



GUBERNUR JAWA TENGAH

PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH

NOMOR 37 TAHUN 2014

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) PADA
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr.RM.SOEDJARWADI PROVINSI JAWA TENGAH
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR JAWA TENGAH,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.RM.Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah diperlukan peraturan internal rumah sakit yang mengatur peran dan fungsi pemilik, pengelola dan staf medis (*Corporate By Laws dan Medical Staff By Laws*);
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan sesuai ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*), perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Pada Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1950 tentang Pembentukan Provinsi Jawa Tengah (Himpunan Peraturan-Peraturan Negara Tahun 1950 Halaman 86-92);
2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);

3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
11. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2008 Nomor 8 Seri D Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 14);

12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 228/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik Di Rumah Sakit;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis Rumah Sakit (*Medical Staff By Laws*);
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
18. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 98 Tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2008 Nomor 98);
19. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 96 Tahun 2010 tentang Remunerasi Pada Pola Pengelola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah 2010 Nomor 96);
20. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 52 Tahun 2013 tentang Tarif Pelayanan Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013 Nomor 52);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR JAWA TENGAH TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) PADA RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr. RM. SOEDJARWADI PROVINSI JAWA TENGAH.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Provinsi Jawa Tengah.

2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintah daerah.
3. Gubernur adalah Gubernur Jawa Tengah.
4. Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Provinsi Jawa Tengah.
5. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh rumah sakit dalam rangka upaya-upaya penyembuhan dan pemulihan, peningkatan, pencegahan dan pelayanan rujukan.
7. Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.RM.Soedjarwadi Klaten yang selanjutnya disebut RSJD Klaten adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.RM.Soedjarwadi Klaten Kelas A Khusus milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.
8. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.RM.Soedjarwadi Klaten.
9. Pemilik Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.RM.Soedjarwadi Klaten yang selanjutnya disebut Pemilik adalah Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Tengah.
10. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.RM.Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah.
11. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah Peraturan dasar yang mengatur tatacara Penyelenggaraan rumah sakit, meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
12. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola dan Komite Medik di rumah sakit.
13. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.RM.Soedjarwadi Klaten adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.RM.Soedjarwadi Klaten.
14. Dewan Pengawas adalah suatu badan yang melakukan pengawasan terhadap operasional rumah sakit yang ditetapkan dengan Keputusan Gubernur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
15. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi, yang terdiri atas Direktur, Kepala Sub Bagian, dan Kepala Seksi.
16. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang Pegawai Negeri Sipil dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
17. Kepala Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
18. Direksi adalah Pimpinan Rumah Sakit yang bertugas dalam pengelolaan rumah sakit yang terdiri dari Direktur dan Kepala Sub Bag Tata Usaha dan Kepala Seksi sesuai dengan bidang tugasnya.
19. Direktur adalah Direktur RSJD Dr.RM Soedjarwadi Klaten.
20. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
21. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dan dokter spesialis, sesuai dengan kebutuhan di rumah sakit.
22. Kelompok Staf Medis Fungsional yang selanjutnya disebut Kelompok SMF adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi yang

melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Sakit Jiwa Daerah Dr.RM.Soedjarwadi Klaten.

23. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
24. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur RSJD Dr.RM.Soedjarwadi Klaten kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di RSJD Dr.RM.Soedjarwadi Klaten berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
25. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberi kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kemampuan dan/atau kompetensinya.
26. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
27. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
28. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
29. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
30. Profesi kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapat pendidikan formal kesehatan dan melaksanakan fungsi melayani masyarakat dengan usaha pelayanan penyakit dan mental untuk menjadi sehat.
31. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medik dan pelayanan penunjang lainnya.
32. Pelayanan medis spesialis luas adalah pelayanan medis spesialis dasar ditambah dengan pelayanan spesialis, saraf, radiologi, anestesi, rehabilitasi medik, patologi klinis, gigi dan mulut, dan pelayanan spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
33. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medik dan lain-lain.
34. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas staf medis, komite medis, dan sub komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis.
35. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorer adalah dokter umum dan/atau dokter spesialis, dan dokter gigi yang diangkat dengan status tenaga harian dengan sistem kontrak dan/atau tenaga honorer di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.RM.Soedjarwadi Klaten, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.
36. Dokter Konsultan adalah Dokter spesialis tertentu yang karena kompetensinya diminta membantu pelayanan medis di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.RM.Soedjarwadi Klaten.

37. Hak Klinik adalah kewenangan dari anggota SMF untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan profesi dan keahliannya di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.RM.Soedjarwadi Klaten.
38. Tokoh masyarakat adalah mereka yang karena prestasi dan perilakunya dapat dijadikan contoh/tauladan bagi masyarakat.
39. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
40. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sepagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
41. Pejabat pengelola rumah sakit terdiri dari pemimpin BLUD, pejabat keuangan dan pejabat teknis.
42. Jabatan Fungsional Umum adalah jabatan fungsional umum yang untuk pengangkatan dalam jabatan dan kenaikan pangkatnya tidak diisyaratkan dengan angka kredit.

BAB II RUANG LINGKUP

Pasal 2

Ruang lingkup Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) meliputi :

- a. Peraturan Internal Korporasi;
- b. Peraturan Internal Staf Medis.

BAB III PERATURAN INTERNAL KORPORASI

Bagian Kesatu Umum

Pasal 3

- (1) Peraturan internal Korporasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a merupakan peraturan internal rumah sakit, yang didalamnya memuat:
 - a. struktur organisasi;
 - b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan
 - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Peraturan internal rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas;

- d. independensi; dan
- e. akuntabilitas.

Pasal 4

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

Pasal 5

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf b, adalah mempertanggungjawabkan pengelolaan sumber daya serta pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan kepada BLUD dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara periodik.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.
- (5) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada Pasal 3 ayat (2) diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen SDM, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.

Bagian Kedua Identitas

Pasal 6

- (1) Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.RM.Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah.
- (2) Jenis rumah sakit adalah Rumah Sakit Jiwa.

- (3) Kelas rumah sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Kelas A Khusus.
- (4) Alamat rumah sakit adalah di Jalan Ki Pandanaran KM. 2 Klaten .

Bagian Ketiga
Falsafah, Visi, Misi, Motto, Tujuan Strategis, dan Nilai-nilai Dasar

Pasal 7

- (1) Falsafah rumah sakit adalah:
 - a. Pasien dan pelanggan lainnya adalah manusia yang mempunyai rasa menyukai dan tidak menyukai, sehingga kewajiban rumah sakit adalah memberikan pelayanan terbaik;
 - b. Kehadiran pasien dan pelanggan lain adalah kepercayaan yang diberikan kepada rumah sakit;
 - c. Keluhan pasien dan pelanggan lain merupakan wujud kecintaan kepada Rumah Sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan yang diharapkan;
 - d. Kepedulian Rumah Sakit terhadap lingkungan merupakan bagian dari kepedulian terhadap kelestarian ekosistem; dan
 - e. Karyawan dan manajemen selalu berusaha meningkatkan ilmu dan teknologi, dan memandang pengalaman sebagai guru terbaik.
- (2) Visi rumah sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Pilihan Pertama Masyarakat dengan Layanan Lengkap, Bermutu Tinggi dan dengan Ilmu Terkini.
- (3) Motto rumah sakit adalah Melayani Dengan Ketulusan Hati
- (4) Misi rumah sakit adalah :
 - a. Memberikan pelayanan kesehatan jiwa yang terbaik bagi semua lapisan masyarakat;
 - b. Meningkatkan kuantitas dan kualitas SDM secara berkesinambungan;
 - c. Menjamin layanan kesehatan yang selalu terakreditasi dan tersertifikasi;
 - d. Mewujudkan penataan rumah sakit jiwa modern yang tertata dan konsisten dengan master plan;
 - e. Melaksanakan pendidikan, pelatihan dan penelitian di bidang kesehatan jiwa.
- (5) Tujuan Strategis :
 - a. sinkronisasi antara kebijakan nasional dan daerah;
 - b. meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialisik dan paramedis disertai dengan peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan;
 - c. mengembangkan, menambah dan memelihara sarana dan prasarana peralatan medis (*medical equipment*), utamanya yang berkaitan dengan teknologi tinggi;
 - d. meningkatkan pelayanan dengan membuka spesialis/sub spesialis dan melengkapi sarana dan prasarana secara mencukupi;
 - e. peningkatan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efisiensi serta melakukan kerjasama dengan pelayanan kesehatan lokal dan nasional;
 - f. melakukan efisiensi dan efektifitas pelayanan pada semua unit kerja dan unit kegiatan; dan
 - g. melaksanakan akuntabilitas pelayanan dengan secara berkesinambungan melakukan audit medis, audit keuangan dan gugus kendali mutu.

- (6) Nilai-nilai Dasar rumah sakit adalah:
- a. Ketulusan;
 - b. Kepedulian;
 - c. Kerendahan hati;
 - d. Keakraban;
 - e. Kesportifan;
 - f. Keterbukaan;
 - g. Kejujuran;
 - h. Kerja keras;
 - i. Keprofesionalan;
 - j. Kebersamaan.

Bagian Keempat
Kedudukan, Tugas Pokok, dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 8

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah yang merupakan unsur pendukung tugas Gubernur di bidang pelayanan kesehatan, dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Rumah Sakit mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), rumah sakit mempunyai fungsi :
 - a. perumusan kebijakan teknis di bidang Pelayanan Kesehatan;
 - b. pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan pemerintah provinsi di bidang pelayanan;
 - c. penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang Pelayanan Kesehatan;
 - d. pelayanan medis;
 - e. pelayanan penunjang medis dan non medis;
 - f. pelayanan keperawatan;
 - g. pelayanan rujukan;
 - h. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;
 - i. pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
 - j. pengelolaan keuangan dan akutansi; dan
 - k. pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

Bagian Kelima
Kedudukan Pemerintah Daerah

Pasal 9

- (1) Pemerintah Daerah bertanggungjawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.

- (2) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggungjawabnya mempunyai kewenangan:
 - a. menetapkan peraturan tentang Peraturan Internal dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit beserta perubahannya;
 - b. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas;
 - c. melakukan evaluasi atas kinerja Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit yang dilakukan minimal 1 (satu) tahun sekali
 - d. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
 - e. menyetujui, mensahkan, dan mengumumkan visi dan misi Rumah Sakit serta melakukan review berkala minimal 1 (satu) tahun sekali atas visi dan misi tersebut. Kewenangan mengumumkan visi dan misi ke publik didelegasikan kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit;
 - f. menyetujui Rencana Strategis dan atau Rencana Strategi Bisnis, kebijakan, dan standar prosedur operasional Rumah Sakit. Kewenangan persetujuan atas kebijakan dan standar prosedur operasional didelegasikan kepada Direktur Rumah Sakit;
 - g. menyetujui dan mensahkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran BLUD Rumah Sakit;
 - h. mengalokasikan sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi Rumah Sakit;
 - i. menyetujui rencana Rumah Sakit untuk mutu dan keselamatan pasien serta menerima laporan dan tindak lanjut tentang program mutu dan keselamatan pasien tersebut; dan
 - j. memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi serta memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan. Pemberian penghargaan dan sanksi dapat didelegasikan kepada Direktur Rumah Sakit.
- (3) Pemerintah Daerah bertanggung jawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang setelah diaudit secara independen bukan disebabkan karena kesalahan dalam pengelolaan.
- (4) Pemerintah Daerah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/ atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit .

Bagian Keenam
Dewan Pengawas

Paragraf 1
Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 10

- (1) Pemilik dapat membentuk Dewan Pengawas Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Pemilik.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beranggotakan unsur pemilik, organisasi profesi, asosiasi perumahsakitannya, dan tokoh masyarakat.
- (4) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berjumlah sebanyak 5 (lima) orang, dan salah seorang diantaranya ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.

Pasal 11

Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) mempunyai tugas:

- a. menentukan arah kebijakan rumah sakit;
- b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
- c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
- d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit, dan
- f. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2

Pengangkatan Dan Pemberhentian

Pasal 12

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Direksi.
- (3) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Gubernur atas usulan dari Direktur.
- (4) Pemberhentian sebagai anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan apabila Dewan Pengawas:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD; atau
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas BLUD.

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Gubernur mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan.
- (3) Tugas Ketua Dewan Pengawas adalah:
 - a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
 - b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) RSJD Dr.RM.Soedjarwadi Klaten melalui Rapat Dewan Pengawas;
 - c. bekerja sama dengan Pengelola/Direksi untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas. Bilamana rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka Ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu;
 - d. melaporkan tugas sebagaimana dimaksud pada huruf c pada rapat rutin berikutnya, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.

- (4) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Gubernur selaku Pemilik dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas atas beban RSJD Dr.RM.Soedjarwadi Klaten.
- (5) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas.
- (6) Sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

Paragraf 3

Tugas, Kewajiban Dan Wewenang Terhadap Pengelolaan BLUD

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas bertugas untuk melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD RSJD Dr.RM.Soedjarwadi Klaten, yang meliputi pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategik Bisnis Jangka Panjang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas berkewajiban:
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik RSJD Dr. RM. Soedjarwadi mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola BLUD;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan BLUD dan memberikan pendapat serta saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD;
 - c. memberikan laporan kepada Gubernur tentang kinerja BLUD;
 - d. memberikan nasehat kepada pengelola dalam melaksanakan pengelolaan BLUD;
 - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelolaan BLUD; dan
 - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Gubernur secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 6 (enam) bulan dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Pasal 15

Dalam melaksanakan tugas dan kewajiban, Dewan Pengawas mempunyai wewenang yang meliputi:

- a. melihat buku-buku, surat-surat serta dokumen-dokumen lainnya, memeriksa kas untuk keperluan verifikasi dan memeriksa kekayaan rumah sakit;
- b. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengelolaan BLUD;
- c. meminta Direksi dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
- d. menghadiri rapat Direksi dan memberikan saran pendapat terhadap hal-hal yang yang dibicarakan;
- e. memberikan persetujuan atau bantuan kepada Direksi dalam melakukan perbuatan hukum tertentu.

Paragraf 4
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 16

Rapat Dewan Pengawas terdiri dari:

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

Pasal 17

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 huruf a diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direksi Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain, untuk mendiskusikan, klarifikasi atau alternatif solusi berbagai permasalahan di RSUD Dr. RM. Soedjarwadi.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 3 (tiga) kali dalam 1 (satu) tahun yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi, Komite Medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya;
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya.

Pasal 18

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 huruf b diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit tiga orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 19

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 huruf c diselenggarakan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan

tahunan operasional rumah sakit.

- (2) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan BLUD, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 20

Rapat rutin dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direksi, Komite Medik dan dapat dihadiri pihak lain dilingkungan RSJD Dr RM Soedjarwadi Klaten atau di luar lingkungan RSJD Dr RM Soedjarwadi Klaten apabila diperlukan.

Pasal 21

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

Pasal 22

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila telah memenuhi kuorum.
- (2) Kuorum terpenuhi apabila dihadiri oleh 2/3 (dua per tiga) anggota Dewan Pengawas.
- (3) Bila kuorum tidak terpenuhi dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan paling lama 1 (satu) minggu berikutnya.
- (4) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutnya dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 23

- (1) Risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas 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 seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Pasal 24

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau dapat dilakukan dengan tertulis dan dimasukkan dalam amplop tertutup.
- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Pasal 25

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, apabila

perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) ini.

- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak saat ditolakannya usulan.

Paragraf 5

Peran Dewan Pengawas Terhadap Staf Medis

Pasal 26

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan sebagai upaya memberdayakan staf medis untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah.
- (2) Peran terhadap Staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui interaksi dan koordinasi secara berkesinambungan, melalui pemberdayaan fungsi dalam Organisasi Komite Medik RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah.

Bagian Ketujuh Pejabat Pengelola

Paragraf 1 Pejabat Pengelola

Pasal 27

Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah Pimpinan Rumah Sakit yang bertanggungjawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit, terdiri dari:

- a. Pemimpin, merupakan pejabat pengguna anggaran/barang Rumah Sakit, selanjutnya disebut Direktur;
- b. Pejabat Keuangan, mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab keuangan Rumah Sakit selanjutnya disebut Ka Sub Bag Tata Usaha;
- c. Pejabat Teknis, bertanggung jawab berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya, selanjutnya disebut Kepala Seksi.

Pasal 28

Pemimpin BLUD bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan .

Pasal 29

Semua Pejabat Pengelola dibawah Direktur bertanggungjawab kepada Direktur sesuai bidang tanggungjawab masing-masing.

Pasal 30

- (1) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna

- memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Gubernur.

Paragraf 2
Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 31

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (3) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (4) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Gubernur.

Paragraf 3
Persyaratan menjadi Direktur, Kepala Sub Bagian Tata Usaha dan
Kepala Seksi

Pasal 32

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :

- 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 pemimpin 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.

Pasal 33

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Sub Bagian Tata Usaha adalah :

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

Pasal 34

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Seksi adalah :

- a. seorang dokter / dokter gigi / tenaga kesehatan 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 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.

Paragraf 4

Pemberhentian Direktur dan Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi

Pasal 35

Direktur, Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi dapat diberhentikan dari jabatannya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 5

Tugas, Kewajiban, Wewenang dan Tanggungjawab Direktur, Sub Bag/Kasi

Pasal 36

Tugas dan Kewajiban Direktur adalah :

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

Pasal 37

Kewenangan Direktur adalah :

- a. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
- b. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di rumah sakit;
- c. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit;
- d. mengusulkan mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan;

- e. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. memberikan penghargaan kepada pegawai, karyawan dan profesional yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
- g. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- h. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen menakala diperlukan;
- i. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- j. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- k. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
- l. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola dibawah direktur.

Pasal 38

Tanggungjawab Direktur menyangkut hal-hal sebagai berikut:

- a. Pengambilan kebijakan Rumah Sakit;
- b. Perencanaan, Pelaksanaa Penendalian, Pengawasan dan evaluasi serta pelaporan kegiatan guna kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan;
- c. peningkatan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.

Pasal 39

Tugas dan Kewajiban Kepala Sub Bagian Tata Usaha adalah :

- a. menyelenggarakan program kerja Bagian Umum, Keuangan, Perencanaan dan Diklat;
- b. menyelenggarakan Perumusan kebijakan teknis Bagian Umum, Keuangan, Perencanaan dan Diklat;
- c. mengkoordinasikan, pembinaan, dan sinkronisasi kegiatan tiap-tiap Bagian Umum, Keuangan, Perencanaan dan Diklat;
- d. menyelenggarakan pengendalian dan pengawasan di Bagian Umum, Keuangan, Perencanaan dan Diklat;
- e. menyelenggarakan koordinasi dengan instansi/pihak terkait di Bagian Umum, Keuangan, Perencanaan dan Diklat;
- f. menyelenggarakan evaluasi dan pelaporan Bagian Umum, Keuangan, Perencanaan dan Diklat;
- g. mengkoordinasikan penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran;
- h. menyiapkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit;
- i. melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
- j. menyelenggarakan pengelolaan kas;
- k. melakukan pengelolaan utang-piutang;
- l. menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
- m. menyelenggarakan sistem informasi manajemen Rumah Sakit;
- n. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan;
- o. mengkoordinasikan pengelolaan sistem remunerasi, pola tarif dan pelayanan administrasi keuangan;
- p. mengkoordinasikan pelaksanaan serta pemantauan pelaksanaan dengan bekerjasama dengan Satuan Pengawas Intern;

Pasal 40

Tugas dan Kewajiban Kepala Seksi adalah :

- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis di Bidang Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang;
- b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai dengan RBA;
- c. Mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang pelayanan medis, Keperawatan dan Penunjang;
- d. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

Bagian Kedelapan Organisasi Pelaksana

Paragraf 1 Instalasi

Pasal 41

- (1) Guna melaksanakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
- (5) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (6) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis beban kerja dan/atau kebutuhan organisasi

Pasal 42

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, monitoring dan evaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan instalasi kepada Direktur.

Paragraf 2 Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 43

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

Bagian Kesembilan
Organisasi Pendukung

Paragraf 1
Satuan Pengawas Intern

Pasal 44

Guna membantu Direktur dalam pengawasan internal dan monitoring dibentuk Satuan Pengawas Intern.

Pasal 45

- (1) Satuan Pengawas Intern bertugas melaksanakan pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit.
- (2) Satuan Pengawas Intern berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Satuan Pengawas Intern dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Paragraf 2
Komite Medik

Pasal 46

- (1) Susunan kepengurusan Komite Medik terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Sub Komite.
- (2) Masa bakti kepengurusan Komite Medik adalah 3 tahun.
- (3) Ketua komite medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit
- (4) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit

Pasal 47

- (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 komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. 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 komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis 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 komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 48

Fungsi Komite Medik adalah :

- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1. kompetensi;
 - 2. kesehatan fisik dan mental;
 - 3. perilaku;
 - 4. 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;
- h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- i. pelaksanaan audit medis;
- j. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
- k. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
- l. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.

Pasal 49

Wewenang Komite Medik :

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

Pasal 50

- (1) Sub Komite bertugas membantu pelaksanaan tugas komite medis.
- (2) Sub Komite dibentuk sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
- (3) Sub Komite kepengurusannya ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur.
- (4) Keanggotaan Sub Komite terdiri dari anggota tetap staf medis fungsional dan tenaga lain secara *ex officio*.
- (5) Susunan Kepengurusan Sub Komite terdiri:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Anggota.
- (6) Tata Kerja Sub Komite:
 - a. Sub Komite melaksanakan tugasnya sesuai dengan bidang tugasnya;
 - b. Biaya operasional yang dibutuhkan dimasukkan dalam anggaran Komite Medik yang dibebankan pada anggaran rumah sakit;
 - c. Sub Komite bertanggung jawab kepada Komite Medik.
- (7) Sub Komite yang ada di RSJD Dr.RM. Soedjarwadi adalah:
 1. Sub Komite Kredensial;
 2. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi;
 3. Sub Komite Mutu Profesi;
- (8) Keanggotaan Sub Komite dapat ditambah atau dikurangi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan.

Paragraf 3 Komite Keperawatan

Pasal 51

Guna membantu Direktur dalam menyusun Standar Pelayanan Keperawatan dan memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan (*privilege*) perawat dan bidan, mengembangkan pelayanan keperawatan, program pendidikan, pelatihan dan penelitian serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan, maka dibentuk Komite Keperawatan

Pasal 52

- (1) Komite Keperawatan merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

- (2) Susunan Komite Keperawatan terdiri dari seorang Ketua, Sekretaris dan 3 (tiga) Sub Komite.
- (3) Komite Keperawatan dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan usulan dari Wakil Direktur Pelayanan.

Pasal 53

Dalam menjalankan tugasnya Komite Keperawatan wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite Medik, Manajemen Keperawatan dan Instalasi terkait.

Bagian Kesepuluh Tata Kerja

Pasal 54

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

Pasal 55

Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 56

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

Pasal 57

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

Pasal 58

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

Pasal 59

Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

Pasal 60

Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

Pasal 61

Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi dibantu oleh kepala satuan organisasi di bawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan masing-masing wajib mengadakan rapat berkala.

Bagian Kesebelas Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Paragraf 1 Tujuan Pengelolaan

Pasal 62

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien.

Paragraf 2 Pengangkatan Pegawai

Pasal 63

- (1) Pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan ketentuan peraturan Perundang-Undangan.

Paragraf 3 Perpindahan Pegawai

Pasal 64

- (1) Perpindahan Pegawai Negeri Sipil dan non Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Perpindahan dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
 - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan ketrampilannya;
 - b. masa kerja di unit tertentu;
 - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - d. kegunaannya dalam menunjang karir;

Paragraf 4
Pemberhentian Pegawai

Pasal 65

Pemberhentian pegawai berstatus 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.
- 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 (enam puluh) tahun;
 2. batas usia pensiun tenaga medis 58 (lima puluh delapan) tahun;
 3. batas usia pensiun tenaga medis 58 (lima puluh delapan) tahun.
- c. Tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai Rumah Sakit non Pegawai Negeri Sipil melakukan tindakan-tindakan pelanggaran disiplin pegawai.

Bagian Keduabelas
Penghasilan

Pasal 66

- (1) Pegawai rumah sakit diberikan penghasilan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Penghasilan sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat berupa gaji, tunjangan, honorarium, insentif, bonus atas prestasi kerja dan penghasilan lainnya yang sah.

Bagian Ketigabelas
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 68

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

Pasal 68

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.

Pasal 69

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Bagian Keempatbelas Pengelolaan Keuangan

Pasal 70

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

Pasal 71

Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70, maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis akrual (SAK) dan standar akuntansi pemerintahan (SAP).

Pasal 72

Subsidi dari pemerintah untuk pembiayaan Rumah Sakit dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan jasa.

Bagian Kelimabelas Tarif Pelayanan

Pasal 73

- (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 atau hasil per investasi dana.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan 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 74

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Gubernur.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (4) Gubernur dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat membentuk tim.
- (5) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (4), ditetapkan oleh Gubernur yang keanggotaannya dapat berasal dari :
 - a. pembina teknis;
 - b. pembina keuangan;
 - c. unsur perguruan tinggi; dan
 - d. organisasi profesi.

Pasal 75

- (1) Peraturan Gubernur mengenai tarif layanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 ayat (2) dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (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 (2), berpedoman pada ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 73.

Bagian Keenambelas Pendapatan dan Biaya

Paragraf 1 Pendapatan

Pasal 76

Pendapatan Rumah Sakit dapat bersumber dari:

- a. jasa layanan;
- b. hibah;
- c. hasil kerjasama dengan pihak lain;
- d. APBD;
- e. Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara; dan
- f. lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah.

Pasal 77

- (1) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76 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 76 huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (3) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari Hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76 huruf c dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lain yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (4) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76 huruf d dapat berupa pendapatan yang berasal dari Pemerintah Daerah dalam rangka pelaksanaan program atau kegiatan di rumah sakit.
- (5) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76 huruf e dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas perbantuan dan lain-lain.
- (6) Lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 73 huruf f, yaitu:
 - a. hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;
 - b. hasil pemanfaatan kekayaan;
 - c. jasa giro;
 - d. pendapatan bunga;
 - e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - f. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh Rumah Sakit;
 - g. hasil investasi.

Pasal 78

Rumah Sakit dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan/atau tugas perbantuan, proses pengelolaan keuangan diselenggarakan berdasarkan ketentuan perundang-undangan.

Pasal 79

- (1) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76, kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran rumah sakit sesuai Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit atau Dokumen Anggaran sejenis lainnya.
- (2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (3) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76 huruf a, huruf c, dan huruf f dilaksanakan melalui rekening kas BLUD dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan rumah sakit.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Paragraf 2 Biaya

Pasal 80

- (1) Biaya Rumah Sakit terdiri dari biaya operasional dan biaya non operasional.

- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), 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 81

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80 ayat (1), terdiri dari:
 - a. biaya pelayanan; dan
 - b. biaya umum dan administrasi
- (2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (3) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (4) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari;
 - a. biaya pegawai;
 - b. biaya bahan;
 - c. biaya jasa pelayanan;
 - d. biaya pemeliharaan;
 - e. biaya barang dan jasa; dan
 - f. biaya pelayanan lain-lain.
- (5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), terdiri dari:
 - a. biaya pegawai;
 - b. biaya administrasi kantor;
 - c. biaya pemeliharaan;
 - d. biaya barang dan jasa;
 - e. biaya promosi;
 - f. biaya umum dan administrasi lain-lain

Pasal 82

Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80 ayat (3) terdiri dari :

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

Pasal 83

- (1) Seluruh pendapatan dan biaya Rumah Sakit yang bersumber sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76 dan Pasal 80 dilaporkan kepada Pejabat

Pengelola Keuangan Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Seluruh pendapatan dan pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan SP3B BLUD yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggungjawab.
- (3) Format Surat Pernyataan Tanggungjawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan format laporan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 84

- (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 Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara/APBD dan hibah terikat.
- (4) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 85

- (1) Ambang batas RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 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 Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit oleh Tim Anggaran Pemerintah Daerah.
- (4) Persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

Bagian Ketujuhbelas Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 86

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

Bagian Kedelapanbelas Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

Pasal 87

- (1) Rumah Sakit wajib menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi kepada

keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan dan keselamatan.

Pasal 88

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 87 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah rumah sakit.
- (2) Pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi limbah medis dan non medis.
- (3) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mengacu pada ketentuan perundang-undangan.

BAB IV PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bagian Kesatu Maksud dan Tujuan

Pasal 89

Peraturan Internal Staf Medis dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis berbasis keselamatan pasien.

Pasal 90

Peraturan Internal Staf Medis mempunyai tujuan:

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

Bagian Kedua Organisasi Staf Medis dan Tanggungjawab

Pasal 91

- (1) Organisasi staf medis merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Rumah Sakit.
- (2) Organisasi staf medis Rumah Sakit bertanggungjawab dan berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dalam rangka membantu pencapaian tujuan pemerintah di bidang kesehatan.

Bagian Ketiga Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

Pasal 93

- (1) Keanggotaan Staf Medis merupakan *previlege* yang dapat diberikan kepada dokter dan dokter gigi yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.

- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.

Pasal 94

Untuk dapat bergabung dengan Rumah Sakit sebagai Staf Medis maka dokter atau dokter gigi harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP), kesehatan jasmani dan rohani yang laik (*fit*) untuk melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya serta memiliki prilaku yang baik.

Pasal 95

Tatalaksana pengangkatan dan pengangkatan kembali Staf Medis Rumah Sakit adalah dengan mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur berdasarkan pertimbangan dari Komite Medik dapat mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan tersebut.

Pasal 96

Bagi Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Kontrak, Staf Medis Mitra atau Staf Medis Relawan sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan.

Pasal 97

Lama masa kerja sebagai staf medis Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- a. untuk Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil adalah sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan;
- b. untuk Staf Medis Organik Non PNS adalah selama 3 (tiga) bulan dan dapat perbaharui kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;
- c. untuk Staf Medis Mitra adalah selama 1 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan; dan
- d. untuk Staf Medis Relawan (*voluntir*) adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih menghendaki dan memenuhi semua persyaratan.

Bagian Keempat Kategori Staf Medis

Pasal 98

Staf Medis yang telah bergabung dengan Rumah Sakit dikelompokkan ke dalam kategori:

- a. Staf Medis Organik, yaitu dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;
- b. Staf Medis Kontrak, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai staf medis kontrak, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;

- c. Staf Medis Mitra, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan setingkat dengan Rumah Sakit, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit;
- d. Staf Medis Relawan, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit atas dasar keinginan mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama rumah sakit, dan bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab sesuai ketentuan; dan
- e. Staf Medis Tamu, yaitu dokter yang tidak tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit, tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Pasal 99

Dokter Spesialis Konsultan adalah Dokter yang karena keahliannya direkrut oleh Rumah Sakit untuk memberikan konsultasi kepada Staf Medis Fungsional lain yang memerlukan dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien.

Pasal 100

Dokter Staf Pengajar adalah Dokter yang mempunyai status tenaga pengajar, baik dari status kepegawaian Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan atau Kementerian lain yang dipekerjakan dan atau diperbantukan untuk menjadi pendidik dan atau pengajar bagi peserta didik di bidang kesehatan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 101

Dokter Instalasi Gawat Darurat adalah Dokter Umum dan Dokter Spesialis yang terlatih menangani kegawatdaruratan sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh Rumah Sakit, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dan kewenangan di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 102

Peserta pendidikan dokter spesialis adalah Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kelima Kewenangan Klinik

Pasal 103

- (1) Setiap Dokter yang diterima sebagai Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.

- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari staf medis yang bersangkutan dengan memperhatikan kondisi di rumah sakit.
- (3) Dalam hal ada kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik dapat meminta informasi dan/ atau pendapat dari Kolegium terkait.

Pasal 104

Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 103 ayat (1) akan dievaluasi terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

Pasal 105

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya diperluas maka Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/ atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 106

Kewenangan klinik sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.

Pasal 107

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan (*emergency care*) di luar kewenangan klinik reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Keenam Pembinaan

Pasal 108

Dalam hal Staf Medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan atau kematian maka Komite Medik dapat melakukan penelitian.

Pasal 109

- (1) Bila hasil penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 108 membuktikan kebenaran maka Komite Medik dapat mengusulkan kepada Direktur untuk dikenai sanksi berupa sanksi administratif.
- (2) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.

- (3) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Keputusan, untuk selanjutnya Direktur memiliki waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
- (4) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bersifat final.

Bagian Ketujuh
Pengorganisasian Staf Medis Fungsional

Pasal 110

Semua Dokter yang melaksanakan praktik kedokteran di unit-unit pelayanan Rumah Sakit, termasuk unit-unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan Rumah Sakit, wajib menjadi anggota staf medis.

Pasal 111

- (1) Dalam melaksanakan tugas maka Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian yang sama.
- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok Staf Medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 112

Fungsi Staf Medis Rumah Sakit adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.

Pasal 113

Tugas Staf Medis Rumah Sakit adalah:

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

Pasal 114

Tanggungjawab Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah :

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan;
- b. melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif;

- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang Dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;
- d. memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
- f. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur dan/ atau Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu;
- g. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen terkait.

Pasal 115

Kewajiban Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah :

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

Pasal 116

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

Bagian Kedelapan Penilaian

Pasal 117

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (3) Staf medis yang memberikan pelayanan medis dan menetap di rumah sakit secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Bagian Kesembilan Komite Medik

Paragraf 1 Pembentukan

Pasal 118

- (1) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur.

- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.

Pasal 119

Komite Medik pembentukannya ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun, berkedudukan di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.

Paragraf 2

Susunan, Tugas, Fungsi, dan Kewenangan

Pasal 120

- (1) Susunan organisasi komite medik terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (2) Dalam hal keterbatasan sumber daya manusia, susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. ketua dan sekretaris tanpa subkomite; atau
 - b. ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota subkomite.

Pasal 121

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

Pasal 122

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

Pasal 123

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

Pasal 124

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 medis.

Pasal 125

Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:

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

Pasal 126

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

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

Pasal 127

Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi, komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:

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

Pasal 128

Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur meliputi hal-hal yang berkaitan dengan:

- a. mutu pelayanan medis;

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

Pasal 129

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

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

Pasal 130

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

Paragraf 3

Hubungan Komite Medik dengan Direktur

Pasal 131

Hubungan Komite Medik dengan Direktur adalah sebagai berikut:

- a. Direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- b. Komite medik bertanggungjawab kepada direktur.

Paragraf 4

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 132

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite medik dilakukan oleh Direktur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;

- b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

Pasal 133

- (1) Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medis adalah :
- a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan kerumah-sakitan;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
- (2) Ketua Komite Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 134

- (1) Sekretaris Komite Medis dipilih oleh Ketua Komite Medis;
- (2) Sekretaris Komite Medis dijabat oleh seorang Dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil;
- (3) Sekretaris Komite Medis dapat menjadi Ketua dari salah satu Sub Komite.
- (4) Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite Medis dibantu oleh tenaga administrasi/staf sekretariat purna waktu.

Pasal 135

Guna melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya maka kepada Komite Medis diberikan kewenangan:

- a. memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
- b. memberikan pertimbangan rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan alat medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan;
- c. monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis;
- d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran;
- e. membina etika dan membantu mengatur kewenangan klinis;
- f. membentuk Tim Klinis lintas profesi;
- g. memberikan rekomendasi kerjasama antar institusi.

Pasal 136

Susunan organisasi Sub Komite terdiri dari :

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

Pasal 137

Sub Komite mempunyai kegiatan sebagai berikut :

- a. menyusun kebijakan dan prosedur kerja;
- b. membuat laporan berkala dan laporan tahunan yang berisi evaluasi kerja selama setahun yang baru saja dilalui disertai rekomendasi untuk tahun

anggaran berikutnya.

Pasal 138

Tugas dan tanggung-jawab Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis adalah:

- a. membuat rencana atau program kerja;
- b. melaksanakan rencana atau jadwal kegiatan;
- c. membuat panduan mutu pelayanan medis;
- d. melakukan pantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis;
- e. menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, output proses, dan outcome;
- f. melakukan koordinasi dengan Sub Komite Peningkatan Mutu Rumah Sakit;
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 139

Tugas dan tanggungjawab Sub Komite Kredensial adalah :

- a. melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis;
- b. membuat rekomendasi hasil review;
- c. membuat laporan kepada Komite Medis
- d. melakukan review kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medis dalam rangka pemberian *clinical privileges, reappointments* dan penugasan staf medis pada unit kerja;
- e. membuat rencana kerja;
- f. melaksanakan rencana kerja;
- g. menyusun tata laksana dari instrumen kredensial;
- h. melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
- i. membuat laporan berkala kepada Komite Medis.

Pasal 140

Tugas dan tanggungjawab Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi adalah :

- a. membuat rencana kerja;
- b. melaksanakan rencana kerja;
- c. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
- d. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
- e. mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika;
- f. melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum rumah sakit; dan
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 141

Kewenangan Sub Komite adalah sebagai berikut :

- a. untuk Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis; melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi;
- b. untuk Sub Komite Kredensial; melaksanakan kegiatan kredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi
- c. untuk Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi; melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi.

Pasal 142

Tiap-tiap Sub Komite bertanggung-jawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan.

Paragraf 3
Rapat-Rapat

Pasal 143

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
 - a. rapat rutin bulanan, dilakukan minimal sekali setiap bulan;
 - b. rapat rutin bersama semua Kelompok Staf Medis dan atau dengan semua staf medis dilakukan minimal sekali setiap bulan;
 - c. rapat bersama Direktur dan Wakil Direktur Pelayanan dilakukan minimal sekali setiap bulan;
 - d. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sifatnya sangat urgen; dan
 - e. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.
- (2) Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medis atau Wakil Ketua dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu dari anggota yang hadir dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Komite Medis tidak hadir.
- (3) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medis atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.
- (4) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 144

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

Pasal 145

- (1) Rapat tahunan Komite Medis diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medis wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 146

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh Direktur, Wakil

Direktur Pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.

Pasal 147

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

Pasal 148

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

Bagian Kesepuluh Tindakan Korektif

Pasal 149

Dalam hal Staf Medis diduga melakukan layanan klinik di bawah standar maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan oleh Komite Medik untuk dilakukan penelitian.

Pasal 150

Bilamana hasil penelitian menunjukkan kebenaran adanya layanan klinik di bawah standar, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberikan sanksi dan pembinaan sesuai ketentuan.

Bagian Kesebelas Pemberhentian Staf Medis

Pasal 151

Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil diberhentikan dengan hormat karena:

- a. telah memasuki masa pensiun;
- b. permintaan sendiri;
- c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai Staf Medis; dan
- d. berhalangan tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut.

Pasal 152

Staf Medis Mitra berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas persetujuan bersama.

Pasal 153

Staf Medis Mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja

kembali untuk masa kontrak berikutnya setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.

Bagian Keduabelas Sanksi

Pasal 154

Staf Medis Rumah Sakit, baik yang berstatus organik, mitra, maupun voluntir yang melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, peraturan rumah sakit, klausula-klausula dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.

Pasal 155

Pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur Rumah Sakit setelah mendengar pendapat dari Komite Medik dengan mempertimbangkan kadar kesalahannya, yang bentuknya dapat berupa:

- a. teguran lisan atau tertulis;
- b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
- c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis Organik; atau
- d. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

Bagian Ketigabelas Kerahasiaan dan Informasi Medis

Pasal 156

- (1) Rumah Sakit :
 - a. berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku di rumah sakit;
 - b. wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - c. dapat memberikan isi rekam medik kepada pasien ataupun pihak lain atas ijin pasien secara tertulis; dan
 - d. dapat memberikan isi dokumen rekam medik untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan
- (2) Dokter rumah sakit:
 - a. berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;
 - b. wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
 - c. wajib menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika hukum dan kedokteran.
- (3) Pasien rumah sakit:
 - a. berhak mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lain-lain hal yang berkaitan dengan pasien;
 - b. wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya;
 - c. berhak mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan dokter, yaitu:

1. diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medis;
2. tujuan tindakan medis;
3. tata-laksana tindakan medis;
4. alternatif tindakan lain jika ada;
5. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
6. akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan;
7. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
8. risiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medis.

BAB V
PENUTUP

Pasal 157

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.

Ditetapkan di Semarang
pada tanggal 30 Juni 2014

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

GANJAR PRANOWO

Diundangkan di Semarang
pada tanggal 30 Juni 2014

Plt. SEKRETARIS DAERAH PROVINSI
JAWA TENGAH,

ttd

SRI PURYONO KARTOSOEDARMO

BERITA DAERAH PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2014 NOMOR 37.