



GUBERNUR JAWA TENGAH

KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA TENGAH

NOMOR 100.3.3.1/135 TAHUN 2026
TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. REHATTA
PROVINSI JAWA TENGAH

GUBERNUR JAWA TENGAH,

- Menimbang :
- a. bahwa sesuai ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan juncto Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MenkesSK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*), disebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit yang ditetapkan oleh Pemilik;
 - b. bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan kebijakan umum pelayanan rumah sakit yang mendukung tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis;
 - c. bahwa guna menjamin kepastian hukum dan memberikan landasan dalam pelaksanaan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis, perlu disusun peraturan internal rumah sakit;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c dan huruf d, perlu menetapkan Keputusan Gubernur tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
 2. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2023 tentang Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6867);

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 228/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medik Rumah Sakit (*Medical Staff By Laws*);
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.01.07/Menkes/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
10. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 3 Tahun 2026 tentang Pembentukan, Kedudukan, Tugas Dan Fungsi, Susunan Organisasi, Serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Provinsi Jawa Tengah (Berita Daerah Tahun 2026 Nomor 3).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- KESATU : Peraturan Internal Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Keputusan Gubernur ini.
- KEDUA : Peraturan Internal Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah sebagaimana dimaksud pada diktum KESATU terdiri atas :
- a. Peraturan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah; dan
 - b. Peraturan Staf Medis dan Staf Tenaga Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah.
- KETIGA : Direktur selaku Pengelola dapat menetapkan peraturan internal korporasi (*Corporate By Laws*), peraturan staf medik (*Medical Staff By Laws*), peraturan staf keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) dan peraturan staf kesehatan lainnya dalam rangka peningkatan layanan di rumah sakit.

KEEMPAT : Peraturan Internal Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada diktum KESATU digunakan sebagai pedoman dalam menjalankan tata kelola organisasi rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) untuk menjamin pelayanan yang bermutu pada pelayanan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah.

KELIMA : Keputusan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Semarang
pada tanggal 11 Mei 2026

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

AHMAD LUTHFI

SALINAN Keputusan ini disampaikan kepada Yth.:

1. Menteri Kesehatan Republik Indonesia;
2. Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia;
3. Wakil Gubernur Jawa Tengah;
4. Inspektur Provinsi Jawa Tengah;
5. Kepala Badan Pengelola Pendapatan Daerah Provinsi Jawa Tengah;
6. Kepala Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah Jawa Tengah;
7. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Jawa Tengah;
8. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah;
9. Kepala Biro Hukum SETDA Provinsi Jawa Tengah.

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum ,



Haerudin, S.H., M.H.
Pembina Utama Muda
NIP. 197007291996031001

LAMPIRAN
KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA
TENGAH
NOMOR 100.3.3.1/135 TAHUN 2026
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
(*HOSPITAL BY LAW*) PADA RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH dr. REHATTA PROVINSI
JAWA TENGAH

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAW*) PADA RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH dr. REHATTA PROVINSI JAWA TENGAH

I. KETENTUAN UMUM

Dalam Keputusan 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. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
5. Pelayanan rumah sakit adalah segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh rumah sakit dalam rangka upaya-upaya penyembuhan dan pemulihan, peningkatan, pencegahan dan pelayanan rujukan.
6. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah yang selanjutnyadisebut rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Kelas C milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus yang memberikan layanan secara profesional.
7. Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta yang selanjutnya disebut Pemilik adalah Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Tengah.
8. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah Peraturan dasar yang mengatur tatacara Penyelenggaraan rumah sakit, meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medik.
9. 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 rumah sakit.
10. Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medik di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta.
11. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta adalah aturan yang mengatur tata kelola keperawatan untuk menjaga profesionalisme staf keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta.
12. Peraturan Internal Tenaga Kesehatan Lainnya Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta adalah aturan yang mengatur tata kelola tenaga kesehatan lainnya untuk menjaga profesionalisme tenaga kesehatan lainnya di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta.

13. Dewan Pengawas adalah suatu badan yang melakukan pengawasan terhadap operasional rumah sakit yang ditetapkan dengan Keputusan Gubernur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
14. Kepala Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
15. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah.
16. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medik di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesimedik, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medik.
17. Komite Keperawatan adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh direktur yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanismekredensial, penjagaan mutu profesi, pemeliharaan etika dan disiplin profesi perawat.
18. Komite Tenaga Kesehatan Lain adalah komite di rumah sakit yang mewadahi tenaga kesehatan non-medis dan non-keperawatan untuk memastikan mutu, keselamatan, dan profesionalisme pelayanan.
19. Staf Medik adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dan dokter sub spesialis sesuai dengan kebutuhan di rumah sakit.
20. Kelompok Staf Medik Fungsional yang selanjutnya disebut KSM Fungsional adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta.
21. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam Peraturan Gubernur, yang terdiri atas Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.
22. Jabatan Fungsional Khusus adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang Aparatur Sipil Negara dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau ketrampilan tertentu serta bersifat mandiri.
23. Jabatan Fungsional Umum adalah fungsional umum yang untuk pengangkatan dalam jabatan dan kenaikan pangkatnya tidak diisyaratkan dengan angka kredit.
24. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medik untuk melakukan sekelompok pelayanan medik tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
25. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta kepada seorang staf medik untuk melakukan sekelompok pelayanan medik di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.

26. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medik, staf keperawatan dan staf tenaga kesehatan lain untuk menentukan kelayakan diberi kewenangan klinis (*clinical privilege*) atau kewenangan paraklinik sesuai kemampuan dan/atau kompetensinya.
27. Rekredensial adalah proses evaluasi kembali terhadap staf medik yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
28. Audit medik adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medik yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam mediknya yang dilaksanakan oleh profesi medik.
29. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medik dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medik.
30. 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 responbility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
31. Profesi kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapat pendidikan formal kesehatan mempunyai ijazah, surat ijin praktek dan surat tanda registrasi serta melaksanakan fungsi melayani masyarakat dengan usaha pelayanan penyakit dan mental untuk menjadi sehat.
32. Pelayanan medik spesialisik adalah pelayanan medik yang dilakukan oleh dokter spesialis dan dokter sub. Spesialis.
33. Pelayanan medik spesialisik penunjang adalah radiologi, anestesi, patologi klinis, dan pelayanan spesialisik penunjang lainnya sesuai dengan kebutuhan.
34. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, radiologi, laboratorium, dan lain-lain.
35. Tenaga penunjang administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang kegiatan operasional rumah sakit
36. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Mitra adalah dokter umum dan/atau dokter spesialis dan/atau subspecialis, dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis dan/atau subspecialis yang diangkat dengan sistem kontrak dalam jangka waktu tertentu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
37. Dokter Konsultan adalah Dokter spesialis tertentu yang karena kompetensinya diminta membantu pelayanan medik di Rumah Sakit.
38. Kewenangan klinis adalah kemampuan dan hak seorang profesional kesehatan untuk membuat keputusan klinis yang tepat dan efektif dalam memberikan pelayanan kepada pasien berdasarkan surat penugasan klinis yang ditetapkan oleh direktur.
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, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya .
41. Pejabat pengelola rumah sakit terdiri dari pemimpin BLUD, pejabat keuangan dan pejabat teknis .
42. Penghasilan adalah imbalan kerja yang diberikan kepada Pejabat pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, dan pegawai Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

II. RUANG LINGKUP

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

1. Peraturan Internal Korporasi;
2. Peraturan Internal Staf Medik (MSBL);
3. Peraturan Internal Staf Keperawatan (NSBL); dan
4. Peraturan Internal Tenaga Kesehatan Lain.

III. PERATURAN INTERNAL KORPORASI

A. Umum

Peraturan internal korporasi merupakan peraturan internal rumah sakit, memuat:

1. Identitas, Visi, Misi, tujuan, Moto dan nilai-nilai rumah sakit;
 2. Pengaturan tentang governing body (pemilik atau yang mewakili);
 3. Pengaturan tentang direktur rumah sakit; dan
 4. Pengaturan tentang Staf Medis, Staf Keperawatan dan Tenaga Kesehatan lain.
- b. Peraturan internal korporasi menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
1. Transparansi, 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, merupakan pertanggungjawaban pengelolaan sumber daya serta pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan kepada BLUD dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara periodik;
 3. Resposibilitas, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 4. Independensi, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

B. Identitas Rumah Sakit

Identitas rumah sakit sebagai berikut

1. Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah.
2. Jenis rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah.
3. Kelas rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Kelas C.
4. Alamat rumah sakit adalah di Jl. Raya Jepara – Kelet KM.37, Desa Kelet, Kecamatan Keling, Kabupaten Jepara, Kode Pos 59454, Telepon (0291) 579002, Faksimile (0291) 578161, laman: www.rsrehatta.jatengprov.go.id, Pos-el : rsrehatta@jatengprov.go.id.

C. Visi, Misi, Tujuan Strategis, Motto dan Budaya Kerja

Visi, Misi, Tujuan Strategis dan Motto rumah sakit sebagai berikut:

1. Visi rumah sakit adalah *Smart and Green Hospital*.
2. Misi rumah sakit adalah :
 - a. Menempatkan *Patient Experience* sebagai prioritas utama berbasis *Patient Centered Care*;
 - b. Membangun SDM yang adaptif, professional, kompetitif dan berkarakter unggul;
 - c. Mengembangkan sistem manajemen rumah sakit yang produktif, efisien, transparan, akuntabel, terintegrasi dan berbasis elektronik;
 - d. Menyediakan sarana dan prasarana sesuai dengan standar dan ramah lingkungan;
 - e. Membangun unit pendidikan, penelitian dan pengembangan rumah sakit berlandaskan *Corporate University*.
3. Tujuan :
 - a. Meningkatkan mutu pelayanan berbasis *Patient Centered Care*;
 - b. Meningkatkan kemampuan SDM agar adaptif, profesional, kompetitif dan berkarakter unggul;
 - c. Meningkatkan tata kelola rumah sakit yang produktif, efisien, transparan, akuntabel, terintegrasi dan berbasis elektronik;
 - d. Meningkatkan mutu uniti pendidikan, penelitian dan pengembangan rumah sakit berlandaskan corporate university.
4. Motto Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah adalah Lebih Melayani Lebih Peduli.
5. Nilai – Nilai

Dalam rangka mencapai visi melalui misi yang sudah ditetapkan, Direktur dan seluruh SDM dalam menjalankan tugas dan fungsinya merujuk pada nilai organisasi yang telah ditetapkan dan berjalan di RSUD dr. Rehatta yaitu Core Values ASN BerAKHLAK, akronim dari:

- a. Berorientasi Pelayanan
 - 1) Memahami dan memenuhi kebutuhan masyarakat.
 - 2) Ramah, cekatan, solutif, dan dapat diandalkan.
 - 3) Melakukan perbaikan tiada henti.

- b. Akuntabel
 - 1) Melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, serta disiplin dan berintegritas tinggi.
 - 2) Menggunakan kekayaan dan barang milik negara secara bertanggung jawab, efektif dan efisien.
 - 3) Tidak menyalahgunakan kewenangan jabatan.
 - c. Kompeten
 - 1) Meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah.
 - 2) Membantu orang lain belajar.
 - 3) Melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik.
 - d. Harmonis
 - 1) Menghargai setiap orang apapun latar belakangnya.
 - 2) Suka menolong orang lain.
 - 3) Membangun lingkungan kerja yang kondusif.
 - e. Loyal
 - 1) Memegang teguh ideologi Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
 - 2) Setia kepada NKRI serta pemerintahan yang sah.
 - 3) Menjaga nama baik sesama ASN, pimpinan, instansi dan negara, serta menjaga rahasia jabatan dan negara.
 - f. Adaptif
 - 1) Cepat menyesuaikan diri menghadapi perubahan.
 - 2) Terus berinovasi dan mengembangkan kreativitas.
 - 3) Bertindak proaktif.
 - g. Kolaboratif
 - 1) Memberi kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi.
 - 2) Terbuka dalam bekerja sama untuk menghasilkan nilai tambah.
 - 3) Menggerakkan pemanfaatan berbagai sumber daya untuk tujuan bersama.
6. Logo Rumah Sakit



Makna Logo :

1. Bentuk Figur Manusia

Bentuk utama logo menyerupai sosok manusia yang berdiri tegak.

Makna:

- a. Pasien sebagai pusat pelayanan (*patient centered care*)
- b. Tenaga kesehatan sebagai pendamping dan pelindung
- c. Simbol kehadiran, empati, dan kepedulian

Ini menegaskan bahwa RSUD dr. Rehatta tidak hanya mengobati penyakit, tetapi melayani manusia seutuhnya.

2. Daun Berwarna Hijau

Elemen daun yang bersama figur manusia memiliki makna kuat.

Makna:

- a. Kesembuhan dan kehidupan
- b. Pertumbuhan, harapan, dan keberlanjutan
- c. Pendekatan pelayanan yang alami, ramah, dan menenangkan

Daun juga melambangkan ikhtiar medis yang berpadu dengan proses pemulihan alami tubuh.

3. Perpaduan Warna Ungu dan Hijau

Ungu :

bermakna Profesionalisme, Kebijakan, Integritas dan kepercayaan

Hijau :

bermakna Kesehatan, Kesegaran, optimisme dan harapan hidup

Perpaduan ini mencerminkan keseimbangan antara kompetensi medis dan sentuhan kemanusiaan. Juga mencerminkan

4. Komposisi Dinamis dan Modern Bentuk logo tidak kaku dan bersifat dinamis.

Makna:

RSUD dr. Rehatta sebagai institusi yang adaptif terhadap perubahan, terbuka terhadap inovasi pelayanan. Bergerak maju mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan.

5. Tipografi Nama RSUD dr. Rehatta Tulisan “dr. Rehatta” ditampilkan jelas dan tegas.

Makna:

Identitas institusi yang kuat, Komitmen menjaga, nama baik, sejarah, dan dedikasi tokoh yang menjadi inspirasi rumah sakit. Penegasan kehadiran RSUD dr. Rehatta sebagai rujukan pelayanan kesehatan terpercaya.

D. Kedudukan, tugas Pokok dan Fungsi

Kedudukan, tugas Pokok dan Fungsi rumah sakit sebagai berikut:

1. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah merupakan UOBK yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang Kepegawaian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah dipimpin oleh Direktur yang berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah dan Kepala Dinas.
3. Bentuk pertanggungjawaban kepada Kepala Dinas dilakukan melalui penyampaian laporan pelaksanaan pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta Kepegawaian.
4. Otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah meliputi perencanaan, pelaksanaan, dan pertanggungjawaban keuangan serta penatausahaan Barang Milik Daerah.
5. Dalam melaksanakan otonomi dalam pengelolaan keuangan, Direktur ditetapkan sebagai Kuasa pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna Barang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
6. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan mata dengan upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, pelayanan rujukan dan penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
7. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan rehabilitatif dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat serta penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
8. Untuk menyelenggarakan tugas pokok, rumah sakit mempunyai fungsi :
 - a. perumusan kebijakan teknis di bidang Pelayanan Kesehatan;
 - b. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan rumah sakit;
 - c. penyusunan program kerja dan anggaran rumah sakit;
 - d. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
 - e. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan Kesehatan yang paripurna sesuai kebutuhan medis;
 - f. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
 - g. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka
 - h. peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;
 - i. penyelenggaraan kesekretariatan rumah sakit;
 - j. pelaksanaan pengelolaan keuangan, aset dan kepegawaian rumah sakit;
 - k. pemantauan, evaluasi dan pelaporan rumah sakit; dan

1. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

E. Kedudukan Pemerintah Daerah

Kedudukan Pemerintah Daerah terhadap rumah sakit sebagai berikut:

1. Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan rumah sakit.
2. Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggung jawabnya mempunyai kewenangan :
 - 1) menetapkan Peraturan Internal dan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit beserta perubahannya;
 - 2) membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas rumah sakit;
 - 3) melakukan evaluasi atas kinerja Pejabat Pengelola BLUD rumah sakit yang dilakukan minimal 1 (satu) tahun sekali;
 - 4) memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
 - 5) menyetujui dan mengesahkan visi dan misi rumah sakit serta melakukan review berkala minimal 1 (satu) tahun sekali atas visi dan misi tersebut;
 - 6) menyetujui dan mensahkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran rumah sakit;
 - 7) mengalokasikan sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi rumah sakit; dan
 - 8) memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi serta memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan. Pemberian penghargaan dan sanksi dapat didelegasikan kepada Direktur.
3. Pemerintah Daerah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

F. Dewan Pengawas

1. Pembentukan Dewan Pengawas

Ketentuan Dewan Pengawas rumah sakit sebagai berikut:

- a. Pemilik dapat membentuk Dewan Pengawas rumah sakit.
- b. Dewan Pengawas merupakan suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik.
- c. Dewan Pengawas beranggotakan unsur pemilik, organisasi profesi, asosiasi perumahsakit, dan tokoh masyarakat.
- d. Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah paling banyak 5 (lima) orang, terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota .
- e. Dalam hal belum terbentuk dewan pengawas, pemerintah daerah dapat menunjuk representasi pemilik sebagai perwakilan pemerintah daerah.

2. Dewan Pengawas 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 dalam penyelenggaraan pelayanan;
- e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
- f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit, dan
- g. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

3. Pengangkatan dan Pemberhentian

Pengangkatan dan pemberhentian Dewan Pengawas sebagai berikut:

- a. Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.
- b. Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan:
 - 1) memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - 2) mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - 3) tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
 - 4) tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
 - 5) tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit; dan
 - 6) persyaratan lain yang ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit.
- c. Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- d. Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Direksi.
- e. Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Gubernur atas usulan dari Direktur.
- f. Pemberhentian sebagai anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan apabila Dewan Pengawas:
 - 1) tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - 2) tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - 3) terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD; atau
 - 4) dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas BLUD.

4. Ketua dan Sekretaris Dewan Pengawas

- a. Ketua Dewan Pengawas di angkat oleh Gubernur;
- b. 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.
- c. Tugas Ketua Dewan Pengawas adalah:
 - 1) memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
 - 2) memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) rumah sakit melalui Rapat Dewan Pengawas;
 - 3) 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;
 - 4) melaporkan tugas sebagaimana dimaksud pada huruf c pada rapat rutin berikutnya, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.
- d. Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Gubernur selaku Pemilik dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas atas usulan rumah sakit.
- e. Sekretaris Dewan Pengawas, bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas.
- f. Sekretaris tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

5. Tugas, Kewajiban Dan Wewenang Dewan Pengawas Terhadap Pengelolaan BLUD rumah sakit

- a. Dewan Pengawas bertugas untuk melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD rumah sakit, yang meliputi pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategi Bisnis sesuai ketentuan peraturan perundang - undangan.
- b. Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas berkewajiban:
 - 1) memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik rumah sakit mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola BLUD;
 - 2) mengikuti perkembangan kegiatan BLUD dan memberikan pendapat, saran, serta alternatif solusi setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD;
 - 3) memberikan laporan kepada Gubernur tentang kinerja BLUD;
 - 4) memberikan nasehat kepada pengelola dalam melaksanakan pengelolaan BLUD;

- 5) melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelolaan BLUD; dan
 - 6) memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- c. Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Gubernur secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali apabila diperlukan.
- d. Dalam melaksanakan tugas dan kewajiban, Dewan Pengawas mempunyai wewenang yang meliputi:
- 1) Menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit;
 - 2) Menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit sehari-hari;
 - 3) Menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program – program tersebut;
 - 4) Menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit;
 - 5) Melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
 - 6) Mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - 7) Melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) setiap 3 (tiga) bulan sekali serta membersihkan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis;
 - 8) Melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

6. Rapat Dewan Pengawas

a. Rapat Dewan Pengawas terdiri dari:

- 1) rapat rutin, dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a) diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus;
 - b) merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direksi rumah sakit dan pihak lain, untuk mendiskusikan, klarifikasi atau alternatif solusi berbagai permasalahan di rumah sakit;
 - c) dilaksanakan paling sedikit 3 (tiga) kali dalam 1 (satu) tahun yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas;

- d) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi, dan pihak lain di lingkungan rumah sakit atau di luar lingkungan rumah sakit apabila diperlukan untuk menghadiri rapat rutin sebelum rapat tersebut dilaksanakan;
 - e) Rapat rutin dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direksi, dan dapat dihadiri pihak lain di lingkungan rumah sakit atau di luar lingkungan rumah sakit apabila diperlukan.
- 2) rapat khusus dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut;
- a) diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan;
 - b) Dilakukan dalam hal:
 - 1. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - 2. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Dewan Pengawas.
 - c) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan;
 - d) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- 3) rapat tahunan, dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:
- a) diselenggarakan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
 - b) diselenggarakan 1(satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
 - c) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan BLUD, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.
- b. Pelaksanaan Rapat Dewan Pengawas
- 1) Semua rapat dipimpin oleh Ketua Dewan Pengawas;
 - 2) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, dan telah memenuhi kuorum, maka anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pimpinan Rapat untuk memimpin rapat.
 - 3) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila telah memenuhi kuorum.
 - 4) 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.
 - 5) Kuorum terpenuhi apabila dihadiri oleh 2/3 (dua per tiga) anggota Dewan Pengawas.
 - 6) Bila kuorum tidak terpenuhi dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan paling lama 1 (satu) minggu berikutnya.

- 7) 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.
- 8) Risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- 9) Pimpinan rapat berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.
- 10) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

c. Pembatalan Putusan Rapat

- 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 ditolaknya usulan.

7. Peran Dewan Pengawas Terhadap Staf Medik

- a. Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan sebagai upaya memberdayakan staf medik untuk mencapai tujuan rumah sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan rumah sakit.
- b. Peran terhadap Staf medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui interaksi dan koordinasi secara berkesinambungan, melalui pemberdayaan fungsi dalam Organisasi Komite Medik rumah sakit.

G. Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

1. Hak rumah sakit sesuai dengan perundang-undangan adalah sebagai berikut :
 - a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit;
 - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam mengembangkan pelayanan;
 - d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
 - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan; dan

- g. mempromosikan layanan Kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Rumah sakit, sesuai dengan perundang-undangan mempunyai kewajiban sebagai berikut :
- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat;
 - b. memberikan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan Pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
 - c. memberikan pelayanan Gawat Darurat kepada Pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - d. berperan aktif dalam memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
 - f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan bagi Pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan Gawat Darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan KLB, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
 - g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu Pelayanan Kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani Pasien;
 - h. menyelenggarakan rekam medis;
 - i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, tempat parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
 - j. melaksanakan sistem rujukan;
 - k. menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - l. memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasien;
 - m. menghormati dan melindungi hak-hak Pasien;
 - n. melaksanakan etika rumah sakit;
 - o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
 - p. melaksanakan program pemerintah di bidang Kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
 - q. membuat daftar Tenaga Medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan Tenaga Kesehatan lainnya;
 - r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit;
 - s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas; dan
 - t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

H. Hak dan Kewajiban Pasien

1. Hak Pasien sesuai dengan perundang-undangan adalah sebagai berikut:
 - a. mendapatkan informasi mengenai Kesehatan dirinya;
 - b. mendapatkan penjelasan yang memadai mengenai Pelayanan Kesehatan yang diterimanya;
 - c. mendapatkan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, standar profesi, dan pelayanan yang bermutu;
 - d. menolak atau menyetujui tindakan medis, kecuali untuk tindakan medis yang diperlukan dalam rangka pencegahan penyakit menular dan penanggulangan KLB atau Wabah;
 - e. mendapatkan akses terhadap informasi yang terdapat di dalam rekam medis;
 - f. meminta pendapat Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan lain; dan
 - g. mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Pasien, sesuai dengan perundang-undangan mempunyai kewajiban sebagai berikut :
 - a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya;
 - b. mematuhi nasihat dan petunjuk Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;
 - c. mematuhi ketentuan yang berlaku pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan
 - d. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

I. Pejabat Pengelola

1. Ketentuan Umum
 - a. Pejabat Pengelola BLUD bertanggungjawab atas pelaksanaan pemberian layanan umum terutama pada aspek manfaat yang dihasilkan;
 - b. Pejabat Pengelola terdiri atas:
 - 1) Pemimpin BLUD, berfungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan, serta bertindak selaku kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang;
 - 2) Pejabat Keuangan, berfungsi sebagai penanggungjawab keuangan;
 - 3) Pejabat Teknis, berfungsi sebagai penanggung jawab teknis di bidang masing-masing.
 - c. Direktur selaku pemimpin BLUD bertanggungjawab kepada Gubernur terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan;
 - d. Semua Pejabat Pengelola dibawah Direktur bertanggungjawab kepada Direktur sesuai bidang tanggung jawab masing – masing.

- e. Pejabat pengelola rumah sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis beban kerja dan/atau kebutuhan organisasi.
 - f. Perubahan pejabat pengelola ditetapkan oleh Gubernur .
2. Pengangkatan pejabat Pengelola
- Ketentuan pengangkatan Pejabat Pengelola sebagai berikut:
- a. Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola rumah sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
 - b. Kompetensi sebagaimana dimaksud pada huruf a merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan .
 - c. Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada huruf a merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.
 - d. Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Gubernur.
3. Direktur Rumah Sakit;
- Direktur merupakan sebutan untuk jabatan tertinggi bagi pimpinan rumah sakit. Untuk dapat diangkat menjadi Direktur sesuai dengan ketentuan perundang-undangan adalah sebagai berikut :
- a. Direktur rumah sakit dijabat oleh Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan atau tenaga profesional yang memiliki kompetensi manajemen rumah sakit;
 - b. Pendidikan dan pengalaman Direktur tersebut telah memenuhi persyaratan untuk melaksanakan tugas yang termuat dalam uraian tugas serta peraturan perundangan.
 - c. Direktur diangkat dan diberhentikan berdasarkan oleh Gubernur.
4. Tugas, Tanggung Jawab dan Wewenang Direktur
- a. Tugas Direktur sebagai berikut :
 - 1) Memimpin rumah sakit sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan;
 - 2) Memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan rumah sakit;
 - 3) Mewakili rumah sakit di dalam dan diluar pengadilan;
 - 4) Melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah digariskan;
 - 5) Mengelola rumah sakit dengan berwawasan lingkungan;
 - 6) Menyiapkan Rencana Strategi Bisnis (RSB) dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) rumah sakit;
 - 7) Mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang – undangan;

- 8) Menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala; dan
 - 9) Menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan rumah sakit.
- b. Tanggung jawab Direktur meliputi :
- 1) Mematuhi perundang-undangan yang berlaku;
 - 2) Menjalankan visi dan misi RS;
 - 3) Menetapkan kebijakan rumah sakit, termasuk kebijakan pengendalian antikorupsi antara lain pengendalian fraud di lingkungan rumah sakit;
 - 4) Memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
 - 5) Mengelola dan mengendalikan SDM, Keuangan dan sumber daya lainnya;
 - 6) Merekomendasikan kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada representatif pemilik / Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan;
 - 7) Menetapkan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit yaitu perbaikan yang berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas rumah sakit;
 - 8) Melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien melalui pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Representatif;
 - 9) Melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Representatif Pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.
- c. Wewenang Direktur adalah :
- 1) Menetapkan kebijakan rumah sakit;
 - 2) Memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di rumah sakit;
 - 3) Menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap rumah sakit;
 - 4) Mengusulkan, mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang – undangan;
 - 5) Menetapkan hal - hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang – undangan;
 - 6) Memberikan penghargaan kepada pegawai, yang berprestasi;
 - 7) Memberikan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 8) Mendatangkan ahli, profesional, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;
 - 9) Menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung sesuai kebutuhan;

- 10) Menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional;
- 11) Mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;

d. Rapat Direktur

Direktur dapat menyelenggarakan rapat dengan dengan pejabat pengelola rumah sakit lainnya paling sedikit satu kali dalam satu bulan. Selain dengan pejabat pengelola rumah sakit, rapat dapat diikuti oleh kepala unit rumah sakit.

5. Tugas, tanggung jawab dan wewenang Pejabat Pengelola rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

J. Organisasi Pelaksanaan

1. Guna mendukung pelaksanaan pelayanan di rumah sakit, Direktur membentuk organisasi pelaksana dan organisasi pendukung sesuai kebutuhan.
2. Organisasi pelaksana dan organisasi pendukung sesuai kebutuhan sebagaimana dimaksud pada angka 1 meliputi:
 - a. Instalasi;
 - b. Satuan Pengawas Internal;
 - c. Komite Medik;
 - d. Komite Keperawatan;
 - e. Komite Tenaga Kesehatan Lain;
 - f. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - g. Komite Etik dan Hukum;
 - h. Komite Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI);
 - i. Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS);
 - j. Panitia Farmasi dan Terapi (PFT);
 - k. Tim Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA); dan
 - l. Komite atau Tim pendukung lain sesuai kebutuhan rumah sakit.
3. Organisasi pelaksana dan organisasi pendukung sebagai bagian dari tugas dan kewenangan direktur sebagaimana dimaksud pada angka 2 ditetapkan lebih lanjut oleh Direktur.

K. Etik, Disiplin dan Penegakan Hukum Internal

1. Setiap pelanggaran terhadap Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) akan dikenakan sanksi sesuai tingkat kesalahan.
2. Penegakan disiplin dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. pelanggaran terhadap disiplin ASN diselesaikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan tentang disiplin Pegawai Negeri Sipil;
 - b. pelanggaran terhadap Kode Etik Rumah Sakit (KERS) diselesaikan oleh Komite Etik Rumah Sakit;
 - b. pelanggaran terhadap kode etik pegawai secara umum diselesaikan oleh Majelis Kode Etik yang dibentuk oleh direktur;
 - c. pelanggaran terhadap kode etik profesi diselesaikan oleh sub. Komite etik dan profesi pada masing-masing komite.

3. Keputusan akhir mengenai pelanggaran ditetapkan oleh pejabat yang berwenang setelah mendapatkan rekomendasi dari pihak yang memiliki kewenangan menyelesaikan pelanggaran.

L. Pengelolaan Sumber Daya Manusia

1. Tujuan Pengelolaan

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan penempatan SDM yang sesuai dengan kompetensi serta memberikan peluang SDM untuk meningkatkan kinerja dan pengembangan karir sesuai tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

2. Pengangkatan Pegawai

- a. Pegawai rumah sakit berasal dari Aparatur Sipil Negara atau Non Aparatur Sipil Negara sesuai dengan kebutuhan dan
- b. Pengangkatan pegawai rumah sakit yang berasal dari Non Aparatur Sipil Negara dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan mutu pelayanan.
- c. Mekanisme pengangkatan pegawai rumah sakit yang berasal dari Non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada huruf b dilakukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Perpindahan Pegawai

- a. Perpindahan Aparatur Sipil Negara dan Non Aparatur Sipil Negaradilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir;
- b. Perpindahan dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
 - 1) penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan ketrampilannya;
 - 2) masa kerja di unit tertentu;
 - 3) pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - 4) kegunaannya dalam menunjang karir;
 - 5) kondisi fisik dan psikis pegawai.

4. Pemberhentian Pegawai

- a. Pemberhentian pegawai berstatus Aparatur Sipil Negara dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian Aparatur Sipil Negara.
- b. Pemberhentian pegawai berstatus Non Aparatur Sipil Negara dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - 1) pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit Non Aparatur Sipil Negara mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan atau tidak memperpanjang masa kontrak.
 - 2) pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit non Aparatur Sipil Negara telah memasuki masa batas usia pensiun yaitu usia 58 (lima puluh delapan) tahun.

- c. Pegawai Rumah Sakit Non Pegawai Negeri Sipil yang diberhentikan karena mencapai batas usia pensiun tidak mendapatkan hak-hak pensiun.
- d. Pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai Rumah Sakit Non Aparatur Sipil Negara melakukan tindakan-tindakan pelanggaran sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

M. Penghasilan

1. Pegawai rumah sakit diberikan penghasilan sesuai dengan ketentuan perundangan – undangan.
2. Penghasilan sebagaimana dimaksud angka 1 dapat berupa gaji, tunjangan, honorarium, insentif, bonus atas prestasi kerja dan penghasilan lainnya yang sah.

N. Standar Pelayanan Minimal

1. Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan rumah sakit ditetapkan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit.
2. Penyusunan Standar Pelayanan minimal rumah sakit sebagaimana dimaksud pada angka 1 diusulkan oleh Direktur.
3. Penyusunan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit sebagaimana dimaksud pada angka 1, dengan mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.
4. Standar Pelayanan Minimal rumah sakit sebagaimana dimaksud pada angka 1 ditetapkan oleh Gubernur.
5. Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan:
 - a. fokus pada jenis pelayanan, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit;
 - b. terukur, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan;
 - c. dapat dicapai merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya;
 - d. relevan dan dapat diandalkan merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit; dan
 - e. tepat waktu merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

O. Pengelolaan Keuangan

1. Pengelolaan keuangan rumah sakit berdasarkan pada prinsip efektif, efisien, ekonomis, transparan dan bertanggung jawab.
2. Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud pada angka 1, maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi sesuai peraturan perundang-undangan dan standar akuntansi pemerintahan (SAP).

3. Subsidi dari pemerintah untuk pembiayaan RSUD dr. Rehatta dapat berupa belanja pegawai, belanja barang dan jasa, dan belanja modal.

P. Kebijakan Anti Korupsi dan Pencegahan Kecurangan (Fraud)

1. Rumah Sakit berkomitmen untuk mencegah dan memberantas segala bentuk korupsi, suap, dan kecurangan dalam pelaksanaan seluruh kegiatan operasional dan pelayanan publik.
2. Rumah Sakit akan menerapkan sistem pengendalian yang efektif, termasuk audit internal berkala untuk memastikan transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan keuangan dan administrasi.
3. Setiap indikasi atau laporan terkait korupsi dan kecurangan akan ditindaklanjuti dengan prosedur investigasi yang transparan dan dapat bekerjasama dengan aparat penegak hukum sesuai peraturan perundang-undangan.

Q. Tarif Pelayanan

1. Rumah sakit 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 angka 1, ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil investasi dana.
3. Tarif sebagaimana dimaksud pada angka 2, termasuk imbal hasil yang wajardari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
4. Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada angka 2, dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan rumah sakit.
5. Tarif layanan rumah sakit diusulkan oleh Direktur kepada Gubernur.
6. Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada angka 5, mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, asas keadilan dan kepatutan serta kompetisi yang sehat.
7. Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada angka 6 sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

R. Pendapatan dan Biaya

1. Pendapatan

a. Pendapatan rumah sakit dapat bersumber dari:

- 1) jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat;
- 2) hibah tidak terikat yang diberikan oleh masyarakat atau badan lain;
- 3) hasil kerjasama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya;
- 4) APBD, berupa pendapatan yang berasal dari Pemerintah Daerah dalam rangka pelaksanaan program atau kegiatan di rumah sakit; dan

- 5) Lain – lain pendapatan BLUD yang sah, dapat berupa antara lain:
 - a) jasa giro;
 - b) pendapatan bunga;
 - c) keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - d) komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualandan/atau pengadaan barang dan/atau jasa;
 - e) hasil investasi; dan
 - f) pengembangan usaha.
 - b. Rumah sakit dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan/atau tugas perbantuan, proses pengelolaan keuangan diselenggarakan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - c. Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran rumah sakit sesuai Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit atau Dokumen Anggaran sejenis lainnya
 - d. Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada huruf a angka 1 dan 5 dilaksanakan melalui rekening kas BLUD.
 - e. Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada huruf a dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap bulan.
 - f. Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada huruf e sesuai dengan ketentuan perundang – undangan.
2. Belanja
- a. Belanja terdiri dari:
 - 1) belanja operasional; dan
 - 2) belanja modal.
 - b. Belanja operasional sebagaimana dimaksud huruf a angka 1) mencakup belanja pegawai, belanja barang/jasa, belanja bunga, subsidi, hibah dan bantuan sosial untuk menjalankan tugas dan fungsi.
 - c. Belanja modal sebagaimana dimaksud huruf a angka 2) mencakup seluruh belanja BLUD untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD.
3. Ketentuan Pendapatan dan belanja
- a. Seluruh pendapatan dan belanja rumah sakit dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan.
 - b. Seluruh pendapatan dan belanja rumah sakit, dilakukan dengan menerbitkan SP3B BLUD yang dilampiri dengan Surat pernyataan Tanggungjawab (SPTJ).

- c. Format laporan sebagaimana dimaksud pada huruf b dan Format SPTJ sebagaimana dimaksud pada huruf b sesuai ketentuan peraturan perundang – undangan.
4. Fleksibilitas terkait pengeluaran
- a. Rumah sakit diberikan fleksibilitas dalam pengeluaran belanja dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
 - b. Fleksibilitas sebagaimana dimaksud dalam huruf a merupakan belanja yang disesuaikan dengan pelampauan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif.
 - c. Fleksibilitas pengeluaran belanja rumah sakit, hanya berlaku untuk biaya rumah sakit yang berasal dari pendapatan selain selain dari APBD.
 - d. Pelaksanaan fleksibilitas dalam pelaksanaan ambang batas dilaksanakan melalui revisi RBA yang diusulkan oleh pemimpin dan disetujui oleh dewan pengawas untuk kemudian dimintakan persetujuan BPKAD.
5. Ambang batas RBA
- a. Ambang batas RBA sebagaimana dimaksud dalam angka 4 huruf b, ditetapkan dengan besaran persentase.
 - b. Penggunaan fleksibilitas ambang batas dilaksanakan melalui revisi RBA yang diusulkan oleh pemimpin dan disetujui oleh dewan pengawas untuk kemudian dimintakan persetujuan BPKAD.
 - c. Mekanisme revisi RBA sebagaimana dimaksud huruf b dengan kelengkapan dokumen:
 - 1) Surat permohonan dari pemimpin;
 - 2) Realisasi pendapatan bulan berjalan secara akrual melampaui target tahunan;
 - 3) Jenis belanja operasional yang diusulkan memanfaatkan ambang batas; dan
 - 4) Rencana sumber dana yang akan digunakan.
 - d. Revisi RBA sebagaimana dimaksud huruf b dapat dilakukan penyesuaian pada APBD Perubahan.
 - e. Penggunaan ambang batas setelah APBD Perubahan dilakukan pencatatan pada laporan realisasi anggaran baik untuk anggaran maupun realisasi serta dilakukan pengungkapan pada Catatan atas Laporan Keuangan.
- S. Pengelolaan Sumber Daya Lain
- 1. Sumber daya lain pada rumah sakit, yaitu :
 - a. Sarana;
 - b. Prasarana;
 - c. Gedung;
 - d. dan jalan.
 - 2. Pengelolaan Sumber daya lain dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Sumber daya lain dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit.

T. Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

1. Rumah sakit wajib mengelola lingkungan rumah sakit.
2. Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada angka 1 untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan dan keselamatan.

IV. PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK (*MEDICAL STAF BY LAWS*)

1. Dalam rangka menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis berbasis keselamatan pasien, ditetapkan Peraturan Internal Staf Medis (*medical staf by laws*).
2. Dalam hal mencapai maksud sebagaimana dalam angka 1 diselenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, penegakan disiplin profesi, dan memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi.
3. Peraturan Internal Staf Medis (*medical staf by laws*) sebagaimana dimaksud pada angka 1 ditetapkan oleh Direktur.

V. PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN

1. Dalam rangka penyelenggaraan tata kelola klinis keperawatan yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan etik dan disiplin profesi keperawatan di RSUD dr. Rehatta, ditetapkan Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*).
2. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) sebagaimana dimaksud pada angka 1 ditetapkan lebih lanjut oleh Direktur.

VI. PERATURAN INTERNAL TENAGA KESEHATAN LAIN

1. Dalam rangka penyelenggaraan tata kelola klinis tenaga kesehatan lain yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lain di RSUD dr. Rehatta, ditetapkan Peraturan Internal Tenaga Kesehatan Lain.
2. Peraturan Internal tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada angka 1 ditetapkan lebih lanjut oleh Direktur.

VII. PENUTUP

Demikian Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rehatta Provinsi Jawa Tengah ini dibentuk agar menjadi pedoman bagi Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, seluruh pegawai dan stakeholder terkait.

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

AHMAD LUTHFI

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum ,



Haerudin, S.H., M.H.
Pembina Utama Muda
NIP. 197007291996031001