



GUBERNUR JAWA TENGAH

KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA TENGAH

NOMOR 100.3.3.1/441 TAHUN 2025

TENTANG

**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)
PADA RUMAH SAKIT MATA DAERAH SOEPARDJO ROESTAM
PROVINSI JAWA TENGAH**

GUBERNUR JAWA TENGAH,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka melaksanakan dan meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam Provinsi Jawa Tengah, diperlukan pedoman tata kelola melindungi semua pihak terkait, serta sebagai syarat akreditasi rumah sakit;
 - b. 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;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Gubernur tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Law) Pada Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam 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. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medik Rumah Sakit (*Medical Staff By Laws*);
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.01.07/Menkes/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 228/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
9. 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;
10. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 10 Tahun 2025 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam Provinsi Jawa Tengah (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2025 Nomor 2025);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- KESATU : Dengan Keputusan Gubernur ini ditetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Law*) Pada Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam Provinsi Jawa Tengah, sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan Gubernur ini.
- KEDUA : Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Law*) sebagaimana dimaksud dalam diktum KESATU menjadi pedoman bagi Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, Pejabat dan staf serta stakeholder terkait dalam memberikan layanan dan peningkatan kesehatan kepada masyarakat serta salah satu syarat dalam akreditasi rumah sakit.
- KETIGA : Direktur selaku Pengelola dapat menetapkan peraturan internal korporasi (*Corporate By Laws*), peraturan staf medik (*Medical Staff By Laws*) dan peraturan staf keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) dalam rangka peningkatan layanan di rumah sakit.
- KEEMPAT : Semua biaya yang timbul sebagai akibat ditetapkannya Keputusan Gubernur ini di bebaskan pada:
- a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah;
 - b. sumber dana lain yang sah dan tidak mengikat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

KELIMA : Keputusan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Semarang
pada tanggal 05 Desember 2025

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 100.3.3.1/441 TAHUN 2025
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
(*HOSPITAL BY LAW*) PADA RUMAH SAKIT
MATA DAERAH SOEPARDJO ROESTAM
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAW*) PADA RUMAH
SAKIT MATA DAERAH SOEPARDJO ROESTAM 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 Mata Daerah Soepardjo Roestam Provinsi Jawa Tengah yang selanjutnyadisebut RSMD Soepardjo Roestam adalah Rumah Sakit Mata Daerah Kelas B milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.
7. Pemilik Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam 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 Mata Daerah Soepardjo Roestam adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medik di Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam.
11. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) Rumah Sakit Mata Daerah Soeparjo Roestam adalah aturan yang mengatur tata kelola keperawatan untuk menjaga profesionalisme staf keperawatan di Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam.
12. 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.

13. Kepala Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
14. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Mata daerah Soepradjo Roestam Provinsi Jawa Tengah.
15. 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.
16. 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.
17. Staf Medik adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dan dokter sub spesialis sesuai dengan kebutuhan di rumah sakit.
18. 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 Mata Daerah Soepardjo Roestam.
19. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi, yang terdiri atas Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.
20. 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.
21. Jabatan Fungsional Umum adalah fungsional umum yang untuk pengangkatan dalam jabatan dan kenaikan pangkatnya tidak diisyaratkan dengan angka kredit.
22. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medik untuk melakukan sekelompok pelayanan medik tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
23. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam kepada seorang staf medik untuk melakukan sekelompok pelayanan medik di Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
24. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medik dan paramedik untuk menentukan kelayakan diberi kewenangan klinis (*clinical privilege*) atau kewenangan paraklinik sesuai kemampuan dan/atau kompetensinya.
25. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medik yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.

26. Audit medik adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medik yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam mediknya yang dilaksanakan oleh profesi medik.
27. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medik dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medik.
28. 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.
29. 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.
30. Pelayanan medik spesialisik adalah pelayanan medik spesialis Mata, Penyakit Dalam, Anak, Kulit dan Kelamin, Paru, dah Kedokteran Jiwa.
31. Pelayanan medik spesialisis penunjang adalah radiologi, anestesi, patologi klinis, dan pelayanan spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
32. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, radiologi, laboratorium, dan lain-lain.
33. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas staf medik, komite medik, dan sub komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medik.
34. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Mitra adalah dokter umum dan/atau dokter spesialis, dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang diangkat dengan status tenaga harian dengan sistem kontrak dan/atau tenaga honorer di Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.
35. Dokter Konsultan adalah Dokter spesialis tertentu yang karena kompetensinya diminta membantu pelayanan medik di Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam.
36. Hak Klinik adalah kewenangan dari anggota KSM Fungsional untuk melaksanakan pelayanan medik sesuai dengan profesi dan keahliannya di Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam.
37. Tokoh masyarakat adalah mereka yang karena prestasi dan perilakunya dapat dijadikan contoh/tauladan bagi masyarakat .
38. 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.

39. 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 .
40. Pejabat pengelola rumah sakit terdiri dari pemimpin BLUD, pejabat keuangan dan pejabat teknis .
41. Penghasilan adalah imbalan kerja yang diberikan kepada Pejabat pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, dan pegawai Rumah Sakit dengan mempertimbangkan prinsip proporsionalitas, kesetaraan, dan kepatutan.

II. RUANG LINGKUP

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

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

III. PERATURAN INTERNAL KORPORASI

A. Umum

- a. Peraturan internal korporasi merupakan peraturan internal rumah sakit, memuat:
 1. struktur organisasi, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. prosedur kerja, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi;
 3. pengelompokan fungsi-fungsi logis, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi; dan
 4. pengelolaan sumber daya manusia, 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.
- 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 Mata Daerah Soepardjo Roestam Provinsi Jawa Tengah.
2. Jenis rumah sakit adalah Rumah Sakit Khusus Mata
3. Kelas rumah sakit adalah Rumah Sakit Khusus Mata Kelas B.
4. Alamat rumah sakit adalah di Jl. KH Ahmad dahlan No 39, Semarang Tengah, Kota Semarang, Kode Pos 50136, Telepon (024) 8413482, Fax (024) 8413482.

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

Visi, Misi, Tujuan Strategis dan Motto Rumah Sakit sebagai berikut:

1. Visi rumah sakit adalah Menjadi Pusat Rujukan Kesehatan dan Pendidikan Mata.
2. Misi rumah sakit adalah :
 - a. Memberikan pelayanan kesehatan mata dan Pendidikan mata yang bermutu dan berorientasi pada kepuasan pelanggan;
 - b. Memberikan pelayanan kesehatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif;
 - c. Mengembangkan sarana prasarana modern;
 - d. Mengembangkan sistem yang terintegrasi, transparan, dan akuntabel;
 - e. Meningkatkan sumber daya manusia yang profesional dan beretika;
 - f. Meningkatkan kemitraan dan kerjasama lintas sektor dan pemberdayaan masyarakat.
3. Tujuan :
 - a. Meningkatkan kompetensi SDM dan berkarakter unggul ;
 - b. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rujukan;
 - c. Meningkatkan pemenuhan sarana dan prasarana yang sesuai standar rumah sakit Kelas B Khusus;
 - d. Meningkatkan manajemen operasional berbasis kepuasan pelanggan.

4. Motto RS Mata Daerah Provinsi Jawa Tengah adalah Bersama Melihat Dunia Lebih Cerah.
5. Budaya Kerja

Budaya kerja tercermin dari kata "VISION", yaitu:

V : Visioner
I : Inovatif
S : Sinergi
I : Integritas
O : Optimis
N : Nyaman

D. Kedudukan, tugas Pokok dan Fungsi

Kedudukan, tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit sebagai berikut:

1. Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam 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 Mata Daerah Soepardjo Roestam 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 Mata Daerah Soepardjo Roestam 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. Untuk menyelenggarakan tugas pokok, RS Mata Daerah Soepardjo Roestam mempunyai fungsi :
 - a. perumusan kebijakan teknis di bidang Pelayanan Kesehatan;
 - b. pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan pemerintah provinsi di bidang pelayanan kesehatan;
 - c. penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan dibidang Pelayanan Kesehatan;
 - d. pelayanan medik;
 - e. pelayanan penunjang medik dan non medik;
 - f. pelayanan keperawatan;
 - g. pelayanan rujukan;

- h. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;
- i. pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
- j. pengelolaan keuangan dan akuntansi; dan
- k. pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tata laksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

E. Kedudukan Pemerintah Daerah

Kedudukan Pemerintah Daerah terhadap Rumah Sakit sebagai berikut:

1. Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan RSMD Soepardjo Roestam.
2. Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggung jawabnya mempunyai kewenangan :
 - 1) menetapkan peraturan tentang Peraturan Internal dan Standar Pelayanan Minimal RS Mata Daerah Soepardjo Roestam beserta perubahannya;
 - 2) membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas RS Mata Daerah Soepardjo Roestam;
 - 3) mempersiapkan tata kelola BLUD RS Mata Daerah Soepardjo Roestam selama masa transisi, paling lambat 3 (tiga) tahun setelah RS Mata Daerah Soepardjo Roestam Provinsi Jawa Tengah didirikan;
 - 4) melakukan evaluasi atas kinerja Pejabat Pengelola BLUD RS Mata Daerah Soepardjo Roestam yang dilakukan minimal 1 (satu) tahun sekali setelah ditetapkan sebagai BLUD
 - 5) memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
 - 6) menyetujui, mengesahkan, dan mengumumkan visi dan misi RS Mata Daerah 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 RS Mata Daerah Soepardjo Roestam;
 - 7) menyetujui Rencana Strategi dan atau Rencana Strategi Bisnis, kebijakan, dan standar prosedur operasional RS RSMD Soepardjo Roestam. Kewenangan persetujuan atas kebijakan dan standar prosedur operasional didelegasikan kepada Direktur RSMD Soepardjo Roestam;
 - 8) menyetujui dan mensahkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran RSMD Soepardjo Roestam;
 - 9) mengalokasikan sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi RSMD Soepardjo Roestam ;
 - 10) menyetujui rencana RSMD Soepardjo Roestam untuk mutu dan keselamatan pasien serta menerima laporan dan tindak lanjut tentang program mutu dan keselamatan pasien tersebut; dan

- 11) 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 jawab menutup defisit anggaran RSMD Soepardjo Roestam 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 RSMD Soepardjo Roestam.

F. Dewan Pengawas

1. Pembentukan Dewan Pengawas

Ketentuan Dewan Pengawas Rumas Sakit sebagai berikut:

- a. Pemilik dapat membentuk Dewan Pengawas RS Mata Daerah.
- 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 Pemda dapat menunjuk representasi pemilik sebagai perwakilan pemerintah daerah

2. Dewan Pengawas mempunyai tugas:

- a. Menentukan arah kebijakan RS Mata Daerah;
- 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 pasien;
- f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban RS Mata Daerah, dan
- g. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Pengangkatan dan Pemberhentian

Pengangkatan dan Pemberhentian Rumah sakit sebagai berikut:

- a. Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.
- b. Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- c. Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Direksi .
- d. Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Gubernur atas usulan dari Direktur.

- e. 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*) RS Mata Daerah 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 beban RS Mata Daerah.
- e. Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas.
- f. Sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

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

- a. Dewan Pengawas bertugas untuk melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD RSMD Soepardjo Roestam, yang meliputi pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategik Bisnis jangka Panjang sesuai ketentuan peraturan perundang -undangan yang berlaku.
- b. Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas berkewajiban:

- 1) memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik RS Mata Daerah mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola BLUD;
 - 2) mengikuti perkembangan kegiatan BLUD dan memberikan pendapat sertasaran 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 RSMD dan Komite Medik serta Pejabat lain, untuk mendiskusikan, klarifikasi atau alternatif solusi berbagai permasalahan di RSMD;
 - 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, Komite Medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan;
 - e) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (4) harus melampirkan:
 1. 1 (satu) salinan agenda;
 2. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya;
 3. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya .
 - f) Rapat rutin dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direksi, Komite Medik dan dapat dihadiri pihak lain di lingkungan RSMD Soepardjo Roestam atau di luar lingkungan RS Mata Daerah 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 paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan;
 - d) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
 - e) 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.
- 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 Pejabat Ketua 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 dilanjutkan 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) 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.
- 10) Pejabat Ketua berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.
- 11) 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 RSMD Soepardjo Roestam Provinsi Jateng.
- b. Peran terhadap Staf medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui interaksi dan koordinasi secara berkesinambungan, melalui pemberdayaan fungsi dalam Organisasi Komite Medik RSMD Soepardjo Roestam Prov Jateng.

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 perundangundangan
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, antidiskriminatif, 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 Rumah Sakit merupakan Pimpinan Rumah Sakit yang bertanggungjawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit;
- b. Pejabat Pengelola terdiri atas:
 - 1) Pemimpin BLUD yang selanjutnya disebut Direktur merupakan pejabat pengguna anggaran/barang Rumah Sakit;
 - 2) Pejabat Keuangan selanjutnya disebut Kepala Bagian Tata Usaha, merupakan pejabat yang mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab keuangan Rumah Sakit;
 - 3) Pejabat Teknis yang selanjutnya disebut Kepala Bidang merupakan pejabat yang bertanggung jawab berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya.
- c. Direktur langsung 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 RS Mata Daerah 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 RSMD 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 RS Mata Daerah.
- d. Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Gubernur.

3. Persyaratan Menjadi Direktur

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur sesuai dengan 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.
4. Tugas, Tanggung Jawab dan Wewenang Direktur
- a. Tugas Direktur sebagai berikut :
 - 1) Memimpin RSMD Soepardjo Roestam sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan;
 - 2) Memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan RS Mata Daerah Soepardjo Roestam;
 - 3) Mewakili RSMD Soepardjo Roestam 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) RS Mata Daerah Soepardjo Roestam;
 - 7) Mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi RSMD Soepardjo Roestam sesuai ketentuan peraturan perundang – undangan;
 - 8) Menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala; dan
 - 9) Menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan RS Mata Daerah.
 - 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 RS yaitu perbaikan yang berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas RS;
 - 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 RS Mata Daerah;
- 2) Memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di RS Mata Daerah ;
- 3) Menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap RS Mata Daerah;
- 4) Mengusulkan, mengangkat dan memberhentikan pegawai RS Mata Daerah 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.

e. Pemberhentian Direktur

Direktur dapat diberhentikan dari jabatannya berdasarkan ketentuan peraturan perundang - undangan.

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

J. Organisasi Pelaksanaan

1. Guna mendukung pelaksanaan pelayanan di RSMD, Direktur membentuk organisasi pelaksana dan organisasi pendukung sesuai kebutuhan.
2. Organisasi pelaksana dan organisasi pendukung sesuai kebutuhan sebagaimana dimaksud pada angka 1 antara lain:
 - a. Instalasi;

- b. Satuan Pengawas Internal;
 - c. Komite Medik ;
 - d. Komite Keperawatan;
 - e. Komite Mutu
 - f. Komite Etik dan Hukum
 - g. Tim Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI);
 - h. Tim Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA);
 - i. Tim Keselamatan dan Kesehatan Kerja RS (K3RS); dan
 - j. 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 Hospital by Law akan dikenakan sanksi sesuai tingkat kesalahan
2. Penegakan disiplin dilakukan melalui komite etik dan disiplin profesi
3. Keputusan akhir mengenai pelanggaran ditetapkan oleh direktur setelah mendapatkan rekomendasi komite terkait

L. Tata Kerja

Tata Kerja di RSMD dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan RSMD Soepardjo Roestam 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.
2. 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.
3. Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.
4. Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.
5. 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.
6. Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi, Kepala Sub Bagian dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing- masing.

7. Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.
8. 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.

M. 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 Negara dilaksanakan 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 sebagai berikut:
 - a) batas usia pensiun tenaga medik 58 (enam puluh) tahun;
 - b) batas usia pensiun tenaga perawat 56 (lima puluh delapan) tahun;
 - c) batas usia pensiun tenaga non medik 56 (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.

N. Penghasilan

1. Pegawai RS Mata Daerah diberikan penghasilan sesuai dengan ketentuan perundangan – undangan.
2. Penghasilan sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat berupa gaji, tunjangan, honorarium, insentif, bonus atas prestasi kerja dan penghasilan lainnya yang sah.

O. Standar Pelayanan Minimal

1. Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan RS Mata Daerah, Gubernur menyusun Standar Pelayanan Minimal RS Mata Daerah.
2. Penyusunan Standar Pelayanan minimal RS Mata Daerah Soepardjo Roestam sebagaimana dimaksud pada angka 1 diusulkan oleh Direktur.
3. Penyusunan Standar Pelayanan Minimal RS Mata Daerah sebagaimana dimaksud pada angka 1, dengan mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.
4. Standar Pelayanan Minimal RS Mata Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (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.

P. Pengelolaan Keuangan

1. Pengelolaan keuangan RSMD Soepardjo Roestam berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.
2. Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud pada angka 1, maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis akrual (SAK) dan standar akuntansi pemerintahan (SAP).
3. Subsidi dari pemerintah untuk pembiayaan RSMD Soepardjo Roestam dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan jasa.

Q. 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.

R. Tarif Pelayanan

1. RSMD Soepardjo Roestam 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 per 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 RSMD Soepardjo Roestam.
5. Tarif layanan RSMD Soepardjo Roestam diusulkan oleh Direktorat kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.

6. Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada angka 5, mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
7. Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada angka 6 ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
8. Peraturan Daerah mengenai tarif layanan RSMD Soepardjo Roestam dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
9. Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada angka 8, dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
10. Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada angka 8 dan angka 9, berpedoman pada ketentuan peraturan perundang – undangan.

S. Pendapatan dan Biaya

1. Pendapatan

a. Pendapatan RSMD Soepardjo Roestam dapat bersumber dari:

- 1) jasa layanan, dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa pelayanan yang diberikan kepada masyarakat;
- 2) hibah, dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat;
- 3) hasil kerjasama dengan pihak lain, dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lain yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit;
- 4) APBD, berupa pendapatan yang berasal dari Pemerintah Daerah dalam rangka pelaksanaan program atau kegiatan di rumah sakit;
- 5) APBN, berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekosentrasi dan/atau tugas perbantuan dan lain – lain; dan
- 6) Lain – lain pendapatan yang sah dan tidak mengikat, dapat berupa antara lain:
 - a) hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;
 - b) hasil pemanfaatan kekayaan;
 - c) jasa giro;
 - d) pendapatan bunga;
 - e) keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - f) komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualandan/atau pengadaan barang dan/atau jasa ;
 - g) hasil investasi.

b. RSMD Soepardjo Roestam 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, 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
- d. Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada huruf c, diperlakukan sesuai peruntukannya;
- e. Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada huruf a angka 6 huruf a, c, dan 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.
- f. Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada huruf e dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.
- g. Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada huruf f sesuai dengan ketentuan perundang – undangan.

2. Biaya

a. Umum

- 1) Biaya RS Mata Daerah dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan;
- 2) Pembiayaan program dan kegiatan, dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

b. Jenis biaya

- 1) Biaya RSMD Soepardjo Roestam Terdiri dari :
 - a) biaya operasional; dan
 - b) biaya non operasional.
- 2) Biaya Operasional:
 - a) mencakup seluruh biaya yang menjadi beban RSMD Soepardjo Roestam dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi;
 - b) Biaya operasional terdiri dari:
 - 1. biaya pelayanan, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan, meliputi:
 - a. biaya pegawai
 - b. biaya bahan
 - c. biaya jasa pelayanan;
 - d. biaya pemeliharaan;
 - e. biaya barang dan jasa; dan
 - f. biaya pelayanan lain – lain.

2. biaya umum dan administrasi, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan, meliputi :
 - 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.

3) Biaya non operasional:

- a) mencakup seluruh biaya yang menjadi beban RSMD Soepardjo Roestam dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi;
- b) biaya non operasional terdiri dari :
 1. biaya bunga;
 2. biaya administrasi bank;
 3. biaya kerugian penjualan aset tetap;
 4. biaya kerugian penurunan nilai; dan
 5. biaya non operasional lain – lain.

3. Ketentuan Pendapatan dan biaya

- a. Seluruh pendapatan dan biaya RSMD Soepardjo Roestam dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan.
- b. Seluruh pendapatan dan biaya Rumah Sakit, dilakukan dengan menerbitkan SP3B BLUD yang dilampiri dengan Surat pernyataan Tanggungjawab (SPTJ).
- c. Format laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan Format SPTJ sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai ketentuan peraturan perundang – undangan.

4. Fleksibilitas terkait pengeluaran

- a. Fleksibilitas pengeluaran biaya RSMD Soepardjo Roestam, merupakan pengeluaran biaya yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif.
- b. Fleksibilitas pengeluaran biaya RSMD Soepardjo Roestam, hanya berlaku untuk biaya RSMD Soepardjo Roestam yang berasal dari pendapatan selain selain dari APBN/ APBD dan hibah terikat.
- c. Pengeluaran biaya RSMD Soepradjo Roestam daerah diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan masyarakat.
- d. Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah sesuai mekanisme penatausahaan APBD.

5. Ambang batas RBA

- a. Ambang batas RBA sebagaimana dimaksud dalam angka 4 huruf b, ditetapkan dengan besaran persentase.
- b. Besaran persentase, ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional RSMD Soepardjo Roestam.
- c. Besaran persentase, ditetapkan dalam RBA dan Daftar Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) RSMD Soepardjo Roestam oleh Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD).
- d. Persentase ambang batas tertentu, merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

T. Pengelolaan Sumber Daya Lain

1. Sumber daya lain pada Rumah Sakit Mata, 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 pokok dan fungsi RSMD Soepardjo Roestam.

U. Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

1. RSMD Soepardjo Roestam 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.

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 dalam ayat (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 yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan etik dan disiplin profesi keperawatan di RSMD Soepardjo Roestam, ditetapkan Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Law*).
2. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Law*) sebagaimana dimaksud pada angka 1 ditetapkan lebih lanjut oleh Direktur.

VI. PENUTUP

Demikian Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Pada Rumah Sakit Mata Daerah Soepardjo Roestam Provinsi Jawa Tengah ini dibentuk, agar menjadi pedoman bagi Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, seluruh pegawai serta 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