 4

#### Undangan Rapat

#### Pasal 81

Setiap rapat dinyatakan sah hanya apabila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

#### Paragraf 5

#### Peserta Rapat

#### Pasal 82

Selain dihadiri oleh Anggota Dewan Pengawas dan/atau Direksi Rumah Sakit dan/atau Komite Medik, rapat rutin dapat dihadiri oleh pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit atau dari luar lingkungan Rumah Sakit.

#### Paragraf 6

#### Pejabat Ketua

#### Pasal 83

Dalam hal ketua dan wakil ketua berhalangan hadir dalam rapat, maka bila kuorum telah tercapai, penggagas rapat dapat memilih pimpinan rapat.

Paragraf 7

Kuorum

Pasal 84

- (1) Rapat hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memenuhi syarat apabila dihadiri setengah plus satu dari seluruh undangan rapat.
- (3) Bila kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, hari dan jam pada waktu yang ditentukan berikutnya.
- (4) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada waktu yang ditentukan berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3), maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat berikutnya.

Paragraf 8

Risalah Rapat

Pasal 85

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat menjadi tanggung jawab sekretaris.
- (2) Risalah rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disahkan dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh ketua rapat.

Paragraf 9

Pemungutan Suara

Pasal 86

Kecuali telah diatur dalam Tata Kelola Rumah Sakit, maka berlaku ketentuan:

- a. setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota rapat pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
- b. putusan rapat didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
- c. dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama, maka ketua atau wakil ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara yang kedua kalinya; dan
- d. suara yang diperhitungkan hanyalah suara anggota yang hadir pada rapat tersebut.

#### Paragraf 10

#### Pembatalan Putusan Rapat

#### Pasal 87

- (1) Keputusan rapat dapat diubah atau dibatalkan, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Tata Kelola Rumah Sakit.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima, maka usulan tidak dapat dilanjutkan dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

#### Bagian Kesepuluh

#### Pengaturan Regulasi Internal Rumah Sakit

#### Paragraf 1

#### Regulasi Internal Rumah Sakit

#### Pasal 88

- (1) Regulasi internal Rumah Sakit dapat berupa kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur operasional.

- (2) Direktur dalam menyusun regulasi internal rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menetapkan Tata Naskah rumah sakit.

#### Paragraf 2

#### Aspek Pengaturan Regulasi Internal Rumah Sakit

#### Pasal 89

Pengaturan regulasi internal rumah sakit meliputi aspek:

- a. pendokumentasian regulasi dengan dicetak dan disimpan dalam bentuk digital;
- b. peninjauan dan persetujuan semua regulasi oleh pihak yang berwenang sebelum diterbitkan;
- c. proses peninjauan regulasi berkelanjutan yang ditetapkan waktunya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- d. pengendalian dalam rangka memastikan bahwa hanya regulasi terbaru dan relevan yang tersedia;
- e. tata cara identifikasi adanya perubahan dalam regulasi;
- f. upaya pemeliharaan identitas dan keterbacaan regulasi agar jelas, singkat dan tidak menimbulkan persepsi ganda;
- g. proses pengelolaan regulasi yang berasal dari luar rumah sakit;
- h. proses retensi regulasi yang sudah tidak terpakai sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan
- i. identifikasi dan pelacakan semua dokumen yang beredar.

#### Bagian Kesebelas

#### Pengelolaan Sumber Daya Manusia

#### Paragraf 1

#### Tujuan Pengelolaan

#### Pasal 90

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan mengenai sumber daya manusia yang

berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien.

#### Pasal 91

- (1) Sumber daya manusia Rumah Sakit dapat berasal dari pegawai negeri sipil dan atau non pegawai negeri sipil.
- (2) Penerimaan pegawai Rumah Sakit dilaksanakan dengan cara:
  - a. untuk pegawai yang berstatus pegawai negeri sipil dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
  - b. untuk pegawai non pegawai negeri sipil dilakukan dengan mekanisme rekrutmen, *outsourcing*, kerja sama operasional, magang atau cara lain yang efektif dan efisien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Rekrutmen pegawai non pegawai negeri sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, dilakukan dengan cara seleksi kemampuan dasar dan tes kemampuan bidang.
- (4) *Outsourcing* pegawai dilaksanakan berdasarkan kebutuhan tenaga yang ditetapkan oleh Direktur dan dilakukan oleh panitia sesuai ketentuan yang berlaku.
- (5) Kerja sama operasional dilaksanakan sesuai kebutuhan dan dilakukan oleh Direktur dengan pihak ketiga.

#### Paragraf 2

#### Penghargaan dan Sanksi

#### Pasal 92

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas pegawai maka Rumah Sakit menerapkan kebijakan tentang imbal jasa bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.

### Pasal 93

- (1) Rotasi pegawai negeri sipil dan non pegawai negeri sipil dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Rotasi dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
  - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
  - b. masa kerja di unit tertentu;
  - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
  - d. kegunaannya dalam menunjang karir; dan
  - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

### Paragraf 3

#### Pengangkatan Pegawai

### Pasal 94

- (1) Pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari pegawai negeri sipil dan/atau non pegawai negeri sipil yang profesional sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non pegawai negeri sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (3) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari pegawai negeri sipil disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non pegawai negeri sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam peningkatan pelayanan.
- (5) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non pegawai negeri sipil dilakukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### Paragraf 4

#### Disiplin Pegawai

#### Pasal 95

- (1) Disiplin merupakan kesanggupan Pegawai untuk menaati kewajiban dan menghindari larangan yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan dan/atau peraturan kedinasan yang apabila tidak ditaati atau dilanggar dijatuhkan hukuman disiplin.
- (2) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai meliputi:
  - a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri atas teguran lisan, teguran tertulis dan pernyataan tidak puas secara tertulis;
  - b. hukuman disiplin sedang, yang terdiri atas penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan
  - c. hukuman disiplin berat yang terdiri atas penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai pegawai negeri sipil dan pemberhentian tidak hormat sebagai pegawai negeri sipil.

#### Paragraf 5

#### Pemberhentian Pegawai

#### Pasal 96

- (1) Pemberhentian pegawai non pegawai negeri sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit non Pegawai Negeri Sipil mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan/atau tidak memperpanjang masa kontrak; dan

- b. pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun dilaksanakan apabila pegawai Rumah Sakit non pegawai negeri sipil telah memasuki masa batas usia pensiun sebagai berikut:
  1. batas usia pensiun tenaga medis 60 tahun;
  2. batas usia pensiun tenaga perawat 58 tahun;
  3. batas usia pensiun tenaga non medis 58 tahun.
- (2) Pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai Rumah Sakit non pegawai negeri sipil melakukan tindakan pelanggaran sesuai yang diatur dalam pasal tentang disiplin pegawai.

## Bagian Keduabelas

### Remunerasi

#### Pasal 97

Remunerasi dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan/atau pensiun yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan pegawai Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Gubernur.

#### Pasal 98

- (1) Pejabat pengelola Rumah Sakit, Dewan Pengawas, sekretaris Dewan Pengawas dan pegawai Rumah Sakit dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan/atau pensiun.
- (3) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan dalam bentuk honorarium.



- (4) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), untuk Rumah Sakit ditetapkan oleh Gubernur berdasarkan usulan Direktur Rumah Sakit melalui Sekretaris Daerah.

#### Pasal 99

- (1) Penetapan remunerasi Direktur Rumah Sakit, mempertimbangkan faktor yang meliputi:
  - a. ukuran dan jumlah aset yang dikelola Rumah Sakit, tingkat pelayanan serta produktivitas;
  - b. pertimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
  - c. kemampuan pendapatan Rumah Sakit bersangkutan; dan
  - d. kinerja operasional Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Gubernur dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.
- (2) Remunerasi pejabat keuangan dan pejabat teknis ditetapkan paling banyak sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari remunerasi Direktur Rumah Sakit.

#### Pasal 100

- (1) Remunerasi bagi Pejabat Pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (1), dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian:
  - a. pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
  - b. keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
  - c. resiko kerja (*risk index*);
  - d. tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
  - e. jabatan yang disandang (*position index*); dan
  - f. hasil/capaian kerja (*performance index*).
- (2) Bagi pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berstatus pegawai negeri sipil, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan pegawai negeri sipil serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang

ditetapkan oleh Gubernur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (4).

#### Pasal 101

- (1) Pejabat pengelola, Dewan Pengawas dan sekretaris Dewan Pengawas yang diberhentikan sementara dari jabatannya memperoleh penghasilan sebesar 50% (lima puluh persen) dari remunerasi/honorarium bulan terakhir yang berlaku sejak tanggal diberhentikan sampai dengan ditetapkannya keputusan definitif tentang jabatan yang bersangkutan.
- (2) Bagi pejabat pengelola berstatus pegawai negeri sipil yang diberhentikan sementara dari jabatannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memperoleh penghasilan sebesar 50% (lima puluh persen) dari remunerasi bulan terakhir di Rumah Sakit sejak tanggal diberhentikan atau sebesar gaji pegawai negeri sipil berdasarkan surat keputusan pangkat terakhir.

#### Bagian Ketigabelas Standar Pelayanan Minimal

#### Pasal 102

- (1) Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit disusun untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diusulkan oleh Pimpinan Rumah Sakit.
- (4) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Gubernur.

### Pasal 103

- (1) Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan:
  - a. fokus pada jenis pelayanan;
  - b. terukur;
  - c. dapat dicapai;
  - d. relevan dan dapat diandalkan; dan
  - e. tepat waktu.
- (2) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (3) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (4) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (5) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (6) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

### Bagian Keempatbelas Pengelolaan Keuangan

### Pasal 104

Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.

## Pasal 105

Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud pasal 104, dalam penatausahaan keuangan Rumah Sakit menerapkan:

- a. kebijakan Akuntansi yang diatur dengan Keputusan Direktur;
- b. standar Akuntansi Keuangan; dan
- c. standar Akuntansi Pemerintahan.

## Bagian Kelimabelas

### Tarif Layanan

## Pasal 106

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan (unit cost).
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) digunakan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.

## Pasal 107

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Pimpinan Rumah Sakit kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Gubernur.
- (3) Dalam hal terdapat jenis pelayanan baru dan/atau perubahan tarif berdasarkan hasil evaluasi atas jenis dan tarif layanan akan diatur lebih lanjut dalam Keputusan Direktur.

- (4) Keputusan Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditindaklanjuti dengan perubahan peraturan gubernur tentang tarif.
- (5) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat serta kompetisi yang sehat.
- (6) Gubernur dapat membentuk tim dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (4).
- (7) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (6), ditetapkan oleh Gubernur yang keanggotaannya dapat berasal dari :
  - a. pembina teknis;
  - b. pembina keuangan;
  - c. unsur perguruan tinggi; dan
  - d. lembaga profesi.

#### Pasal 108

- (1) Peraturan Gubernur mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berpedoman pada ketentuan pasal 107.

#### Bagian Keenambelas

#### Pendapatan dan Biaya

#### Paragraf 1

#### Struktur RBA

#### Pasal 109

Struktur RBA Rumah Sakit terdiri dari pendapatan, belanja dan pembiayaan.

Paragraf 2  
Pendapatan

Pasal 110

Pendapatan Rumah Sakit dapat bersumber dari:

- a. jasa layanan;
- b. hibah;
- c. hasil kerjasama dengan pihak lain;
- d. APBD; dan
- e. lain-lain pendapatan BLUD yang sah.

Pasal 111

- (1) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 huruf a dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (3) Hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 huruf c dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (4) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 huruf d berupa pendapatan yang berasal dari DPA APBD.
- (5) Lain-lain pendapatan BLUD yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 huruf e, meliputi:
  - a. jasa giro;
  - b. pendapatan bunga;
  - c. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
  - d. hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;

- e. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh Rumah Sakit;
- f. hasil investasi; dan
- g. pengembangan usaha.

#### Pasal 112

- (1) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran rumah sakit sesuai RBA.
- (2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (3) Pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 huruf a, huruf d, dan huruf e, dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit.
- (4) Pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada pejabat pengelola keuangan daerah setiap triwulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), mengacu pada ketentuan yang berlaku.

#### Paragraf 3

#### Biaya

#### Pasal 113

- (1) Biaya Rumah Sakit terdiri atas:
  - a. biaya operasional; dan
  - b. biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.

- (4) Biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan.
- (5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

#### Pasal 114

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113 ayat (2), terdiri atas:
  - 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 atas:
  - 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 atas:
  - 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 115

Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam pasal 113 ayat (3) terdiri atas:

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

#### Pasal 116

- (1) Pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113 dilaporkan kepada pejabat pengelola keuangan daerah setiap triwulan.
- (2) Pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan Surat Perintah Membayar Pengesahan yang dilampiri dengan surat pernyataan tanggung jawab.
- (3) Format surat pernyataan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan format laporan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada peraturan yang berlaku.

#### Pasal 117

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

kepada pejabat pengelola keuangan daerah melalui Sekretaris Daerah.

#### Pasal 118

- (1) Ambang batas RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 117 ayat (2), ditetapkan dengan besaran persentase.
- (2) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional Rumah Sakit.
- (3) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan dalam RBA dan daftar pelaksanaan anggaran Rumah Sakit oleh pejabat pengelola keuangan daerah.
- (4) Persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud ayat (1), merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

#### Bagian Ketujuhbelas Pengelolaan Sumber Daya Lain

#### Pasal 119

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

#### Bagian Kedelapanbelas Pengelolaan Sanitasi dan Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit

#### Pasal 120

- (1) Direktur menunjuk pengelola sanitasi dan penyehatan lingkungan Rumah Sakit yaitu Instalasi pemeliharaan sarana dan prasarana Rumah Sakit untuk mengelola

lingkungan fisik, kimia, biologi serta pembuangan limbah yang berdampak pada kesehatan lingkungan internal dan eksternal serta halaman, taman sesuai dengan peraturan perundang-undangan/kebijakan yang berlaku serta berpedoman pada dokumen pengelolaan dan pemantauan lingkungan Rumah Sakit.

- (2) Tugas pokok pengelola sanitasi dan penyehatan lingkungan Rumah Sakit meliputi pengelolaan limbah dan sampah, air bersih, pengawasan dan pengendalian vektor/serangga, sistem pengelolaan lingkungan fisik dan biologi Rumah Sakit serta menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan pendidikan, pelatihan penelitian/pengembangan di bidang penyehatan lingkungan Rumah Sakit.
- (3) Pengelola sanitasi dan penyehatan lingkungan Rumah Sakit berfungsi:
  - a. penyehatan ruang dan bangunan Rumah Sakit;
  - b. penyehatan makanan dan minuman;
  - c. penyehatan air bersih dan air minum;
  - d. pemantauan pengelolaan linen;
  - e. pemantauan kebersihan Rumah Sakit;
  - f. pengelolaan sampah;
  - g. pengendalian serangga dan binatang pengganggu;
  - h. desinfeksi dan sterilisasi ruang;
  - i. pengolahan air limbah; dan
  - j. upaya penyuluhan kesehatan lingkungan dan keselamatan kesehatan kerja (K3).

Bagian Kesembilanbelas  
Kerja Sama/Kontrak

Pasal 121

- (1) Kerja sama antara Rumah Sakit dengan pihak lain dilaksanakan dengan tujuan untuk menjamin tersedianya pelayanan klinis dan manajemen yang dapat dilakukan secara langsung atau melalui kerja sama/kontrak atau perjanjian lainnya.

- (2) Kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
- a. kontrak pelayanan klinis; dan/atau
  - b. kontrak pelayanan manajemen.
- (3) Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kerja sama/kontrak untuk memastikan bahwa pelayanan dapat memenuhi kebutuhan pasien dan merupakan bagian dari aktivitas manajemen dan peningkatan mutu rumah sakit.

#### BAB IV

#### TATA KELOLA STAF MEDIS RUMAH SAKIT

##### Bagian Kesatu

##### Organisasi Staf Medis

##### Paragraf 1

##### Tujuan

##### Pasal 122

Pengorganisasian Staf Medis bertujuan untuk:

- a. memberikan keleluasaan kepada Staf Medis untuk mengatur dirinya sendiri berdasarkan prinsip yang dapat diterima secara umum;
- b. menjamin penyelenggaraan praktik kedokteran sesuai dengan standar profesi yang berlaku;
- c. menjamin seluruh pasien mendapatkan layanan medis dan perhatian serta memastikan pemberian pelayanan medis tidak didasarkan pada suku, agama, ras, etnis, warna kulit, kebangsaan, jenis kelamin, cacat mental atau fisik, umur, kondisi kesehatan, status perkawinan, asal-usul dan orientasi seksual;
- d. menyediakan wadah untuk membahas dan mencari jalan keluar persoalan-persoalan yang berhubungan dengan etika profesi kesehatan atau penyalahgunaan kewenangan klinis oleh Staf Medis;
- e. menyediakan wadah koordinasi dengan pihak Direktur, manajemen dan tenaga kesehatan lainnya;

- f. merumuskan dan memelihara tata tertib, ketentuan dan pengaturan sendiri Staf Medis yang menyelenggarakan praktik kedokteran di Rumah Sakit;
- g. memastikan seluruh Staf Medis selalu berusaha mempertahankan kualitas profesionalnya dalam bekerja sebagai wujud konsekuensi kewenangan klinis yang diberikan dalam melaksanakan pemeriksaan, penegakan diagnosis, pemberian tindakan medis dan pemberian terapi yang tepat; dan
- h. membantu merencanakan pengembangan fasilitas, tenaga dan program Rumah Sakit.

## Paragraf 2

### Pengorganisasian Staf Medis

#### Pasal 123

- (1) Pengorganisasian Staf Medis dapat berupa Kelompok Staf Medik atau Staf Medis Fungsional.
- (2) Kelompok Staf Medik merupakan kelompok yang beranggotakan para tenaga profesional medis yang memberikan pelayanan langsung secara mandiri dalam jabatan fungsional, meliputi Dokter Umum dan Dokter Spesialis.
- (3) Staf Medis Fungsional merupakan Staf Medis dengan jenis spesialisasi Dokter Spesialis yang hanya terdiri dari 1 (satu) orang.

#### Pasal 124

- (1) Dokter dan dokter spesialis yang bekerja di unit pelayanan rumah sakit wajib menjadi anggota kelompok Staf Medis atau sebagai Staf Medis Fungsional.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya, Staf Medis dikelompokkan sesuai spesialisasi atau keahliannya atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus.
- (3) Setiap Kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter atau dokter spesialis, jika hanya 1 (satu)

orang dokter atau dokter spesialis maka dikategorikan sebagai Staf Medis Fungsional.

#### Pasal 125

Pengelompokan Staf Medis berdasarkan spesialisasi/keahlian dilakukan dengan cara pengelompokan dokter dan dokter spesialis dengan spesialisasi/keahlian yang sama ke dalam 1 (satu) kelompok Staf Medis.

#### Pasal 126

Pengelompokan Staf Medis dengan pertimbangan khusus dapat dilakukan dengan cara:

- a. penggabungan tenaga dokter spesialis dengan spesialisasi/keahlian yang berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu; dan
- b. pembentukan kelompok Staf Medis dokter umum dengan membentuk kelompok Staf Medis dokter umum atau bergabung dengan kelompok Staf Medis di mana dokter umum tersebut memberikan pelayanan.

#### Pasal 127

Penempatan Staf Medis dalam Staf Medis Fungsional/Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan surat keputusan direktur atas usulan Komite Medik.

#### Pasal 128

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh Staf Medis yang ditempatkan dalam Kelompok Staf Medis tersebut.
- (2) Ketua Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat berasal dari dokter tetap atau dokter organik.
- (3) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme atau prosedur tetap yang disusun oleh Komite Medik
- (4) Proses pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis wajib melibatkan Komite Medik, kepala seksi pelayanan medik dan/atau Direktur.

- (5) Penetapan ketua Kelompok Staf Medis disahkan dengan surat keputusan Direktur.

Pasal 129

Masa bakti ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

Pasal 130

- (1) Staf Medis Fungsional/Kelompok Staf Medis bertanggung jawab untuk:
- a. memberikan rekomendasi melalui Komite Medik/Sub Komite Kredensial kepada Direktur terhadap permohonan pengangkatan Staf Medis dan pengangkatan kembali;
  - b. melakukan evaluasi penampilan kinerja praktik kedokteran Staf Medis berdasarkan data yang komprehensif;
  - c. memberi kesempatan bagi Staf Medis untuk mengikuti *Continuing Professional Development*/Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan;
  - d. memberi masukan kepada Direktur melalui Komite Medik mengenai hal-hal yang terkait dengan praktik kedokteran;
  - e. membuat laporan melalui Ketua Komite Medik kepada Kepala Seksi Pelayanan Medik;
  - f. membuat Standar Prosedur Operasional kedokteran yaitu Panduan Praktek Praktek Klinik serta dokumen terkait dan merevisinya secara berkala sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan fasilitas Rumah Sakit; dan
  - g. pembuatan Standar Prosedur Operasional kedokteran serta dokumen terkait sebagaimana dimaksud pada huruf f, berikut revisinya harus mendapat persetujuan dari Komite Medik dan Direktur untuk memenuhi asas legalitas.

- (2) Staf Medis Fungsional/Kelompok Staf Medis mempunyai kewajiban:
- a. menyusun standar prosedur operasional administrasi/manajerial di bawah koordinasi dan kendali kepala seksi pelayanan medik yang meliputi pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, ruang tindakan, visite, pertemuan klinik, presentase kasus, prosedur konsultasi;
  - b. menyusun standar prosedur operasional (SPO) Kedokteran berupa Panduan Praktek Klinik minimal untuk 10 penyakit terbanyak di bawah koordinasi dan kendali komite medik;
  - c. menyusun indikator klinis minimal 3 indikator mutu output atau outcome; dan
  - d. menyusun uraian tugas dan kewenangan Staf Medis.

#### Pasal 131

Staf Medis mempunyai fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.

#### Pasal 132

Kewenangan Staf Medis disusun oleh ketua Kelompok Staf Medis kemudian diusulkan oleh Komite Medik kepada Direktur untuk ditetapkan sebagai surat keputusan.

#### Pasal 133

Staf Medis Rumah Sakit bertanggung jawab untuk:

- a. mematuhi seluruh ketentuan kepegawaian yang berlaku pada Pemerintah Daerah dan Rumah Sakit;
- b. menunjukkan komitmen untuk mewujudkan visi dan misi Rumah Sakit;
- c. memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat sesuai kemampuan yang dimilikinya sebagaimana yang dikehendaki oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku;



- d. mematuhi Standar Pelayanan Medis dan standar lain yang ditetapkan Rumah Sakit;
- e. memakai tanda pengenal sebagai Staf Medis Rumah Sakit pada saat memberikan pelayanan medis; dan
- f. berpartisipasi dalam pertemuan untuk membahas masalah medis, perencanaan atau pertemuan lain untuk meningkatkan kinerja pelayanan medis Rumah Sakit.

#### Pasal 134

- (1) Staf Medis Rumah Sakit mempunyai kewajiban umum untuk:
  - a. memberikan pelayanan medis kepada pasien Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan, peraturan dan standar yang berlaku di Rumah Sakit;
  - b. mempelajari dan mematuhi seluruh ketentuan, peraturan dan standar yang berlaku di Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan medis; dan
  - c. tidak memberikan pelayanan medis sebelum dinyatakan memenuhi syarat untuk melakukan praktik kedokteran di Rumah Sakit oleh Sub Komite Kredensial.
- (2) Staf Medis Rumah Sakit mempunyai kewajiban khusus untuk:
  - a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
  - b. merujuk pasien ke dokter atau dokter spesialis yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
  - c. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien meskipun pasien telah meninggal; dan
  - d. melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan kecuali bila Staf Medis Rumah Sakit yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.

Paragraf 3  
Komite Medik

Pasal 135

- (1) Tata Kelola Staf Medis disusun oleh Komite Medik dan disahkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Tata Kelola Staf Medis berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh Komite medik dan Staf Medis dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) di Rumah Sakit.

Pasal 136

- (1) Komite Medik merupakan kelompok jabatan fungsional yang diangkat serta diberhentikan oleh Direktur untuk masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (2) Komite Medik berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Susunan Komite Medik terdiri dari ketua, wakil ketua, sekretaris dan beberapa orang anggota yang terdiri dari masing-masing ketua kelompok Staf Medis secara *ex-officio*.

Pasal 137

- (1) Ketua dan wakil ketua Komite Medik diangkat dan ditetapkan oleh Direktur, berasal dari dokter tetap atau dokter organik yang menjadi ketua kelompok Staf Medis.
- (2) Sekretaris Komite Medik dipilih dan ditetapkan oleh ketua Komite Medik, berasal dari dokter tetap atau dokter organik Staf Medis Rumah Sakit.
- (3) Ketua, wakil ketua dan sekretaris Komite Medik merangkap sebagai anggota Komite Medik dan dapat menjadi ketua dari salah satu sub komite.

Pasal 138

Komite Medik mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. membantu Direktur menyusun standar pelayanan medis dan memantau pelaksanaannya;

- b. melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;
- c. mengatur kewenangan profesi antar Kelompok Staf Medis;
- d. membantu direktur menyusun medical staff by laws dan memantau pelaksanaannya;
- e. membantu direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan medikolegal;
- f. membantu direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait etikolegal;
- g. melakukan koordinasi dengan kepala seksi pelayanan medis untuk memantau dan membina pelaksanaan tugas kelompok Staf Medis;
- h. meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis;
- i. melakukan monitoring dan evaluasi kasus bedah, penggunaan obat, farmasi dan terapi, ketepatan/kelengkapan/keakuratan rekam medis, tissue review, mortalitas dan morbiditas, medical care review/peer review/audit medis melalui pembentukan subkomite/panitia; dan
- j. membuat dan memberikan laporan berkala kepada Direktur.

#### Pasal 139

Komite Medik mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. memberikan saran dalam bidang medik kepada Direktur atau kepala seksi pelayanan medik;
- b. mengoordinasikan dan mengarahkan kegiatan pelayanan medis;
- c. menangani hal-hal yang berkaitan dengan etika kedokteran; dan
- d. menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok Staf Medis.

## Pasal 140

Komite Medik mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. mengusulkan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis kepada Direktur;
- b. memberikan pertimbangan rencana pemeliharaan, pengadaan peralatan dan penggunaan alat kesehatan serta pengembangan pelayanan medis kepada Direktur;
- c. monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis;
- d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran;
- e. memantau dan mengevaluasi penggunaan obat;
- f. melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan profesi antar kelompok Staf Medis;
- g. membentuk tim klinis yang bertugas menangani kasus pelayanan medis yang memerlukan koordinasi lintas profesi seperti penanggulangan kanker terpadu, pelayanan jantung terpadu dan pelayanan terpadu lainnya;
- h. memberikan rekomendasi kepada Direktur tentang kerjasama antara Rumah Sakit dengan rumah sakit lain dan rumah sakit dengan fakultas kedokteran atau kedokteran gigi atau institusi pendidikan lain; dan
- i. menetapkan tugas dan kewajiban subkomite/panitia termasuk pertanggungjawabannya terhadap pelaksanaan suatu program.

## Pasal 141

- (1) Komite Medik menyelenggarakan rapat yang terdiri dari:
  - a. rapat rutin yang dilaksanakan minimal sekali dalam sebulan;
  - b. rapat dengan kelompok Staf Medis dan/atau Staf Medis yang dilaksanakan minimal sekali dalam sebulan;
  - c. rapat dengan Direktur dan/atau Kepala Seksi Pelayanan Medis yang dilaksanakan minimal sekali dalam sebulan;

- (2) Kuorum rapat adalah setengah ditambah satu dari jumlah anggota komite medik.
- (3) Setiap rapat wajib dibuatkan notulen oleh Sekretaris Komite Medik atau peserta rapat yang ditunjuk menjadi sekretaris.
- (4) Notulen rapat ditandatangani oleh pimpinan rapat dan sekretaris rapat.

## Bagian Kedua

### Pengangkatan Staf Medis dan Pengangkatan Kembali

#### Pasal 142

- (1) Pengangkatan Staf Medis dan pengangkatan kembali wajib memperhatikan kebutuhan masyarakat dan kesinambungan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit.
- (2) Kelompok Staf Medis dan/atau Komite Medik wajib membuat tata cara dan persyaratan administrasi untuk pengangkatan Staf Medis dan pengangkatan kembali.
- (3) Dalam membuat tata cara dan persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus mengacu pada standar profesi dan standar kompetensi yang dikembangkan oleh perhimpunan profesi.

#### Pasal 143

Untuk dapat diangkat sebagai Staf Medis Rumah Sakit, seorang dokter harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- a. telah dinyatakan lulus oleh fakultas kedokteran yang terakreditasi di Indonesia atau lulusan fakultas kedokteran luar negeri yang telah menyelesaikan masa adaptasi, dibuktikan dengan ijazah atau keterangan sejenis oleh lembaga yang berwenang;
- b. telah memiliki surat tanda registrasi (STR) dari konsil kedokteran indonesia yang masih berlaku;
- c. membuat surat pernyataan bersedia mengurus ijin praktik setelah diterima secara resmi sebagai Staf Medis;
- d. tidak pernah melakukan pelanggaran etika yang diberikan sanksi oleh organisasi profesi; dan

- e. tidak pernah melakukan pelanggaran hubungan kerja dengan rumah sakit tempat bekerja sebelumnya;

#### Pasal 144

Staf Medis dapat diberhentikan secara tetap atau sementara apabila:

- a. meninggal dunia;
- b. menyatakan mengundurkan diri sebagai Staf Medis Rumah Sakit;
- c. pindah tempat tugas ke rumah sakit lain;
- d. mendapat hukuman disiplin karena pelanggaran peraturan kepegawaian, kode etik profesi dan kode etik Rumah Sakit;
- e. mendapat hukuman karena melakukan tindakan pidana yang telah memiliki kekuatan hukum tetap; dan
- f. dinyatakan oleh dokter penguji kesehatan mengalami cacat fisik atau cacat mental baik yang bersifat permanen atau sementara sehingga tidak memungkinkan untuk menyelenggarakan praktik kedokteran.

#### Pasal 145

- (1) Pengangkatan Staf Medis, pengangkatan kembali, pemberhentian tetap dan pemberhentian sementara dilakukan dalam rapat Sub komite kredensial.
- (2) Rapat Sub Komite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dihadiri oleh Ketua Kelompok Staf Medis di mana Staf Medis tersebut ditempatkan atau akan ditempatkan serta harus dihadiri oleh Kepala Seksi Pelayanan Medik dan atau direktur.

#### Pasal 146

Pengangkatan dan pengangkatan kembali Staf Medis melalui prosedur sebagai berikut:

- a. dokter atau dokter spesialis yang akan diangkat atau diangkat kembali menjadi Staf Medis mengajukan surat permohonan ke Direktur;

- b. surat permohonan ke Direktur sebagaimana di maksud pada huruf a diteruskan ke Komite Medik;
- c. Komite Medik memerintahkan Sub Komite Kredensial untuk menilai persyaratan administrasi;
- d. Sub komite Kredensial menyerahkan hasil penilaian yang bersifat rahasia ke Komite Medik untuk selanjutnya diserahkan ke Direktur dalam amplop tertutup;
- e. sesuai hasil penilaian Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud pada huruf d, Direktur menerbitkan Surat Keputusan untuk menerima atau menolak permohonan untuk diangkat atau diangkat kembali menjadi Staf Medis; dan
- f. dalam hal hasil penilaian panitia Kredensial tersebut memenuhi syarat untuk diangkat atau diangkat kembali, Direktur selanjutnya menerbitkan surat keputusan Penempatan pada Kelompok Staf Medis sesuai kompetensi Staf Medis.

Bagian Ketiga  
Kategori Staf Medis

Pasal 147

Staf Medis berdasarkan hubungan kerja dengan Rumah Sakit dibagi dalam kategori sebagai berikut:

- a. dokter tetap merupakan dokter dan dokter spesialis yang berstatus Aparatur Sipil Negara, bekerja penuh waktu dan mendapat gaji tetap dari DPA Rumah Sakit.
- b. dokter tamu merupakan dokter dan dokter spesialis yang bekerja paruh waktu di Rumah Sakit dan tidak mendapat gaji tetap baik melalui DPA Rumah Sakit maupun anggaran Pemerintah lainnya; dan
- c. dokter kehormatan merupakan dokter yang tidak lagi memiliki hubungan kerja dengan Rumah Sakit namun memiliki keinginan untuk memberikan kontribusi aktif bagi pengembangan Rumah Sakit.

#### Pasal 148

- (1) Dokter tetap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 147 huruf a memiliki hak:
  - a. dipilih dan memilih pada berbagai jabatan Staf Medis;
  - b. berbicara dalam pertemuan Staf Medis;
  - c. berpartisipasi aktif mengikuti berbagai kegiatan Staf Medis;
  - d. menghadiri pertemuan Staf Medis; dan
  - e. melaksanakan kegiatan pelayanan medis di kelompok Staf Medis sesuai penempatannya.
- (2) Dokter tamu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 147 huruf b memiliki hak:
  - a. memilih tetapi tidak memiliki hak untuk dipilih pada berbagai jabatan Staf Medis;
  - b. bicara pada pertemuan Staf Medis;
  - c. berpartisipasi aktif dalam kegiatan Staf Medis;
  - d. menghadiri pertemuan Staf Medis;
  - e. melaksanakan kegiatan pelayanan medis di kelompok Staf Medis sesuai penempatannya.
- (3) Dokter kehormatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 147 huruf c memiliki hak:
  - a. berbicara pada pertemuan Staf Medis;
  - b. berpartisipasi aktif pada kegiatan Staf Medis; dan
  - c. menghadiri pertemuan Staf Medis jika diundang.

#### Pasal 149

- (1) Setiap Staf Medis memiliki kesempatan dan hak yang sama menggunakan fasilitas dan sumber daya Rumah Sakit.
- (2) Jika tempat tidur dan/atau kamar operasi/ruang tindakan yang tersedia terbatas jumlahnya maka prioritas pertama menyelenggarakan pelayanan medis diberikan pada dokter tetap atau dokter organik, dan prioritas berikutnya dapat diberikan pada dokter tamu.



Bagian Keempat  
Kewenangan Klinis

Pasal 150

- (1) Staf Medis sesuai kompetensinya memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pemeriksaan, penegakan diagnosa, pemberian terapi dan prosedur serta tindakan medis lainnya.
- (2) Kewenangan klinis Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berakhir dengan sendirinya pada saat masa berlaku surat tanda registrasi yang bersangkutan habis.

Pasal 151

- (1) Direktur atas usulan Komite Medik dapat memberikan kewenangan klinis sementara pada Staf Medis tertentu.
- (2) Staf Medis tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Staf Medis yang berakhir masa berlaku surat tanda registrasinya atau dokter yang ditempatkan pada kelompok Staf Medis spesialis.
- (3) Masa pemberian kewenangan klinis sementara paling lama 6 (enam) bulan untuk Staf Medis yang berakhir masa berlaku surat tanda registrasinya atau berakhirnya penempatan pada kelompok Staf Medis spesialis.
- (4) Pemberian kewenangan klinis pada dokter yang ditempatkan pada kelompok Staf Medis spesialis harus disertai dengan uraian kewenangan secara tertulis.

Pasal 152

- (1) Dalam situasi tertentu, Direktur dapat memberikan kewenangan klinis darurat (*emergency privileges*) kepada Staf Medis Rumah Sakit atau dokter dan dokter spesialis yang bukan Staf Medis Rumah Sakit untuk menjaga kelangsungan pelayanan medis di Rumah Sakit.
- (2) Pemberian kewenangan klinis darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berakhir dengan sendirinya setelah Staf Medis yang memiliki kompetensi telah berada dan bertugas kembali di Rumah Sakit.

- (3) Pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk dokter dan dokter spesialis yang bukan Staf Medis Rumah Sakit berakhir setelah Panitia Kredensial melakukan rapat penilaian.

#### Pasal 153

- (1) Untuk kepentingan bakti sosial, penelitian, pengembangan ilmu pengetahuan dan penanggulangan bencana, Direktur dapat memberikan kewenangan klinis sesaat (*provisional privileges*) kepada dokter dan dokter spesialis yang bukan Staf Medis Rumah Sakit.
- (2) Pemberian kewenangan klinis sesaat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berakhir dengan sendirinya setelah masa bakti sosial, penelitian, pengembangan ilmu pengetahuan dan penanggulangan bencana dinyatakan berakhir oleh Direktur atau pejabat yang berwenang.

#### Bagian Kelima

#### Dokter Penanggung Jawab Pasien

#### Pasal 154

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pasien merupakan Staf Medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien.
- (2) Staf Medis yang dapat menjadi dokter penanggung jawab pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memiliki kriteria:
  - a. dokter spesialis yang telah memiliki surat tanda registrasi dan surat izin praktek di Rumah Sakit; dan
  - b. dokter umum yang memiliki surat tanda registrasi dan surat izin praktek di Rumah Sakit.
- (3) Dokter penanggung jawab pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan berdasarkan standar prosedur operasional penetapan dokter penanggung jawab pasien.

- (4) Dokter penanggung jawab pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap.
- (5) Dokter penanggung jawab pasien memiliki tugas:
  - a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa penyakit, pemberian terapi, dan melakukan evaluasi keberhasilan terapi;
  - b. melakukan asesmen pasien dari pasien masuk sampai pasien keluar dari Rumah Sakit serta berkewajiban menjadi penganggung jawab resume pasien bersangkutan;
  - c. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada tim pelayanan;
  - d. melakukan presentasi kasus medis di hadapan Komite Medik;
  - e. membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran atau pendidikan dokter spesialis dalam pendidikan klinis di Rumah Sakit; dan
  - f. dokter penanggung jawab pasien dapat mengalihkan dokter penanggung jawab pasiennya ke dokter sejenis atau ke dokter spesialis konsultan lain bila dinilai dari potensi, kewenangan, keahlian, atau dari diagnosa utama/primernya kurang tepat terhadap pasien.
- (6) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensi dokter penanggung jawab pasien, maka Komite Medik dapat merekomendasikan kepada Direktur untuk mengalihkan dokter penanggung jawab pasien.
- (7) Dokter penanggung jawab pasien dapat ditetapkan dan diberhentikan dengan keputusan Direktur dengan persetujuan Komite Medik.
- (8) Peraturan teknis dokter penanggung jawab pasien diatur dalam standar prosedur operasional dokter penanggung jawab pasien.

Bagian Keenam  
Pembinaan

Pasal 155

- (1) Prosedur untuk menangani keluhan dari Staf Medis (*grievance procedure*) diatur dalam prosedur penanganan pengaduan internal Staf Medis yaitu melalui rapat internal Komite Medik untuk kemudian diteruskan kepada Direktur.
- (2) Apabila terjadi perselisihan antara Staf Medis dengan profesi lain, dengan pasien, dan pimpinan atau direktur (*intra service dispute*), maka dilaksanakan sesuai kesepakatan bersama berdasarkan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku.

Pasal 156

- (1) Atas permintaan Direktur, Komite Medik dapat memerintahkan Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi untuk menyelidiki dugaan terjadinya pelanggaran etika profesi, malapraktik atau penyalahgunaan kewenangan klinis lainnya.
- (2) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyampaikan laporan hasil penyelidikan kepada Komite Medik secara tertulis dengan tembusan kepada Direktur.
- (3) Jika terdapat bukti pendahuluan yang cukup, maka Komite Medik memerintahkan Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mengadakan rapat untuk memanggil Staf Medis terlapor untuk dimintai keterangan.
- (4) Untuk menjaga prinsip penyelesaian yang adil, maka rapat Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi yang dilaksanakan karena terjadinya pelanggaran etika profesi, malapraktek atau penyalahgunaan wewenang klinis lainnya harus dihadiri oleh Direktur dan/atau Kepala Seksi Pelayanan Medik.

#### Pasal 157

- (1) Berdasarkan rekomendasi Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi, Komite Medik mengadakan rapat untuk merumuskan bentuk atau jenis pembinaan atau hukuman yang akan diberikan kepada Staf Medis yang terbukti melakukan pelanggaran etika profesi, malapraktik atau penyalahgunaan kewenangan klinis.
- (2) Komite Medik menyampaikan secara tertulis bentuk atau jenis pembinaan atau hukuman yang akan diberikan kepada Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk selanjutnya ditetapkan dalam surat keputusan Direktur Rumah Sakit.

#### Bagian Ketujuh Kerahasiaan dan Informasi Medis

#### Pasal 158

- (1) Staf Medis wajib menjaga kerahasiaan informasi pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur atau kepala seksi pelayanan medik.

#### Bagian Kedelapan Pengawasan

#### Pasal 159

- (1) Komite Medik bertanggung jawab melakukan pengawasan terhadap pelanggaran etika profesi.
- (2) Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit bertanggung jawab melakukan pengawasan terhadap pelanggaran etika non profesi.
- (3) Komite Medik dan kepala seksi pelayanan medik bertanggung jawab melakukan pengawasan mutu pelayanan medis.

#### Pasal 160

- (1) Komite Medik wajib membuat laporan pengawasan etika dan mutu pelayanan secara berkala kepada Direktur.
- (2) Direktur dan/atau kepala seksi pelayanan medik bertanggung jawab menindaklanjuti laporan yang terkait dengan fasilitas dan tenaga yang bukan Staf Medis.
- (3) Direktur memerintahkan Komite Medik untuk menindaklanjuti laporan yang terkait dengan profesi.

#### BAB V

#### KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 161

- (1) Petunjuk pelaksanaan Tata Kelola Rumah Sakit ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, Peraturan Rumah Sakit termasuk kebijakan pengelola harus menyesuaikan pengaturannya dengan Peraturan Gubernur ini.
- (3) Peraturan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan administrasi, keuangan dan akuntansi.

#### Pasal 162

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta.

Ditetapkan di Yogyakarta

Padatanggal 20 Juli 2020

GUBERNUR

DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd.

HAMENGKU BUWONO X

Diundangkan di Yogyakarta

Padatanggal 20 Juli 2020

SEKRETARIS DAERAH

DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd.

R. KADARMANTA BASKARA AJI

BERITA DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA TAHUN 2020 NOMOR 51

Salinan Sesuai Dengan Aslinya  
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd.

DEWO ISNU BROTO I.S.  
NIP. 19640714 199102 1 001

LAMPIRAN  
PERATURAN GUBERNUR  
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA  
NOMOR 51 TAHUN 2020  
TENTANG  
TATA KELOLA RUMAH SAKIT  
PARU RESPIRA

IDENTITAS, VISI, MISI, NILAI DASAR, TUJUAN, FALSAFAH, MOTTO,  
BUDAYA KERJA, STRATEGI

1. IDENTITAS

- a. Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Paru Respira Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta.
- b. Jenis Rumah Sakit adalah rumah sakit khusus.
- c. Kelas Rumah Sakit adalah rumah sakit khusus kelas C.
- d. Alamat Rumah Sakit adalah Jalan Panembahan Senopati Nomor 4, Palbapang, Bantul, Yogyakarta, Kode pos 55713, telepon (0274)367326, fax (0274) 2810424

2. LOGO

Logo Rumah Sakit menggambarkan siluet paru dengan warna biru cerah dengan gradasi.

Pada gambar paru terdapat dua tampilan panah ke bawah dan ke atas (himpitan antara paru kanan dan paru kiri). Kebawah menggambarkan upaya penciptaan kesehatan paru masyarakat melalui upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Selain itu ujung panah meruncing dapat juga menyimbolkan mata pena yang berarti pengembangan penciptaan kesehatan paru melalui kegiatan penelitian.

Gambar panah ke atas berarti upaya lembaga untuk meningkatkan kualitas layanan melalui peningkatan sarana dan prasarana kesehatan, dan mutu kualitas dan kuantitas Sumber Daya Manusia (SDM).



Siluet paru digambarkan dengan lengkungan dan terpisah membentuk tangan yang saling memangku berarti layanan yang hangat bersahabat, jangkauan layanan yang bisa mengkover seluruh wilayah Yogyakarta, dan peningkatan profesionalisme kinerja dan layanan prima lembaga melalui diklat – diklat intern lembaga.

Siluet paru yang disimbolkan saling terkait antara kanan dan kiri melambangkan kekuatan, kekompakan dan integritas lembaga serta konsistensi menjalankan visi misi lembaga.

Siluet berwarna biru dan bergradasi melambangkan inovasi tak terbatas dan komitmen tinggi lembaga.

Type huruf memakai Gotcha Gothic menggambarkan profesionalitas dan fleksibilitas lembaga.

Gambar Logo Rumah Sakit :



### 3. VISI

Visi Rumah Sakit adalah :

“Menjadi Rumah Sakit Paru  
dengan Layanan Unggulan Onkologi Paru Tahun 2026”

Makna Visi :

Menjadikan rumah sakit paru respira sebagai rumah sakit yang mempunyai layanan unggulan onkologi paru pada tahun 2026 artinya pada tahun 2026 rumah sakit paru respira siap dan mampu menjadi pusat layanan onkologi paru di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta dan Provinsi Jawa tengah dalam mendukung pembangunan manusia bermartabat yang mengutamakan unsur kemanusiaan hakiki dan seutuhnya.

#### 4. MISI

Misi Rumah Sakit adalah :

- a. Menyelenggarakan layanan kesehatan paru dan pernapasan secara komprehensif dengan layanan unggulan onkologi paru;  
Memberikan pelayanan kesehatan paru dan pernapasan semua usia, dengan cara meningkatkan upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan dan perawatan, serta pemulihan kesehatan paru dan pernapasan.
- b. Meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia (SDM) untuk mendukung pelayanan unggulan onkologi paru;  
Memberikan fasilitas dan kesempatan bagi SDM untuk meningkatkan kompetensi, pemenuhan jumlah SDM sesuai dengan kebutuhan rumah sakit, dan peningkatan kesejahteraan dalam rangka mengoptimalkan kinerja SDM untuk mendukung layanan unggulan onkologi paru.
- c. Meningkatkan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan paru dan pernafasan yang mendukung pelayanan unggulan onkologi paru; dan  
Menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang aman sesuai dengan standar dan berfungsi dengan baik.
- d. Mewujudkan tata kelola rumah sakit yang baik.  
Menyelenggarakan pengelolaan rumah sakit yang akuntabel, transparan dan bertanggung jawab;

#### 5. NILAI DASAR

Nilai Dasar Rumah Sakit adalah:

- a) Bekerja adalah ibadah;  
bahwa kerja itu adalah sarana bagi manusia untuk mendekatkan diri kepada Tuhan Sang Pencipta.
- b) Kebersamaan;  
Bahwa dalam pelaksanaan pekerjaan tidak egois dan mengutamakan kepentingan pelayanan.
- c) Profesionalisme;  
Bahwa dalam melaksanakan pekerjaan harus mempunyai komitmen, sesuai kompetensi dan berprestasi.

- d) Kejujuran;  
Bahwa dalam melaksanakan pekerjaan menjunjung tinggi integritas.
- e) Keterbukaan;  
Bahwa dalam memberikan pelayanan tanpa diskriminasi serta memberikan atau menerima informasi yang seharusnya diterima atau disampaikan.
- f) Disiplin.  
Bahwa dalam melaksanakan tugas selalu memiliki sikap dan kesadaran dalam mematuhi aturan dan norma yang berlaku.

## 6. TUJUAN

Tujuan Rumah Sakit adalah :

- a. Mewujudkan Pelayanan Paripurna, yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif.
- b. Mengembangkan Pelayanan/Produk Pelayanan Kesehatan Paru dan Spesialistik terkait
- c. Efektifitas dan efisiensi pelayanan administrasi pelayanan kesehatan Paru;
- d. Meningkatkan sarana dan prasarana Rumah Sakit yang memadai;
- e. Meningkatkan pelayanan pendidikan, pelatihan, dan penelitian di bidang kesehatan Paru;
- f. Meningkatkan kompetensi dan pemenuhan jumlah SDM sesuai dengan kebutuhan rumah sakit, serta peningkatan kesejahteraan dalam rangka mengoptimalkan kinerja SDM.

## 7. FALSAFAH

Falsafah Rumah Sakit adalah:

“Kesehatan paru dan pernapasan untuk kemuliaan martabat manusia”

Setiap pasien adalah pribadi yang bermartabat dan mempunyai hak untuk memperoleh layanan sehingga tercapai derajat kesehatan paru yang optimal.

## 8. MOTTO

Motto : **“SAHABAT paru dan pernapasan anda”**

Makna dari Sahabat paru dan pernapasan anda yaitu setia dalam memberikan pelayanan yang terbaik dengan ikhlas, penuh semangat, profesional, bertanggung jawab, disiplin dan jujur kepada pelanggan.

Memberikan pelayanan secara :

**S** = Setia

**A** = Amanah

**H** = Handal

**A** = Adil

**B** = Bertanggung jawab

**A** = Aman

**T** = Terpercaya

## 9. BUDAYA

Budaya Kerja Rumah Sakit adalah Implementasi dan penjabaran budaya Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu SATRIYA yang diturunkan dalam tuntunan perilaku :

- a. Parameter perilaku diturunkan dari budaya kerja Daerah Istimewa Yogyakarta : SATRIYA (Selaras, Akal Budi Luhur, Teladan-Meneladani, Rela Melayani, Inovatif, Yakin Percaya Diri, dan Ahli Profesional).
- b. Penilaian parameter dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## 10. STRATEGI

Strategi Rumah Sakit adalah :

- a. Melaksanakan upaya promotive, preventif, kuratif, rehabilitatif secara terintegrasi dan berkelanjutan.
- b. Mengembangkan berbagai jenis layanan spesialisik yang terintegrasi dan inovasi layanan unggulan.
- c. Mengembangkan dan menyiapkan sarana prasarana sesuai perkembangan ilmu dan teknologi untuk meningkatkan mutu dan cakupan layanan.

- d. Mengembangkan mutu serta pengelolaan SDM secara optimal dengan pendidikan dan pelatihan.
- e. Mewujudkan tata kelola rumah sakit yang akuntabel, transparan, berdaya guna dan berhasil guna.
- f. Meningkatkan kinerja dan efisiensi biaya operasional rumah sakit.

GUBERNUR  
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd.

HAMENGKU BUWONO X

Salinan Sesuai Dengan Aslinya  
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd.

DEWO ISNU BROTO I.S.  
NIP. 19640714 199102 1 001