



BUPATI PURWAKARTA
PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN BUPATI PURWAKARTA

NOMOR 98 TAHUN 2025

TENTANG

POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*)
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BAYU ASIH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PURWAKARTA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RSUD Bayu Asih dengan memerhatikan aspek efektif, efisiensi, mutu dan keselamatan pasien, perlu adanya pola tata kelola yang merupakan peraturan internal rumah sakit (*Hospital ByLaws*) yang terdiri dari peraturan organisasi atau institusi rumah sakit (*Corporate ByLaws*) dan peraturan internal staf medis (*Medical Staff ByLaws*) yang mengatur peran dan fungsi antara pemerintah daerah sebagai pemilik, pengelola dan staf medis dalam penyelenggaraan rumah sakit;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) pada Rumah Sakit Umum Daerah Bayu Asih;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968 tentang Pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang Dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2851);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

30/1/2025

3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah beberapa kali diubah, 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);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pedoman Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 4502), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2007 tentang Pengelolaan Uang Negara/Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 83, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4738);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);



12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
13. Peraturan Daerah Kabupaten Purwakarta Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Purwakarta (Lembaran Daerah Kabupaten Purwakarta Tahun 2016 Nomor 9) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Purwakarta Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Kabupaten Purwakarta Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Purwakarta (Lembaran Daerah Kabupaten Purwakarta Tahun 2004 Nomor 1);
14. Peraturan Bupati Nomor 48 Tahun 2010 tentang Pedoman Umum Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) di Lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Purwakarta (Berita Daerah Kabupaten Purwakarta Tahun 2010 Nomor 48);
15. Peraturan Bupati Purwakarta Nomor 53 Tahun 2023 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja rumah Sakit Umum Daerah Bayu Asih (Berita Daerah Kabupaten Purwakarta Tahun 2023 Nomor 53);
16. Peraturan Bupati Purwakarta Nomor 8 Tahun 2025 tentang Standar Pelayanan Minimal pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Bayu Asih (Berita Daerah Kabupaten Purwakarta Tahun 2025 Nomor 10);
17. Peraturan Bupati Purwakarta Nomor 10 Tahun 2025 tentang Pedoman Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah Bayu Asih (Berita Daerah Kabupaten Purwakarta Tahun 2025 Nomor 12);

MEMUTUSKAN :

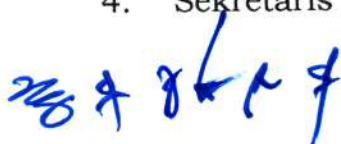
Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*) PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BAYU ASIH.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kabupaten yang selanjutnya disebut Daerah adalah Kabupaten Purwakarta.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Purwakarta.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Purwakarta.



5. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Purwakarta.
6. Direktur adalah seseorang yang diangkat dan bertanggung jawab secara teknis medis dan operasional kepada Bupati merupakan pimpinan tertinggi di RSUD Bayu Asih yang berhak dan berwenang bertindak atas nama rumah sakit untuk bidang yang menjadi fungsi dan wewenangnya.
7. Rumah Sakit Umum Daerah Bayu Asih Kabupaten Purwakarta (RSUD Bayu Asih) yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Daerah merupakan institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat dan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintahan 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.
9. Tata Kelola atau peraturan internal institusi (*corporate bylaws*) adalah peraturan yang mengatur hubungan kerja antara pemerintah daerah atau yang mewakilinya sebagai pemilik, pengelola dan staff medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangannya masing-masing agar pengelolaan rumah sakit terselenggara dengan baik.
10. Pola Tata Kelola Staf Medis atau peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
11. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas atau badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
12. Sarana Pelayanan Kesehatan lainnya adalah rumah sakit umum, rumah sakit khusus, klinik, balai pengobatan, puskesmas, rumah bersalin, praktek dokter, apotek dan laboratorium klinik.
13. Instalasi adalah unit pelayanan non struktural (fungsional) yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian rumah sakit.
14. Unit adalah unit kerja non struktural yang berfungsi mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian secara administratif, penyediaan sarana prasarana dan peralatan.
15. Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan dan pembinaan terhadap pengelolaan RSUD Bayu Asih.
16. Pejabat Pengelola BLUD adalah pimpinan BLUD-RSUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri atas pimpinan, pejabat keuangan dan pejabat teknis yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada BLUD-RSUD.
17. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat BLUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu pemimpin BLUD untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis sehat.
18. Komite Medik adalah kelompok tenaga medis yang bertugas membantu Direktur RSUD Bayu Asih Kabupaten Purwakarta dalam pengelolaan profesional yang keanggotaannya dipilih dari Staf Medis fungsional yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur dan pembentukannya ditetapkan oleh Direktur RSUD Bayu Asih Kabupaten Purwakarta.

19. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
20. Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lain (KTKL) adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga profesional kesehatan lain melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
21. Sub Komite Medik adalah sub kerja di bawah Komite Medik yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus yang anggotanya terdiri dari staf medis dan tenaga profesi lainnya secara ex-officio.
22. Sub Komite Keperawatan adalah sub kerja di bawah Komite Keperawatan yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus yang anggotanya terdiri dari staf keperawatan dan tenaga profesi lainnya secara ex-officio;
23. Sub Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lain (KTKL) adalah sub kerja di bawah Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lain (KTKL) yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus yang anggotanya terdiri dari staf tenaga kesehatan lain dan tenaga profesi lainnya secara ex-officio;
24. Kelompok Staf Medis yang disingkat KSM adalah dokter, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dokter spesialis dan dokter sub spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
25. Staf Keperawatan adalah perawat dan bidan yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit;
26. Staf Tenaga Kesehatan Lain adalah kelompok tenaga kesehatan yang terdiri dari tenaga kefarmasian (apoteker dan tenaga teknis kefarmasian), tenaga gizi (nutrisionis dan dietisien), tenaga teknik biomedika (radiografer, ahli teknologi laboratorium medik, elektromedis, fisikawan medik, radioterapis dan orthotik prostetik), tenaga keterampilan fisik (fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara dan akupuntur), tenaga Keteknisian medis (perekam medis dan informasi kesehatan, refraksionis Optisien/optometris, audiologis, penata anestesi, teknisi pelayanan darah, teknisi gigi dan terapis gigi mulut), tenaga kesehatan masyarakat dan tenaga kesehatan lingkungan;
27. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis atau staf keperawatan yang diberikan direktur untuk melakukan sederetan pelayanan medis atau keperawatan tertentu dalam rumah sakit untuk periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*);
28. Penugasan klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan direktur kepada seorang staf medis, keperawatan, nutrisionis dan apoteker untuk melakukan sekelompok pelayanan kesehatan di rumah sakit berdasarkan kewenangan klinis (*White Paper*) yang ditetapkan baginya;
29. Kredensialing adalah proses revaluasi terhadap staf medis, keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya untuk menentukan diberikannya kewenangan klinis (*Clinical Privilege*);
30. Rekredensialing adalah proses revaluasi terhadap staf medis atau keperawatan yang telah memiliki kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian klinis tersebut;
31. Unit kerja di rumah sakit adalah unit kerja yang dapat berbentuk bidang, bagian, instalasi, seksi, subbagian, unit tugas, Komite Medik, sub komite, satuan pengawasan intern, panitia dan staf medik fungsional;
32. Poliklinik adalah unit kerja yang melayani pasien tanpa rawat inap yang mencakup pelayanan poliklinik spesialistik, Sub Spesialistik, PKBRS, EKG, Fisioterapi dan Psikologi;
33. Jabatan Fungsional adalah sekelompok Jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan fungsional yang berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.



34. Jabatan struktural adalah kedudukan yang secara jelas terdapat pada struktur organisasi dan memiliki kualifikasi akademik yang sesuai, bertingkat-tingkat dari yang terendah hingga yang tertinggi.
35. Pelayanan Penunjang Medik dan Non Medik adalah bagian dari pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit, terdiri dari pelayanan kefarmasian, pelayanan gizi, pelayanan Rehabilitasi Medik, pelayanan Radiologi, Pelayanan Patolog Klinik, Pelayanan Patologi Anatomi dan pelayanan non medik pendukung pelayanan kedokteran dan pelayanan keperawatan.
36. Fleksibilitas adalah keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan;
37. Praktek Bisnis Yang Sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu, berkesinambungan dan berdaya saing;
38. Rencana Strategis yang selanjutnya disebut Renstra adalah dokumen perencanaan BLUD untuk periode 5 (lima) tahun;
39. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran SKPD.
40. Persentase Ambang Batas adalah besaran persentase realisasi realisasi yang diperkenankan melampaui anggaran dalam DPA BLUD atau RBA.
41. Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan.
42. Pemimpin adalah salah satu Pejabat Pengelola BLUD yang diangkat dan diberhentikan oleh Bupati serta dibantu oleh Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis.
43. Pejabat Keuangan adalah salah satu Pejabat Pengelola BLUD yang diangkat dan diberhentikan oleh Bupati, mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab keuangan dan bertanggung jawab kepada Pemimpin.
44. Pejabat Teknis adalah salah satu Pejabat Pengelola BLUD yang diangkat dan diberhentikan oleh Bupati, mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidangnya dan bertanggung jawab kepada Pemimpin.
45. Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disingkat ASN adalah profesi bagi pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja yang bekerja pada instansi pemerintah.
46. Pegawai Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Pegawai BLUD adalah seseorang yang diangkat oleh Direktur untuk melaksanakan tugas tertentu pada Rumah Sakit yang penghasilannya menjadi beban anggaran DPA Rumah Sakit.

BAB II
POLA TATA KELOLA KOORPORASI
(COORPORATE BYLAWS)

Bagian Kesatu
Identitas, Visi, Misi, Nilai,
Motto dan Logo Rumah Sakit
Pasal 2

- (1) Identitas rumah sakit ini adalah sebagai berikut :

Nama	: Rumah Sakit Umum Daerah Bayu Asih
Alamat	: Jalan Veteran No. 39 Purwakarta
Kelas RS	: Kelas B

S A J K S

Pemilik : **Pemerintah Kabupaten Purwakarta**

- (2) Visi Rumah Sakit yaitu : **“Menjadi Rumah Sakit Unggul, dan Humanis dalam Pelayanan Kesehatan Serta Pusat Pendidikan dan Penelitian”**.
- (3) Untuk mencapai visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), rumah sakit mempunyai Misi sebagai berikut:
 - a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna yang aman, bermutu, inklusif dan berorientasi pada keselamatan pasien sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. mengoptimalkan sumber daya manusia, sarana dan prasarana untuk memperkuat peran sebagai rumah sakit pengampu layanan prioritas sesuai arah kebijakan transformasi layanan rujukan Kementerian Kesehatan;
 - c. membangun tata kelola rumah sakit yang transparan, akuntabel dan berbasis teknologi informasi dalam rangka memperkuat fungsi rujukan regional; dan
 - d. mengembangkan wahana pendidikan klinik, pelatihan, dan penelitian kesehatan melalui kerja sama dengan institusi pendidikan dan lembaga penelitian sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Nilai-Nilai Dasar rumah sakit yaitu :
 - a. Budi Pekerti Luhur;
 - b. Asih Asah Asuh;
 - c. Yakin;
 - d. Utamakan Pasien;
 - e. Akuntabilitas;
 - f. Sabar;
 - g. Ikhlas;
 - h. Hati Nurani;
- (5) Motto RSUD Bayu Asih yaitu : **“Pelayanan Memuaskan Untuk Kesan Tak Terlupakan”**.
- (6) Janji Pelayanan RSUD Bayu Asih adalah : **“ C E K A S “**.
Cekatan
Empati
Kompeten
Amanah
Santun
- (7) Logo RSUD Bayu Asih adalah :



- (8) Penjelasan arti dan makna logo adalah sebagai berikut :
 - a. bentuk lingkaran berwarna hijau daun dan bertuliskan *“Green Park Hospital”* yang bermakna kebulatan tekad untuk memberikan pelayanan yang profesional, religius dan menyejukkan serta menenangkan kepada pasien dengan semangat pemeliharaan lingkungan yang hijau dan teduh;
 - b. bentuk palang putih yang memberikan semangat pelayanan kesehatan, menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan dengan didasari niat suci dalam melayani dan mengabdikan;

Handwritten signature in blue ink.

- c. tulisan “RS” yang berwarna hitam dan putih melambangkan kekuatan memberi perlindungan yang elegan, warna putih menggambarkan kesucian niat dan ketulusan hati dalam memberikan pelayanan terbaik;
- d. tulisan “BA” yang berwarna hijau memberikan spirit kesehatan, penyembuhan, pemulihan serta kesejukan dengan jaminan kualitas pelayanan;
- e. bentuk daun yang berwarna hijau sebagai representasi “*Green Park Hospital*” yang merupakan pembuktian rumah sakit yang sejuk, menjaga kehidupan alam, ramah terhadap lingkungan dan memberikan kesan menyejukkan serta kesegaran kepada setiap pengunjungnya; dan
- f. tulisan “*Bayu Asih Since 1930*” berwarna hitam merupakan pengejawantahan dari sejarah berdirinya RSUD Bayu Asih pada Tahun 1930 dan tetap bertahan sampai saat ini dengan kekuatan dan semangat untuk perubahan serta perbaikan secara terus menerus.

Bagian Kedua Kedudukan

Pasal 3

- (1) Rumah Sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah Kabupaten Purwakarta dengan karakteristik dan organisasi yang bersifat khusus untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan daerah
- (2) Rumah Sakit dipimpin oleh Direktur, yang merupakan jabatan eselon IIb atau jabatan pimpinan tinggi pratama serta seorang tenaga medis yang memiliki kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakit.
- (3) Direktur sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) bertanggung jawab kepada Kepala Dinas yang dilaksanakan melalui penyampaian laporan keuangan, laporan penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah dan laporan bidang kepegawaian.
- (4) Penyampaian laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan pertanggungjawaban bersifat khusus/manajemen terbatas yang digunakan untuk sinkronisasi pencapaian hasil pembangunan kesehatan daerah.

Bagian Ketiga Tugas, Fungsi dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 4

RSUD mempunyai Tugas menyelenggarakan sebagian Urusan Pemerintahan bidang Kesehatan, aspek penyelenggaraan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis untuk mewujudkan kesehatan paripurna secara berdaya guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan secara serasi, terpadu dengan upaya pencegahan, serta pelayanan rujukan dan tugas pembantuan yang ditugaskan kepada Pemerintah Daerah.

Pasal 5

Dalam melaksanakan Tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi:

- 1. Fungsi dalam ruang lingkup tata kelola klinis (teknis operasional), meliputi:
 - a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar dan prosedur pelayanan rumah sakit;
 - b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan rujukan yang paripurna sesuai kebutuhan medis;

- c. penyelenggaraan pelayanan administrasi kepada pengguna layanan rumah sakit; dan
 - d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati dan/atau ketentuan perundangan sesuai dengan tugas dan fungsinya.
2. Tata kelola klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), adalah fungsi yang berorientasi langsung kepada pengguna layanan Rumah Sakit.
 3. Fungsi dalam ruang lingkup tata kelola rumah sakit, meliputi:
 - a. penyelenggaraan tata kelola keuangan berdasarkan PPK-BLUD;
 - b. penyelenggaraan tata kelola barang milik Daerah;
 - c. penyelenggaraan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
 - d. penyelenggaraan tata kelola bidang kepegawaian;
 - e. penyelenggaraan administrasi umum; dan
 - f. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati dan/atau ketentuan perundangan sesuai dengan tugas dan fungsinya.
 4. Tata kelola rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3), adalah fungsi penunjang pelayanan tata kelola klinis Rumah Sakit (*supporting line*).

Pasal 6

Rumah Sakit memiliki kewajiban sebagai berikut:

- a. melaksanakan hubungan koordinatif, kooperatif dan fungsional dengan Dinas Kesehatan dan sarana pelayanan kesehatan lainnya;
- b. berpartisipasi dalam penanggulangan bencana, wabah penyakit, pelaporan penyakit menular dan penyakit lain yang ditetapkan pada tingkat nasional maupun daerah; dan
- c. berpartisipasi dalam melaksanakan program prioritas daerah di bidang tugasnya.

Bagian Keempat Tanggung Jawab dan Kewenangan Pemerintah Daerah

Pasal 7

- (1) Pemerintah Daerah sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggungjawab terhadap kelangsungan, perkembangan dan kemajuan Rumah Sakit sesuai harapan masyarakat.
- (2) Tanggung Jawab Pemerintah Daerah meliputi:
 - a. menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaannya setelah diaudit secara independen;
 - b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi fakir miskin atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membina dan mengawasi penyelenggaraan rumah sakit;
 - d. memberikan perlindungan kepada rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara professional dan bertanggung jawab;
 - e. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. mengerakan peran serta masyarakat dalam pendirian rumah sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
 - g. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
 - h. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa;
 - i. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan

Handwritten signature or initials in blue ink.

- j. mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.
- (3) Dalam melaksanakan tanggungjawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) Pemerintah Daerah berwenang :
- a. menetapkan peraturan tentang Tata Kelola Rumah Sakit atau Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital byLaws*);
 - b. menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit;
 - c. menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit sehari-hari.
 - d. mendelegasikan kepada Dewan Pengawas Rumah Sakit untuk menetapkan dan mengesahkan rencana bisnis dan anggaran Rumah Sakit;
 - e. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural, Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas;
 - f. menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program-program tersebut;
 - g. 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;
 - h. melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
 - i. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - j. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya dievaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis;
 - k. melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya dievaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis;
 - l. menetapkan tarif layanan BLUD-RSUD sesuai peraturan perundang-undangan;
 - m. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar dan memberikan penghargaan atas prestasi yang dicapai pegawai rumah sakit sesuai dengan ketentuan perundangan; dan
 - n. melakukan evaluasi dan atau meminta laporan mengenai kinerja Rumah Sakit baik menyangkut kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan.

Bagian Kelima

Pembina dan Pengawas Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 8

- (1) Pembina dan pengawas BLUD terdiri atas:
 - a. pembina teknis dan pembina keuangan;
 - b. satuan pengawas internal; dan
 - c. Dewan Pengawas.
- (2) Pelaksanaan pembinaan dan pengawasan terhadap BLUD oleh pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Kepala Daerah.

ms & sbn f

Pasal 12

- (1) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana pada Pasal 11 ayat (1), Satuan Pengawasan Internal mempunyai kewenangan sebagai berikut :
 - a. mendapatkan akses terhadap seluruh dokumen, pencatatan, sumber daya manusia, dan fisik aset BLUD pada seluruh bagaian dan unit kerja lainnya;
 - b. melakukan komunikasi secara langsung dengan Pimpinan BLUD dan/atau Dewan Pengawas;
 - c. mengadakan rapat secara berkala dan insidental dengan pimpinan BLUD dan/atau Dewan Pengawas;
 - d. melakukan koordinasi dengan aparat pengawasan intern pemerintah dan/atau aparat pengawasan ekstern pemerintah; dan
 - e. mendampingi aparat pengawasan intern pemerintah dan/atau aparat pengawasan ekstern pemerintah dalam melakukan pengawasan.
- (2) Laporan hasil pelaksanaan tugas dimaksud pada Pasal 11 ayat (1) disusun dalam bentuk dokumen hasil pengawasan disampaikan kepada Direktur/Pimpinan BLUD dan Dewan Pengawas.

Bagian Kedelapan
Dewan Pengawas

Paragraf 1
Kedudukan dan Fungsi Dewan Pengawas

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 huruf c dibentuk dan bertanggungjawab kepada Bupati yang merupakan unit non struktural yang bersifat independen, dibentuk sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pembentukan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan oleh BLUD yang memiliki realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir atau nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (4) Dewan Pengawas merupakan organ yang mempunyai fungsi dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakitan secara internal di Rumah Sakit.

Paragraf 2
Jumlah Anggota Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Jumlah Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (2) ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang yang disesuaikan dengan nilai omzet dan/atau nilai aset.
- (2) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk BLUD yang memiliki:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, sebesar Rp30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau

ms j kow

- b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).
- (3) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk BLUD yang memiliki:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
 - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah)
- (4) Pembentukan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) dan jumlah keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada pasal 5 ayat (2) dan ayat (3) dapat ditinjau kembali, apabila realisasi nilai omzet tahunan menurut laporan realisasi anggaran tahun terakhir dan/atau nilai aset menurut neraca, mengalami penurunan selama 2 (dua) tahun berturut turut lebih rendah dari persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3).

Paragraf 3

Unsur dan kriteria Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (2) terdiri atas unsur:
 - a. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (2) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas unsur:
 - a. 2 (dua) orang pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. 2 (dua) orang pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (3) Tenaga ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan ayat (2) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional, atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan BLUD.
- (4) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas pada 3 (tiga) BLUD.
- (5) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola diangkat.
- (6) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
 - d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD;
 - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
 - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2);
 - h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;

Handwritten signature in blue ink.

- i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah, dan/atau calon anggota legislatif.

Paragraf 4
Tugas dan Kewenangan Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas bertugas melakukan pengawasan dan memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola BLUD mengenai pengelolaan BLUD, baik dari aspek layanan maupun aspek pengelolaan keuangan, sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
- (2) Pelaksanaan tugas Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sebagai berikut:
 - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik;
 - e. menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan penelitian serta mengawasi mutunya;
 - f. menyetujui dan menyediakan modal, dana operasional dan sumber daya lain dan memenuhi misi, rencana strategis rumah sakit;
 - g. melakukan evaluasi tahunan kinerja Direktur dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah ditetapkan;
 - h. mendukung Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan menyetujui Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - i. melakukan pengkajian laporan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien setiap 3 (tiga) bulan, umpan balik perbaikan, evaluasi pada pertemuan berikutnya secara tertulis;
 - j. melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan, umpan balik perbaikan, evaluasi pada pertemuan berikutnya secara tertulis;
 - k. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - l. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;^[1]_{SEP}
 - m. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
 - n. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
 - o. Memantau perkembangan kegiatan BLUD;
 - p. Menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelola BLUD;
 - q. Memonitoring tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pengawasan eksternal pemerintah;
 - r. Memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya;
 - s. Memberikan pendapat dan saran kepada Kepala Daerah mengenai :
 - a) RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - b) Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
 - c) Kinerja BLUD.
- (3) Pernilaian kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, diukur paling sedikit meliputi:
 - a. Memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (*rentabilitas*);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (*likuiditas*);
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (*solvabilitas*); dan

28 + 2627

- d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (4) Penilaian kinerja non keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf p, diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (5) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

Pasal 17

- (1) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam pasal 16, Dewan Pengawas mempunyai kewajiban:
- memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi perbaikan dan penyempurnaan pengelolaan Rumah Sakit;
 - mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit;
 - memberikan saran, pandangan dan nasehat kepada pimpinan Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan yang efektif dan efisien;
 - melakukan evaluasi kinerja dan penilaian kinerja, baik keuangan, maupun non keuangan serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh manajemen Rumah Sakit;
 - memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja;
 - berperan sebagai penengah apabila terjadi konflik antara staf dengan staf lainnya (atas permintaan eksekutif) atau konflik antara staf dengan pemerintah daerah; dan
 - mengawasi program-program dan kegiatan layanan yang sensitif bagi layanan RSUD Bayu Asih.
- (2) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu bila diperlukan.

Pasal 18

Dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 dan Pasal 17, Dewan Pengawas mempunyai kewenangan:

- menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Kepala atau Direktur Rumah Sakit;
- menerima laporan hasil pengawasan yang dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Kepala atau Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- meminta penjelasan dari Direksi dan atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Kepala atau Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*);
- meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*);
- berkoordinasi dengan Kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Paragraf 5
Pemberhentian

Pasal 19

- (1) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh kepala daerah karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (2) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, karena:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e. mengundurkan diri; dan
 - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau daerah.

Paragraf 6
Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 20

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Pengangkatan kembali anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), dibuktikan dengan kinerja pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan BLUD dalam meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Pasal 21

Bupati dapat menetapkan Sekretaris Dewan Pengawas yang diangkat dari lingkungan Rumah Sakit untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas.

Bagian Kesembilan
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 22

- (1) Bupati dapat menetapkan Sekretaris Dewan Pengawas yang diangkat dari lingkungan Rumah Sakit untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.
- (3) Tugas dan Kewajiban Sekretaris Dewan Pengawas adalah:
 - a. Memberikan dukungan administrasi bagi dewan pengawas;

- b. Memberikan dukungan teknis operasional untuk kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- c. Memberikan bahan masukan kepada Dewan Pengawas berkaitan dengan pelaksanaan pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD);
- d. Menyelenggarakan pertemuan koordinasi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD);
- e. Membantu Dewan Pengawas dalam menyiapkan dan menyusun laporan; dan
- f. Melaksanakan tugas lain yang diberikan Dewan Pengawas.

(4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun.

Pasal 23

Sekretaris Dewan Pengawas diangkat dari orang perseorangan, dengan memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. tidak sedang menjabat sebagai anggota Dewan Pengawas BLUD;
- b. memiliki integritas, dedikasi, itikad baik, dan rasa tanggung jawab;
- c. berpendidikan paling rendah setingkat strata 1 (satu) atau yang sederajat;
- d. dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya; dan
- e. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan Keuangan Negara.

Pasal 24

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan kepada anggaran BLUD Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA).
- (2) Anggota Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Bagian Kesepuluh Susunan dan Struktur Organisasi

Pasal 25

- (1) Struktur Organisasi Rumah Sakit adalah sebagai berikut :
 - a. Direktur selaku Pemimpin
 - b. Wakil Direktur Pelayanan selaku pejabat teknis;
 - c. Wakil Direktur Umum dan Keuangan selaku Pejabat Keuangan;
- (2) Wakil Direktur Pelayanan membawahkan bidang-bidang, terdiri dari :
 - a. Bidang Pelayanan Medis;
 - b. Bidang Keperawatan;
 - c. Bidang Penunjang Medis; dan
 - d. Kelompok Jabatan Fungsional.
- (3) Wakil Direktur Umum dan Keuangan membawahkan bagian-bagian terdiri dari:
 - a. Bagian Program dan Sistem Informasi;
 - b. Bagian Keuangan dan Akuntansi;
 - c. Bagian Umum dan Hukum; dan
 - d. Kelompok Jabatan Fungsional.
- (4) Komite-Komite
- (5) Satuan Pengawas Internal
- (6) Struktur Organisasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Handwritten signature in blue ink.

Bagian Kesebelas
Pejabat Pengelola

Pasal 26

- (1) Pejabat Pengelola bertanggung jawab terhadap kinerja umum operasional, pelaksanaan kebijakan Fleksibilitas dan keuangan BLUD dalam pemberian layanan.
- (2) Pejabat Pengelola BLUD berasal dari:
 - a. pegawai negeri sipil; dan/atau
 - b. pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) BLUD dapat mengangkat Pejabat Pengelola selain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dari profesional lainnya.
- (4) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai dengan kebutuhan, profesionalitas, kemampuan keuangan dan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.
- (5) Pejabat Pengelola dan pegawai yang berasal dari tenaga profesional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dipekerjakan secara kontrak atau tetap.
- (6) Pejabat Pengelola yang berasal dari tenaga profesional lainnya sebagaimana dimaksud ayat (3) diangkat untuk masa jabatan paling lama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali periode masa jabatan berikutnya.
- (7) Pengangkatan kembali untuk periode masa jabatan berikutnya paling tinggi berusia 60 (enam puluh) tahun.
- (8) Pengadaan Pejabat Pengelola dan pegawai yang berasal dari profesional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan jumlah dan komposisi yang telah disetujui PPKD.
- (9) Pejabat Pengelola BLUD sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) terdiri atas:
 - a. pemimpin;
 - b. pejabat keuangan; dan
 - c. pejabat teknis.
- (10) Sebutan pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (9) disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku di BLUD.

Pasal 27

- (1) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Pemimpin bertanggungjawab kepada Bupati.
- (3) Pejabat keuangan dan pejabat teknis bertanggungjawab kepada pemimpin.

Pasal 28

- (1) Pengangkatan dan penempatan dalam jabatan Pejabat Pengelola berdasarkan kompetensi dan kebutuhan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pengetahuan, keahlian, keterampilan, integritas, kepemimpinan, pengalaman, dedikasi dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatan.



Bagian Keduabelas
Tugas dan Fungsi Pejabat Pengelola

Paragraf 1
Pemimpin

Pasal 29

- (1) Direktur selaku Pemimpin BLUD mempunyai tugas pokok memimpin pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pemimpin BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (1) huruf a mempunyai tugas sebagai berikut :
 - a. merumuskan kebijakan umum dan teknis bidang pelayanan kesehatan rujukan bagi kepentingan Kepala Daerah;
 - b. memberikan saran dan pendapat yang berhubungan dengan kebijakan bidang pelayanan kesehatan yang akan ditetapkan oleh Kepala Daerah;
 - c. mengendalikan, mengkoordinasikan, mengawasi dan mengevaluasi seluruh kegiatan Rumah Sakit;
 - d. menetapkan peraturan-peraturan bagi keperluan internal Rumah Sakit;
 - e. menetapkan tentang visi dan misi Rumah Sakit;
 - f. menetapkan kendali mutu dan kendali biaya Rumah Sakit;
 - g. menentukan pemenuhan kebutuhan standar jumlah tenaga dokter spesialis;
 - h. menyelenggarakan pembinaan teknis bidang pelayanan rumah sakit dalam pemberian pelayanan kepada masyarakat;
 - i. mengendalikan dan mengkoordinasikan penyelenggaraan administrasi keuangan berbentuk BLUD berupa penetapan rencana strategis, Rencana Bisnis Anggaran (RBA), rencana kerja, sebagai dasar penetapan Dokumen Pelaksanaan Anggaran BLUD;
 - j. menyelenggarakan pertanggungjawaban umum operasional keuangan PPK-BLUD RSUD dalam pelaksanaan rencana strategis bisnis;
 - k. menyelenggarakan pengangkatan dan pemberhentian pegawai BLUD sesuai kebutuhan;
 - l. menyelenggarakan pelaporan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit dalam rangka pelaksanaan tugas;
 - m. membina dan memotivasi seluruh pegawai di lingkungan Rumah Sakit dalam upaya meningkatkan produktivitas kerja;
 - n. mengkoordinasikan kerja sama dengan dinas/instansi/Lembaga terkait lainnya untuk kepentingan pelaksanaan tugas;
 - o. menyelenggarakan dan meningkatkan kerja sama/jejaring dengan rumah sakit lain dan atau Institusi Kesehatan dalam lingkup pengembangan serta adopsi teknologi kesehatan/kedokteran;
 - p. melaksanakan konsultasi dan/atau mengadakan penelitian untuk kepentingan pelayanan kesehatan;
 - q. mempertanggungjawabkan tugas Rumah Sakit secara operasional dan administratif kepada Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah; dan
 - r. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur menyelenggarakan fungsi:
 - a. koordinasi pelaksanaan tugas dan fungsi organisasi;
 - b. penetapan kebijakan penyelenggaraan Rumah Sakit sesuai dengan kewenangannya;
 - c. penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit;
 - d. pembinaan, pengawasan dan pengendalian;

Handwritten signature in blue ink.

- e. pelaksanaan tugas dan fungsi organisasi; dan
- f. evaluasi, pencatatan dan pelaporan.

Pasal 30

- (1) Pemimpin bertindak selaku kuasa pengguna anggaran dan kuasa pengguna barang.
- (2) Dalam hal Pemimpin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berasal dari pegawai negeri sipil, pejabat keuangan ditunjuk sebagai kuasa pengguna anggaran dan kuasa pengguna barang.

Paragraf 2 Pejabat Keuangan

Pasal 31

- (1) Wakil Direktur Umum dan Keuangan selaku pejabat keuangan berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada pemimpin.
- (2) Pejabat keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (1) huruf c mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. mengendalikan dan mengevaluasi rencana kerja dalam lingkup Bagian Program dan Sistem Informasi, bagian sekretariat serta Bagian Keuangan dan Akuntansi;
 - b. mengendalikan dan mengevaluasi pengelolaan program dan sekretariat sistem informasi, pengelolaan serta akuntansi;
 - c. menyelenggarakan kegiatan penyediaan dan pengolahan data untuk penyusunan rencana strategis, rencana kerja, dan penyiapan pelaporan akuntabilitas kinerja;
 - d. mengendalikan dan mengevaluasi kegiatan penyusunan anggaran dan penatausahaan keuangan;
 - e. mengkoordinasikan penyusunan rencana strategis bisnis (RBA), dokumen pelaksanaan anggaran BLUD;
 - f. merumuskan kebijakan pengelolaan barang, aset tetap, dan investasi;
 - g. mengesahkan surat pertanggungjawaban pengeluaran;
 - h. mengendalikan dan mengevaluasi sistem informasi manajemen keuangan dan penyelenggaraan akuntansi dan penyusunan pelaporan keuangan;
 - i. mengendalikan dan mengevaluasi umum operasional keuangan BLUD dalam penyiapan rencana strategis bisnis dan penyiapan RBA Tahunan;
 - j. mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan pengadaan, pemeliharaan, dan pengelolaan perlengkapan barang inventaris;
 - k. mengendalikan dan membina penyelenggaraan kegiatan program dan sistem informasi, kegiatan kesekretariatan dan kegiatan keuangan dan akuntansi;
 - l. mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan dan pengelolaan sistem informasi keuangan;
 - m. mengendalikan dan membina aspek kebersihan, keamanan, dan ketertiban;
 - n. mengendalikan dan mengkoordinasikan implementasi sistem informasi dan manajemen;
 - o. menyelenggarakan kegiatan koordinasi dan konsultasi dengan dinas/instansi terkait untuk kelancaran dalam pelaksanaan tugas; dan
 - p. mengendalikan dan membagi tugas kegiatan unit yang berkaitan dengan tugas program dan sistem informasi, kesekretariatan, keuangan dan akuntansi; dan
 - q. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

M. F. S. K. N. G.

- (3) Pejabat Keuangan dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab keuangan.
- (4) Pejabat keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh:
 - a. Bagian Program dan Sistem Informasi serta kelompok jabatan fungsional;
 - b. Bagian Keuangan dan Akuntansi serta kelompok jabatan fungsional;
 - c. Bagian Umum dan Hukum serta kelompok jabatan fungsional; dan
 - d. Unit kerja.

Paragraf 3
Pejabat Teknis

Pasal 32

- (1) Wakil Direktur Pelayanan selaku pejabat teknis berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada pemimpin.
- (2) Wakil Direktur Pelayanan mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun rencana kerja bidang pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis;
 - b. merumuskan bahan kebijakan penyelenggaraan kegiatan Bidang Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang Medis sesuai kebijakan Direktur;
 - c. merumuskan bahan penyusunan pedoman standarisasi dan prosedur tata kerja yang berkaitan dengan bidang pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis;
 - d. menyelenggarakan kegiatan kebijakan manajerial tentang layanan penunjang dan pengembangan mutu berkelanjutan yang berbasis standar akreditasi;
 - e. menyelenggarakan dan mengelola sistem pelayanan yang komprehensif dan berkesinambungan sebagai penunjang sistem manajemen Rumah Sakit;
 - f. mengkoordinasikan pengelolaan perlengkapan, kepegawaian, dan rumah tangga seluruh instalasi bidang pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis;
 - g. menyelenggarakan dan mengkoordinasikan kegiatan pendidikan formal dan non formal bagi pegawai di lingkungan pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis, serta kegiatan penelitian di bidang keilmuan, medis, keperawatan, maupun penunjang;
 - h. mengevaluasi hasil telaahan dan *monitoring* pegawai di bawah tanggung jawabnya dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan;
 - i. mengkoordinasikan dan melakukan konsultasi dengan dinas/instansi terkait untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - j. mengendalikan dan mengatur pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis pada:
 - 1) unit pelayanan/instalasi induk rawat jalan;
 - 2) unit pelayanan/instalasi induk rawat inap dan rawat khusus;
 - 3) unit pelayanan/instalasi induk gawat darurat;
 - 4) unit pelayanan/instalasi pelaksana tindakan medis operatif dan Tindakan medis non operatif;
 - 5) unit pelayanan/instalasi penunjang medik; dan
 - 6) unit pelayanan/instalasi lain sesuai kebutuhan pengembangan pelayanan rumah sakit.
 - k. mengendalikan, membagi tugas dan mengawasi kegiatan instalasi-instalasi yang berkaitan dengan pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis; dan
 - l. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

28/9/2024

- (5) Pejabat Teknis dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab keuangan kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidangnya.
- (6) Pelaksanaan tugas pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (6), berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia dan peningkatan sumber daya lainnya.

Bagian Ketigabelas
Komite-Komite

Pasal 33

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien perlu membentuk komite profesi yang merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik dan keperawatan dalam rangka pengembangan pelayanan.
- (2) Komite-komite yang dimaksud pada ayat (1) di Rumah Sakit paling sedikit terdiri dari:
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan; dan
 - c. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya (KTKL).
- (3) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang bertanggungjawab kepada Direktur.
- (4) Setiap komite mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan, standar profesi, memantau pelaksanaan standar profesi, melaksanakan pembinaan etika profesi dan memberikan saran pertimbangan dalam pengembangan pelayanan profesi.
- (5) Setiap komite dipimpin oleh seorang ketua yang bertanggungjawab kepada Direktur.
- (6) Dalam melaksanakan tugas, Komite dapat membentuk sub komite dan atau Panitia yang merupakan kelompok kerja tertentu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (7) Berdasarkan kebutuhan untuk pengembangan pelayanan, di Rumah Sakit dapat dibentuk komite profesi lainnya selain yang dimaksud pada ayat (2) serta dapat pula dibentuk komite non profesi, Tim atau Panitia ad Hoc dan *Manager on Duty (MOD)* dengan ketetapan Direktur.

Paragraf 1
Komite Medik

Pasal 34

- (1) Komite Medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tatakelola klinis (*Clinical Governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Susunan organisasi pengurus Komite Medik terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Subkomite.
- (3) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. Subkomite Mutu Profesi yang bertugas mempertahankan kopotensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin yang bertugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.

ng 2 862 f

- (4) Tugas, fungsi dan kewenangan Komite Medik berikut Sub Komite diatur lebih lanjut dalam Keputusan Direktur tentang Komite Medik Rumah Sakit.

Paragraf 2
Komite Keperawatan

Pasal 35

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan dan kebidanan, dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.
- (3) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. Ketua Komite Keperawatan;
 - b. Sekretaris Komite Keperawatan; dan
 - c. Subkomite.
- (4) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (3) huruf c terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial;
 - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
 - c. Subkomite Etik dan Disiplin Profesi.
- (5) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (6) Subkomite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (7) Subkomite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.
- (8) Tugas, fungsi dan kewenangan Komite Keperawatan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Internal atau Tata Kelola Staf Keperawatan (*Nursing Staf Bylaws*) yang diatur dalam Keputusan Direktur.

Paragraf 3
Komite Tenaga Kesehatan Lainnya (KTKL)

Pasal 36

- (1) Dalam rangka menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik dengan mengandalkan kompetensi dan perilaku staf yang merupakan tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit maka dibentuk Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang disingkat KTKL.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya (KTKL) merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit oleh Direktur dan keanggotaannya terdiri dari tenaga kesehatan profesional non medis dan non keperawatan.
- (3) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya (KTKL) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf Tenaga kesehatan lainnya.
- (4) Susunan Organisasi pengurus Komite Tenaga Kesehatan Lainnya (KTKL) sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Ketua Subkomite; dan
 - c. Staf Sekretariat.

Handwritten signature in blue ink.

- (5) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya (KTKL) sekurang-kurangnya dapat terdiri dari Ketua dan Ketua Sub Komite merangkap Anggota Subkomite.
- (6) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya (KTKL) ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
- (7) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) huruf b terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial;
 - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
 - c. Subkomite Etik dan Disiplin Profesi.
- (8) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang akurat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga profesional kesehatan lainnya.
- (9) Subkomite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf b bertugas melakukan audit kesehatan lainnya dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga profesional kesehatan lainnya.
- (10) Subkomite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi bagi tenaga profesional kesehatan lainnya.
- (11) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya (KTKL) memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga kesehatan lainnya;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis Tenaga kesehatan lainnya;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk diteruskan kepada Direktur.
- (12) Dalam melaksanakan fungsi meningkatkan mutu dan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya (KTKL) memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun data profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktek;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan professional berkelanjutan tenaga kesehatan lainnya;
 - c. melakukan audit profesi tenaga kesehatan lainnya; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (13) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya (KTKL) memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan kesehatan lainnya;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan.
- (14) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya (KTKL) berwenang:
 - a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
 - b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
 - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
 - d. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
 - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit;

8776N9

- f. memberikan rekomendasi pendidikan tenaga kesehatan lainnya berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Bagian Keempatbelas
Satuan Pengawas Internal

Pasal 37

- (1) Satuan Pengawas Internal (SPI) dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur sehingga berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- (2) Satuan Pengawas Internal mempunyai tugas pokok membantu Direktur dalam pengawasan dan pengendalian internal untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitar (*Social Responsibility*) dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan berbasis bisnis yang sehat.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Satuan Pengawasan Internal mempunyai tugas:
 - a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
 - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis Yang Sehat.

Pasal 38

- (1) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana Pasal 37 ayat (3), Satuan Pengawasan Internal mempunyai kewenangan sebagai berikut :
 - a. mendapatkan akses terhadap seluruh dokumen, pencatatan, sumber daya manusia, dan fisik asset BLUD pada seluruh bagaian dan unit kerja lainnya;
 - b. melakukan komunikasi secara langsung dengan Pimpinan BLUD dan atau Dewan Pengawas;
 - c. mengadakan rapat secara berkala dan insidentil dengan pimpinan BLUD dan atau Dewan Pengawas;
 - d. melakukan koordinasi dengan aparat pengawasan intern pemerintah dan atau aparat pengawasan ekstern pemerintah; dan
 - e. mendampingi aparat pengawasan intern pemerintah dan atau aparat pengawasan ekstern pemerintah dalam melakukan pengawasan.
- (2) Laporan hasil pelaksanaan tugas dimaksud pada Pasal 33 ayat (3) disusun dalam bentuk dokumen hasil pengawasan disampaikan kepada Direktur atau Pimpinan BLUD dan Dewan Pengawas sebagai bahan pertimbangan berdasarkan penugasan dari Direktur.

Pasal 39

- (1) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Pengawas Internal antara lain:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
 - d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
 - e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
 - f. berijazah paling rendah D-3 (Diploma 3)
 - g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;

- h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;
 - i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
 - j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - k. mempunyai sikap independen dan obyektif.
- (2) Jumlah anggota Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan paling banyak 4 (empat) orang.
- (3) Anggota Satuan Pengawas Internal diangkat dari pegawai Rumah Sakit dapat dari ASN maupun bukan yang memenuhi syarat dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Kelimabelas Instalasi dan Unit

Pasal 40

- (1) Instalasi dan Unit adalah unit tugas pelayanan non struktural yang dibentuk sesuai kebutuhan rumah sakit dalam rangka menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) Pembentukan dan perubahan Instalasi dan Unit ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit berdasarkan analisis organisasi dan kebutuhan.
- (3) Jumlah dan jenis Instalasi dan unit disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.
- (4) Pedoman dan standar fasilitas serta penyelenggaraan kegiatan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Standar Pelayanan Instalasi dan Unit yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 41

- (1) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (2) Instalasi berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan.
- (3) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Wakil Direktur dengan berkoordinasi melalui Bidang atau Bagian.
- (4) Dalam menjalankan tugasnya, Kepala Instalasi dibantu oleh tenaga fungsional dan atau non tenaga fungsional.

Pasal 42

- (1) Unit dipimpin oleh Kepala Unit yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur dan dalam tugasnya dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional dan atau non fungsional.
- (2) Unit berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (3) Kepala Unit mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada unitnya kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan dengan berkoordinasi melalui Bagian.
- (4) Dalam menjalankan tugasnya, Kepala Unit dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga fungsional.

Handwritten signature in blue ink.

Pasal 43

Persyaratan jabatan Kepala Instalasi dan Unit sebagaimana dimaksud pada Pasal 40 yaitu:

- a. berpendidikan Sarjana (S1) sesuai bidangnya atau disesuaikan dengan kondisi Sumber Daya Manusia rumah sakit sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi di lingkup instalasi;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- e. berstatus Pegawai Negeri Sipil atau Pegawai Non PNS; dan
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 44

Tugas, fungsi dan kewenangan Instalasi-Instalansi dan unit diatur lebih lanjut oleh Direktur dalam Keputusan Direktur Rumah Sakit.

Bagian Keenambelas
Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 45

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing berdasarkan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah Tenaga Fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai dengan bidang keahliannya.
- (3) Masing-masing Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berada di lingkungan unit kerja sesuai dengan kompetensinya.
- (4) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.
- (5) Jenis dan jenjang jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Paragraf 1
Kelompok Staf Medis

Pasal 46

- (1) Staf Medis adalah dokter yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Staf Medis mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan yang sesuai standar profesi dan standar pelayanan medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Staf Medis dapat menggunakan pendekatan perorangan maupun tim dengan tenaga profesi terkait.
- (4) KSM Rumah Sakit adalah Nama Kelompok Dokter dan Dokter Spesialis serta Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis yang berhak memberikan pelayanan

ms & rba f

medik di Rumah Sakit dengan berstatus B dengan alamat Jalan Veteran Nomor 39 Purwakarta.

- (5) Pembentukan Kelompok Staf Medis (KSM) dan penunjukan Kepala Kelompok Staf Medis (KKSM) ditetapkan melalui Keputusan Direktur berdasarkan keahlian dan atau spesialisasi serta kewenangan klinis sama dan atau serumpun yang ada di Rumah Sakit, yaitu sebagai berikut:
 - a. Dokter Umum dimasukkan dalam Kelompok Staf Medis (KSM) Dokter Umum dan untuk Dokter Gigi serta Dokter Gigi Spesialis dimasukkan pada Kelompok Staf Medis (KSM) Gigi dan Mulut; dan
 - b. untuk Kelompok Dokter Spesialis, pengelompokannya KSM disesuaikan dengan bidang spesialisasi dan kesamaan kompetensi atau serumpun dengan jumlah anggota minimal 2 (dua) orang.
- (6) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi:
 - a. sebagai Pegawai bertanggung jawab kepada Direktur;
 - b. dalam etika dan mutu keprofesian, pegawai bertanggung jawab kepada Komite Medik; dan
 - c. dalam pelaksanaan tugas pelayanan, pegawai bertanggung jawab kepada Bidang Pelayanan Medis.

Paragraf 2 Kelompok Staf Keperawatan

Pasal 47

- (1) Kelompok Staf Keperawatan adalah kelompok perawat dan bidan yang bekerja sebagai perawat dan bidan dalam jabatan fungsional.
- (2) Kelompok Staf Keperawatan dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggota.
- (3) Kelompok Staf Keperawatan ditugaskan sesuai dengan jenis kompetensinya.
- (4) Kelompok Staf Keperawatan diangkat dan ditugaskan oleh Direktur.
- (5) Kelompok Staf Keperawatan mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. melaksanakan pengkajian;
 - b. menegakkan diagnosis keperawatan;
 - c. menetapkan perencanaan;
 - d. melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan;
 - e. penyuluhan kesehatan;
 - f. pendidikan dan pelatihan; dan
 - g. penelitian dan pengembangan keperawatan.
- (6) Staf Keperawatan bergabung dalam kelompok Staf Keperawatan yang dibentuk berdasarkan kompetensi masing-masing.

Bagian Keduabelas Prosedur Kerja

Pasal 48

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi, simplifikasi dan *Cross Functional Approach* secara vertikal dan horizontal dan diagonal baik di lingkungannya maupun dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.
- (2) Tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dijabarkan dalam prosedur kerja yang disusun, diatur dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

28 7 16 17

BAB III
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Bagian Kesatu
Pegawai Rumah Sakit

Pasal 49

- (1) Penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dilaksanakan oleh tenaga Rumah Sakit yang meliputi tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan lainnya, tenaga manajemen dan tenaga non kesehatan.
- (2) Pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari ASN dan Pegawai BLUD sesuai dengan kebutuhan.

Bagian Kedua
Kedudukan Pegawai BLUD

Pasal 50

- (1) Pegawai BLUD adalah unsur pembantu Aparatur Negara, Abdi Negara dan Abdi Masyarakat yang dengan penuh kesetiaan dan ketaatan kepada Pancasila, Undang-Undang Dasar 1945, Negara dan Pemerintah.
- (2) Pegawai BLUD merupakan bagian dari pegawai Pemerintah Kabupaten Purwakarta.
- (3) Pegawai BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari :
 - a. Tenaga dokter;
 - b. Tenaga kesehatan;
 - c. Tenaga kesehatan lainnya; dan
 - d. Tenaga non kesehatan.

Bagian Ketiga
Pengangkatan Pegawai

Pasal 51

- (1) Penerimaan pegawai untuk bekerja di lingkungan rumah sakit yang berstatus ASN dilakukan oleh Badan Kepegawaian Daerah sesuai peraturan perundang-undangan berdasarkan pada prinsip efisien, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.
- (2) Penerimaan/pengangkatan pegawai untuk bekerja di lingkungan rumah sakit yang berstatus Pegawai BLUD dilakukan oleh Direktur berdasarkan kebutuhan dan analisa berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai berstatus Pegawai BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui mekanisme rekrutmen.
- (4) Mekanisme rekrutmen Pegawai BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (3) lebih lanjut ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Bagi calon Pegawai BLUD yang lulus diwajibkan melakukan orientasi kerja terlebih dahulu sebelum melaksanakan tugas sesuai bidangnya selama 3 (tiga) bulan.
- (6) Kegiatan orientasi pegawai baru sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing unit kerja.

Handwritten signature in blue ink.

Pasal 52

- (1) Pegawai BLUD diangkat berdasarkan perjanjian kerja untuk jangka waktu paling lama 1 (satu) tahun dan berakhir pada tanggal 31 Desember tahun berjalan.
- (2) Perpanjangan kontrak kerja Pegawai BLUD hanya dapat dilakukan setelah memperoleh rekomendasi atasan langsung yang dituangkan dalam Laporan Penilaian Kinerja dan disampaikan kepada Bagian Umum dan Hukum paling lambat 1 (satu) bulan sebelum masa kontrak kerja berakhir.
- (3) Pegawai BLUD yang atas keinginan sendiri tidak akan memperpanjang kontrak kerja harus memberitahukan kepada atasan langsung secara tertulis selambat-lambatnya 1 (satu) bulan sebelum kontrak kerja berakhir.

Bagian Keempat
Rotasi dan Mutasi Pegawai

Pasal 53

- (1) Rotasi dan mutasi ASN adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja pada lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai yang dilaksanakan oleh dan dengan mekanisme Baperjakat.
- (2) Rotasi dan mutasi Pegawai BLUD di lingkungan rumah sakit adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai yang dilaksanakan oleh Direktur.
- (3) Rotasi dan mutasi pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
 - a. penempatan seseorang pada pekerjaan sesuai dengan basik pendidikan dan keterampilannya;
 - b. masa kerja pada suatu unit kerja tertentu;
 - c. pengalaman seseorang pada bidang tugas tertentu di masa lalu;
 - d. penempatan pegawai pada bidang tugas tertentu untuk menunjang karir pegawai yang bersangkutan; dan
 - e. kebutuhan Rumah Sakit; dan
 - f. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Bagian Kelima
Disiplin Pegawai

Pasal 54

- (1) Disiplin pegawai ditunjukkan melalui kepatuhan jadwal kehadiran sesuai dengan hari dan jam kerja sebagai berikut:
 - a. Hari kerja sebanyak 5 (lima) hari kerja dalam 1 (satu) minggu menggunakan siklus kerja *non shift*, yaitu :
 - 1) Hari Senin sampai dengan Kamis : Pukul 07.30 – 16.00 WIB
 - 2) Hari Jumat : Pukul 07.30 – 16.30 WIB
 - 3) Jam istirahat :
 - a) Hari Senin sampai dengan Kamis : Pukul 12.00 – 13.00 WIB
 - b) Hari Jumat : Pukul 11.30 – 13.00 WIB
 - b. Hari kerja sebanyak 6 (enam) hari kerja dalam 1 (satu) minggu menggunakan siklus kerja *shift*, yaitu :
 - 1) Shift I (pagi) : Pukul 07.30 – 14.00 WIB
 - 2) Shift II (siang) : Pukul 14.00 – 21.00 WIB

Handwritten signature or initials.

- 3) Shift III (malam) : Pukul 21.00 – 07.30 WIB
- (2) Selain kepatuhan terhadap jadwal kehadiran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disiplin pegawai ditunjukkan pula melalui nilai-nilai ketaatan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban yang dituangkan dalam:
- absensi secara elektronik via aplikasi mobile online;
 - rekam jejak (*track record*); dan
 - Sasaran Kerja Pegawai (SKP).

Pasal 55

Pelanggaran terhadap ketentuan disiplin pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 diberikan sanksi sesuai tingkat dan jenis/kategori pelanggaran ringan, sedang dan berat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keenam Penghargaan dan Sanksi

Pasal 56

- Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas, Rumah Sakit memberikan penghargaan bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi atau melanggar peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Penghargaan yang diberikan kepada pegawai berstatus ASN dapat berupa:
 - kenaikan Pangkat dengan sistem regular dan kenaikan pangkat pilihan;
 - kenaikan gaji berkala;
 - remunerasi; dan
 - usulan mendapatkan penghargaan dari pemerintah.
- Penghargaan yang diberikan kepada Pegawai BLUD dapat berupa:
 - kenaikan upah secara berkala;
 - remunerasi; dan
 - perpanjangan kontrak.
- Dalam menjamin kesegaran jasmani dan rohani, maka pegawai diberikan hak cuti dalam kurun waktu tertentu setiap tahunnya.
- Ketentuan mengenai cuti bagi ASN dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai cuti ASN.
- Ketentuan cuti untuk Pegawai BLUD mengikuti peraturan yang berlaku pada ASN.

Pasal 57

Sanksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 diberikan sesuai ketentuan yang berlaku pada peraturan disiplin ASN dan bagi Pegawai BLUD diberikan sesuai ketentuan yang berlaku dalam kontrak.

Bagian Keenam Pemberhentian Pegawai

Pasal 58

- Pemberhentian pegawai ASN mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- Pegawai BLUD diberhentikan apabila:
 - meninggal dunia;
 - mengundurkan diri;
 - mencapai usia 58 Tahun;

- d. melanggar perjanjian kerja;
 - e. masa perjanjian kerja habis;
 - f. melakukan tindak pidana yang telah berkekuatan hukum tetap;
 - g. berhalangan tetap karena sakitnya sehingga tidak dapat melaksanakan tugas atas rekomendasi Tim Kesehatan Rumah Sakit; dan/atau
 - h. rasionalisasi kebutuhan organisasi.
- (3) Pegawai BLUD dengan keahlian tertentu setelah mencapai diatas 58 (lima puluh delapan) tahun dapat diperpanjang bila dibutuhkan.
 - (4) Direktur BLUD RSUD dapat mengajukan perpanjangan batas usia purna tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) paling lama 2 (dua) kali 1 (satu) tahun sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan rumah sakit.
 - (5) Pegawai BLUD yang diberhentikan dengan hormat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, b, c, d, dan e dapat diberikan pesangon.
 - (6) Besaran pesangon sebagaimana dimaksud pada ayat (5) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB IV ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

Bagian Kesatu Anggaran dan Pendapatan

Pasal 59

- (1) Struktur anggaran BLUD rumah sakit, terdiri atas;
 - a. pendapatan BLUD;
 - b. belanja BLUD; dan
 - c. pembiayaan BLUD.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bersumber dari;
 - a. jasa layanan;
 - b. hibah;
 - c. hasil kerjasama dengan pihak lain;
 - d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD);
 - e. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN); dan
 - f. lain-lain pendapatan BLUD Rumah Sakit yang sah.

Pasal 60

- (1) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud pada Pasal 59 ayat (2) huruf a, berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2) huruf b berupa hibah terikat dan/atau hibah tidak terikat.
- (3) Hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2) huruf c berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (4) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2) huruf d merupakan pendapatan yang berasal dari otorisasi kredit anggaran Pemerintah Daerah baik Kabupaten maupun Propinsi.

2024/10/24

- (5) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 ayat (2) huruf e berupa pendapatan yang berasal dari Pemerintah Pusat.
- (6) Lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 ayat (2) huruf f, yaitu:
 - 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 penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD;
 - e. investasi; dan
 - f. pengembangan usaha.

Pasal 61

- (1) Seluruh pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2) huruf a sampai dengan huruf f dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran Rumah Sakit berdasarkan RBA kecuali yang berasal dari hibah terikat diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (2) Seluruh pendapatan Rumah Sakit dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan rumah sakit.
- (3) Seluruh pendapatan dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan dengan format laporan pendapatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Kedua Belanja dan Pembiayaan

Pasal 62

- (1) Belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (1) huruf b terdiri dari belanja operasi dan belanja modal.
- (2) Belanja Operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup seluruh belanja Rumah Sakit dalam rangka menjalankan fungsi dan tugas.
- (3) Belanja Operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. belanja pegawai;
 - b. belanja barang dan jasa;
 - c. belanja bunga; dan
 - d. belanja lainnya.
- (4) Belanja Modal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup seluruh belanja Rumah Sakit untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD.
- (5) Belanja Modal sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi:
 - a. belanja tanah;
 - b. belanja peralatan dan mesin;
 - c. belanja gedung dan bangunan;
 - d. belanja jalan, irigasi dan jaringan; dan
 - e. belanja aset tetap lainnya.

28 7 2024

Pasal 63

Rincian belanja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62, dicantumkan dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA).

Pasal 64

- (1) Pembiayaan RSUD Bayu Asih sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (1) huruf c terdiri dari;
 - a. penerimaan pembiayaan; dan
 - b. pengeluaran pembiayaan.
- (2) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun anggaran berikutnya.

Pasal 65

- (1) Penerimaan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 64 ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya;
 - b. divestasi; dan
 - c. penerimaan utang/pinjaman.
- (2) Pengeluaran pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 75 ayat (1) huruf b meliputi :
 - a. investasi; dan
 - b. pembayaran pokok utang/pinjaman.

BAB V
PERENCANAAN ANGGARAN

Bagian Kesatu
Rencana Strategis Rumah Sakit

Pasal 66

- (1) Direktur wajib menetapkan Rencana Strategis Rumah Sakit setiap 5 (lima) tahun sekali yang disesuaikan dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD).
- (2) Sebelum ditetapkan, Rancangan Rencana Strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) untuk memastikan kesesuaian dengan RPJMD.
- (3) Rencana Strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dijabarkan dalam Rencana Kerja Anggaran (RKA) dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Rumah Sakit yang disusun berdasar prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, APBD, APBN dan sumber-sumber pendapatan BLUD lainnya.
- (4) Rencana Bisnis Anggaran (RBA) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) memuat:
 - a. ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - b. rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - c. perkiraan harga;
 - d. besaran persentase ambang batas; dan
 - e. perkiraan maju atau *forward estimate*.

2017/10/27

- (5) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (3), disertai dengan usulan program kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.
- (6) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (3) menganut pola anggaran fleksibilitas dengan suatu presentase ambang batas tertentu.
- (7) BLUD dapat melakukan pergeseran rincian belanja sebagaimana sepanjang tidak melebihi pagu anggaran dalam jenis belanja pada DPA. untuk selanjutnya disampaikan kepada PPK.
- (8) Rincian belanja dicantumkan dalam RBA.

Pasal 67

- (1) RBA rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 ayat (3) diintegrasikan/ dikonsolidasikan dan merupakan kesatuan dari RKA.
- (2) RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan rancangan peraturan daerah tentang APBD
- (3) PPKD menyampaikan RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) untuk dilakukan penelaahan.
- (4) Direktur melakukan penyesuaian terhadap RBA untuk ditetapkan menjadi RBA definitif setelah Rancangan Peraturan Daerah tentang APBD ditetapkan menjadi Peraturan Daerah.
- (5) RBA definitif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipakai sebagai dasar penyusunan Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit untuk diajukan kepada PPKD.

Bagian Kedua Pelaksanaan Anggaran

Pasal 68

- (1) BLUD menyusun DPA berdasarkan peraturan daerah tentang APBD untuk diajukan kepada PPKD.
- (2) DPA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat Pendapatan, Belanja dan pembiayaan.
- (3) PPKD mengesahkan DPA sebagai dasar pelaksanaan anggaran BLUD.

Bagian Ketiga Pengelolaan Belanja

Pasal 69

- (1) Pengelolaan belanja BLUD diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan belanja yang disesuaikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA dan DPA yang telah ditetapkan secara definitif dan merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (3) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan terhadap belanja BLUD yang bersumber dari pendapatan BLUD.

Pasal 70

- (1) Besaran persentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (2) dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal.

Handwritten signature in blue ink.

- (2) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhitungkan fluktuasi kegiatan operasional.
- (3) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam pasal 69 ayat (2) dicantumkan dalam RBA dan DPA.
- (4) Penetapan besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh PPKD atas usulan pimpinan BLUD.
- (5) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan apabila pendapatan BLUD sebagaimana Pasal 59 ayat (6) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf e diprediksi melebihi target pendapatan yang telah ditetapkan dalam RBA dan DPA tahun yang dianggarkan.
- (6) Dalam hal belanja BLUD melampaui ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), terlebih dahulu mendapat persetujuan kepala daerah.

Pasal 71

- (1) Seluruh pengeluaran belanja Rumah Sakit baik belanja operasi dan belanja modal dilaporkan oleh Direktur/Pimpinan BLUD kepada Bupati melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap 1 (satu) triwulan.
- (2) Seluruh pengeluaran belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan Surat Perintah Membayar (SPM) Pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Pertanggungjawaban.
- (3) Format laporan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan format Surat Pertanggung Jawaban sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai ketentuan peraturan perundangan yang berlaku.

BAB VI REMUNERASI

Pasal 72

Remunerasi adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus, pesangon dan atau pensiun yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan Pegawai Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Bupati.

Pasal 73

- (1) Pejabat pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan pegawai rumah sakit diberikan remunerasi sesuai sistem yang ditetapkan.
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan/atau pensiun.
- (3) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan Sekretaris dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan dalam bentuk honorarium.
- (4) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati berdasarkan usulan pimpinan rumah sakit.

Pasal 74

Sistem remunerasi berazaskan pada 3 (tiga) hal, yaitu:

- a. Proporsionalitas yang diukur dengan besarnya beban aset yang dikelola dan besaran pendapatan rumah sakit;
- b. kesetaraan yang memperhatikan institusi pelayanan sejenis dan mempelajari besaran remunerasi dengan rumah sakit sekitar yang berada dalam satu wilayah atau regional; dan
- c. kepatutan yang melihat kemampuan rumah sakit dalam memberikan upah kepada karyawan.

Handwritten signature in blue ink.

Pasal 75

Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan sebagai berikut:

- a. honorarium Ketua Dewan Pengawas paling banyak sebesar 40% (empat puluh persen) dari gaji dan tunjangan pemimpin;
- b. honorarium anggota Dewan Pengawas paling banyak sebesar 36% (tiga puluh enam persen) dari gaji dan tunjangan pemimpin; dan
- c. honorarium sekretaris Dewan Pengawas paling banyak sebesar 15% (lima belas persen) dari gaji dan tunjangan pemimpin.

Pasal 76

Remunerasi bagi pejabat pengelola dan pegawai dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian:

- a. pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
- b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
- c. resiko kerja (*risk index*);
- d. tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
- e. jabatan yang disandang (*position index*); dan
- f. hasil/capaian kinerja (*performance index*).

Pasal 77

Remunerasi bagi pejabat keuangan dan pejabat teknis ditetapkan paling banyak sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari remunerasi pemimpin.

BAB VII
TARIF PELAYANAN

Pasal 78

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar *unit cost* masing-masing layanan.
- (3) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dalam Peraturan Daerah sesuai peraturan perundang-undangan.

BAB VIII
PENGELOLAAN SUMBER DAYA LAIN

Pasal 79

- (1) Rumah Sakit bertanggungjawab terhadap pengelolaan sumber daya lain, antara lain aset berupa tanah dan bangunan serta peralatan.
- (2) Tanah dan bangunan Rumah Sakit disertifikasi atas nama Pemerintah Daerah Kabupaten Purwakarta.
- (3) Tanah dan bangunan Rumah Sakit yang tidak digunakan untuk pelayanan dan fungsi Rumah Sakit dapat dialihgunakan oleh Direktur terkait dengan persetujuan Bupati.
- (4) Aset tetap Rumah Sakit tidak boleh dialihkan, dipindahtangankan dan/atau dihapuskan kecuali atas persetujuan pejabat berwenang berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (5) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (4), merupakan aset berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 bulan, untuk digunakan dalam pelayanan kepada masyarakat, sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku.
- (6) Hasil pengalihan aset sebagaimana pada ayat (2) dan (3), merupakan Pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.

Pasal 80

- (1) Barang inventaris milik Rumah Sakit dapat dihapus dan atau dialihkan atas dasar pertimbangan ekonomis, dengan cara dijual, ditukar dan atau sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bilamana merupakan barang habis pakai, barang untuk diolah atau dijual dan barang lain yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.
- (3) Hasil penjualan barang dimaksud pada ayat (1), merupakan pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (4) Direktur beserta pejabat di bawahnya secara berjenjang harus memelihara seluruh aset Rumah Sakit dengan tertib efektif dan efisien sehingga mempunyai masa manfaat yang sebanyak-banyaknya termasuk teknologinya dan akurasi dari sarana prasarana rumah Sakit.

BAB IX PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT

Pasal 81

- (1) Direktur menunjuk pejabat yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan lingkungan Rumah Sakit yang meliputi:
 - a. kebersihan lingkungan Rumah Sakit meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet atau kamar mandi;
 - b. pengelolaan sampah medik dan domestik;
 - c. pengelolaan limbah cair;
 - d. pengamatan kepatuhan kawasan tanpa rokok;
 - e. memperluas area taman dan tanaman penghijauan untuk mengurangi pemanasan global;
 - f. mengurangi dan mengendalikan bahaya dan resiko; dan
 - g. mencegah kecelakaan dan cedera serta memelihara kondisi aman.
- (2) Pengelolaan lingkungan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan selama 24 (dua puluh empat) jam sehari.
- (3) Direktur menyusun kebijakan pengelolaan lingkungan fisik, kimia, biologi yang memperhatikan keselamatan pasien dan karyawan sesuai dengan peraturan perundangan.

BAB X STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 82

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit, Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit melalui Peraturan Bupati.

28 7 2024

- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

Pasal 83

- (1) Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan :
- a. komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses penyampaian pelayanan (*Service Delivery*) meliputi persyaratan, sistem, mekanisme dan prosedur, jangka waktu pelayanan, biaya atau tarif, produk pelayanan, penanganan pengaduan, saran dan masukan; dan
 - b. komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses pengelolaan pelayanan di internal organisasi (*manufacturing*) meliputi dasar hukum, sarana dan prasarana, dan atau fasilitas, kompetensi pelaksana, pengawasan internal, jumlah pelaksana, jaminan pelayanan, jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan dan evaluasi kinerja pelaksana.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), fokus mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, terukur pencapaiannya, dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (4) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, dapat dicapai karena merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.

BAB XI EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pasal 84

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD dilakukan setiap tahun oleh Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan BLUD sebagaimana ditetapkan dalam renstra dan RBA.

Pasal 85

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 72 ayat (1), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam:
- a. Memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b. Memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
 - c. Memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - d. Kemampuan menerima dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (2) Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 96 ayat (1) dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

Handwritten signature in blue ink.

BAB XII
PERATURAN INTERNAL/TATA KELOLA STAF MEDIS
(MEDICAL STAFF BYLAWS)

Bagian Kesatu
Tujuan dan Tanggung Jawab

Pasal 86

Tujuan pengorganisasian KSM adalah agar Staf Medis di Rumah Sakit dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas, efisien dan bertanggung jawab.

Pasal 87

KSM secara administratif bertanggung jawab kepada Direktur dan secara fungsional sebagai profesi bertanggung jawab kepada Komite Medik melalui Ketua KSM masing-masing.

Bagian Kedua
Pangkat dan Tanggung Jawab Staf Medis dan Pangkat Kembali

Pasal 88

- (1) Persyaratan umum yang harus dipenuhi dalam pangkat staf medis adalah sebagai berikut:
 - a. memenuhi standar profesi dan kompetensi yang dimiliki oleh masing-masing perhimpunan profesi;
 - b. bersedia untuk berpartisipasi dalam program-program kesehatan dan upaya pengobatan;
 - c. memiliki kemampuan yang baik untuk bisa bekerjasama dengan orang lain;
 - d. sanggup mematuhi berbagai regulasi yang ada di lingkungan Rumah Sakit; dan
 - e. bersedia mengikuti pelatihan-pelatihan sesuai permintaan Rumah Sakit.
- (2) Secara khusus persyaratan untuk menjadi anggota staf medis meliputi:
 - a. mempunyai Ijazah dari Fakultas Kedokteran atau Kedokteran Gigi Pemerintah atau Swasta yang diakui Pemerintah dan memiliki Surat Penugasan dan atau Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku dari Pejabat Yang Berwenang;
 - b. memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di Rumah sakit;
 - c. telah melalui proses penerimaan calon anggota Kelompok Staf Medis Rumah Sakit yang dilaksanakan oleh Komite Medik dan Direksi Rumah Sakit melalui kredensial atau rekredensial;
 - d. memiliki Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sebagai anggota Kelompok Staf Medis, berupa Kewenangan Klinik (*Clinical Privilege*) dari Direktur Rumah Sakit;
 - e. mengikuti program pengenalan tugas (orientasi) di lingkungan kerja rumah sakit; dan
 - f. mengikuti ketentuan disiplin jam kerja yang berlaku di Rumah Sakit.
- (3) Dalam pangkat staf medis yang baru, harus melewati tahapan-tahapan sebagai berikut :
 - a. mengajukan lamaran yang telah dilengkapi dengan berkas-berkas yang diperlukan dan ditujukan kepada Direktur;

ng & r k n f

- b. Direktur meneruskan lamaran tersebut kepada Tim Kerja Pengelolaan SDM Aparatur, selanjutnya kepada Ketua Komite Medik untuk ditindaklanjuti oleh Sub Komite Kredensial;
 - c. dilakukan wawancara terhadap pelamar pada waktu dan tempat yang telah ditentukan oleh Sub Komite Kredensial setelah diverifikasi; dan
 - d. Sub Komite Kredensial memberikan laporan dan rekomendasi kepada Ketua Komite Medik untuk selanjutnya dilaporkan kepada Direktur.
- (4) Jika staf medis yang baru diterima bekerja di Rumah Sakit bermaksud untuk keluar atau pindah ke rumah sakit lain dengan alasan apapun, harus melaporkan hal tersebut kepada Ketua Komite Medik secara tertulis.
- (5) Staf medis dapat diberhentikan keanggotaannya oleh Direktur dengan sepengetahuan Ketua Komite Medik apabila:
- a. yang bersangkutan telah meninggal dunia;
 - b. memasuki masa pensiun;
 - c. dipindahtugaskan dari lingkungan Rumah Sakit; dan
 - d. melakukan kesalahan yang telah direkomendasikan oleh Komite Medik.
- (6) Bilamana di kemudian hari staf medis yang telah keluar atau pindah ke rumah sakit lain bermaksud untuk kembali ke Rumah Sakit maka harus memenuhi persyaratan sebagaimana diatur dalam ayat (1).

Bagian Ketiga
Kategori Staf Medis

Pasal 89

- (1) Kategori staf medis yang ada di lingkungan Rumah Sakit adalah sebagai berikut:
- a. dokter tetap;
 - b. dokter tidak tetap; (termasuk dokter tamu (Mou), dokter internsip dan dokter magang)
 - c. dokter gigi;
 - d. dokter umum di Instalasi Gawat Darurat (IGD);
 - e. Dokter umum di Instalasi Rawat Inap (IRNA);
 - f. Dokter umum di Instalasi Pelayanan Intensif dan Anestesi (IPIA);
 - g. Dokter umum di Klinik *Medical Check Up (MCU)*;
 - h. Dokter umum di Klinik TB RO dan layanan DOTS;
 - i. Dokter umum di Klinik *Voluntary Counselling and Testing (VCT)*; dan
 - j. Dokter spesialis.
- (2) Dokter tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, yaitu dokter yang berstatus Pegawai Negeri Sipil di Rumah Sakit.
- (3) Dokter tidak tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, yaitu dokter yang berstatus pegawai tidak tetap yang bekerja di Rumah Sakit.
- (4) Dokter tamu (MoU), dokter internship dan dokter magang masuk ke dalam kategori dokter tidak tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b.
- (5) Dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, yaitu dokter yang melayani pasien dengan keluhan gigi di rawat jalan atau di rawat inap dan dapat melakukan tindakan medis terhadap pasien yang memerlukannya.
- (6) Dokter umum di Instalasi Gawat Darurat (IGD) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, yaitu dokter umum yang menangani pasien-pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan mempunyai hak untuk melakukan tindakan medis yang bertujuan menyelamatkan jiwa pasien sesuai keadaan sarana dan prasarana Rumah Sakit.

Handwritten signature: dg & rka g

- (7) Dokter Umum di Klinik *Medical Check Up (MCU)* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, yaitu dokter umum yang menangani pasien-pasien di Poli *Medical Check Up (MCU)* dan berwenang mengeluarkan Surat Keterangan Sehat Jasmani.
- (8) Dokter Umum di Klinik *Voluntary Counselling and Testing (VCT)* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f, yaitu dokter umum yang sudah mengikuti Pelatihan HIV dan menangani pasien-pasien di Poli *Voluntary Counselling and Testing (VCT)*.
- (9) Dokter Spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g, yaitu dokter yang mempunyai keahlian di bidangnya masing-masing dan bertanggungjawab penuh terhadap pasiennya.

Bagian Keempat
Kewenangan Klinis (*Clinical Privileges*)

Paragraf 1
Dasar Kewenangan Klinis (*Clinical Privileges*)

Pasal 90

- (1) Kewenangan Klinis adalah kewenangan dari anggota KSM untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya. Tanpa kewenangan klinis, maka seorang tenaga medis tidak dapat menjadi anggota KSM dan bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas Rekomendasi Bidang Pelayanan Medik dan Komite Medik, setelah melalui Proses Kredensial yang dilakukan oleh SubKomite Kredensial.
- (3) Jenis kewenangan klinis yang berlaku di Rumah sakit, meliputi:
 - a. Kewenangan klinis sementara (*Temporary Clinical Privilege*);
 - b. Kewenangan klinis dalam keadaan darurat (*Emergency Clinical Privilege*); dan
 - c. Kewenangan klinis bersyarat (*Provisional Clinical Privilege*).
- (4) Lingkup kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) untuk pelayanan medis tertentu diberikan dengan berpedoman pada buku putih (*White Paper*) yang disusun oleh mitra bestari (*Peer Group*) profesi bersangkutan.
- (5) Dalam kondisi tertentu kewenangan klinis dapat didelegasikan kepada dokter spesialis atau dokter gigi spesialis, dokter atau dokter gigi, perawat atau bidan sesuai dengan kompetensinya yang ditetapkan melalui Keputusan Direktur atas dasar rekomendasi Komite Medik.

Paragraf 2
Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)

Pasal 91

- (1) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur kepada masing-masing anggota KSM dengan Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 5 (lima) tahun.
- (2) Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diperbaharui sesuai dengan kompetensi dari anggota KSM setelah dilakukan rekredensial oleh Komite Medik.

87 8ta 9

- (3) Kewenangan Klinis anggota KSM berstatus dokter tamu dan atau dokter magang diberikan dengan Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.
- (4) Pemberian Penugasan Klinis Ulang (*Clinical Re-Appointment*) dapat diberikan setelah yang bersangkutan mengikuti prosedur Re-Kredensial dari Komite Medik.
- (5) Pencabutan atau pembatasan Kewenangan klinis yang tertuang dalam Surat Penugasan Klinis dilakukan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi Komite Medik.

Paragraf 3
Kewenangan Klinis Dokter Gigi

Pasal 92

Dokter gigi mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan medis yang sesuai dengan standar profesi dan standar kompetensi dokter gigi.

Paragraf 4
Kewenangan Klinis Dokter Umum

Pasal 93

- (1) Dokter Umum mempunyai kewenangan klinis untuk melakukan tindakan medis yang sesuai dengan standar profesi dan standar kompetensi dokter umum.
- (2) Selain kewenangan sebagaimana pada ayat (1), dokter umum mempunyai kewenangan lain dalam keadaan tertentu, yaitu:
 - a. untuk kewenangan gawat darurat (*Emergency Privileges*) diberikan kepada dokter umum untuk menangani pasien gawat darurat sebagai upaya untuk menyelamatkan jiwa pasien dan selanjutnya akan diusulkan kepada dokter spesialis untuk diberikan terapi yang dapat bersifat elektif (tindakan yang dapat ditunda) atau bersifat cito (tindakan segera);
 - b. untuk kewenangan profesional (*Provisional Privileges*) merupakan kewenangan yang dilakukan oleh seorang dokter, di mana dokter adalah pekerja profesional.

Bagian Kelima
Pengorganisasian Kelompok Staf Medis

Pasal 94

- (1) Anggota KSM dikelompokkan ke dalam masing-masing KSM sesuai dengan profesi dan keahliannya, paling sedikit dengan 2 (dua) orang anggota.
- (2) Dalam hal jumlah KSM dengan keahlian yang sama kurang dari 2 (dua) orang atau belum ditetapkan sebagai KSM tertentu, Kelompok Staf Medis yang bersangkutan digabungkan ke dalam KSM spesialis lain yang mempunyai kemiripan keahlian.
- (3) Seluruh kelompok staf medis dengan status pegawai tetap maupun pegawai tidak tetap baik bekerja penuh waktu atau paruh waktu wajib menjadi Anggota KSM kecuali Dokter PPDS, Dokter Konsultan dan Dokter Pengganti dari luar Rumah Sakit.
- (4) Kelompok Staf Medis yang ada di Rumah Sakit adalah:
 - a. KSM Penyakit Dalam;

Handwritten signature or initials.

- b. KSM Ilmu kesehatan Anak;
 - c. KSM Bedah;
 - d. KSM Orthopedi dan Traumatologi;
 - e. KSM Obgin;
 - f. KSM Jantung;
 - g. KSM Neurologi;
 - h. KSM Indra;
 - i. KSM Anestesi dan Terapi Intensif;
 - j. KSM Penunjang Medis Radiologi;
 - k. KSM Penunjang Medis Laboratorium;
 - l. KSM Rehabilitasi Medik dan Okupasi;
 - m. KSM Psikiatri;
 - n. KSM Umum; dan
 - o. KSM Gigi dan Mulut;
- (5) Direktur dapat membentuk Kelompok Staf Medis lainnya di luar sebagaimana yang dimaksud pada ayat (4) berdasarkan kebutuhan pelayanan dan perkembangan organisasi.

Pasal 95

Tugas KSM, meliputi:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan;
- b. memberikan pelayanan medis yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di Rumah Sakit;
- c. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan berkelanjutan, pelatihan dan penelitian;
- d. memberikan masukan kepada Direktur serta Ketua Komite Medik dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta temuan terapi baru sesuai (*Evidence Base Medicine*) yang berhubungan dengan praktik kedokteran;
- e. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang ditetapkan; dan
- f. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 96

Tanggung jawab KSM meliputi:

- a. melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif melalui *peer review*, audit medis atau program peningkatan kualitas;
- b. memberi kesempatan bagi para dokter untuk mengikuti program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan;
- c. memberikan masukan kepada Direktur melalui Ketua Komite Medik mengenai hal-hal yang terkait dengan praktek kedokteran; dan
- d. melakukan perbaikan (*updating*) Standar Prosedur Operasional (SPO) dan dokumen-dokumen terkait secara berkala sehingga sesuai dengan situasi dan kondisi rumah sakit.

Pasal 97

Kewajiban KSM, meliputi:

- a. berkoordinasi dengan Kepala Instalasi menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) medis yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi Rumah Sakit; dan

Handwritten signature in blue ink.

- b. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

Pasal 98

- (1) Susunan Kepengurusan KSM paling sedikit terdiri dari :
 - a. Ketua KSM merangkap anggota;
 - b. Sekretaris merangkap anggota; dan
 - c. Anggota.
- (2) Masa bakti kepengurusan KSM adalah 3 (tiga) tahun dan dapat diganti sebelum masa penugasan berakhir dengan ditunjuk langsung oleh Direktur serta dapat dipilih kembali untuk masa bakti berikutnya, maksimal selama 2 (dua) periode berturut-turut.
- (3) Apabila Ketua KSM diangkat menjadi Ketua Komite Medik maka wajib mengundurkan diri dari jabatan Ketua KSM dan Direktur menetapkan Ketua KSM yang baru sebagai penggantinya.
- (4) Penetapan dan penunjukan pengurus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur yang dipilih dari anggotanya berdasarkan mekanisme yang disepakati bersama oleh masing-masing KSM dan disetujui oleh Ketua Komite Medik.

Pasal 99

- (1) Tugas Kepala KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah sebagai berikut:
 - a. memimpin dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan teknis medis dalam bentuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan di lingkungan kelompok;
 - b. membuat, memperbaiki dan mengembangkan standar pelayanan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) sesuai dengan perkembangan keilmuan dan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit;
 - c. membuat program kerja;
 - d. memberi masukan dan informasi kepada Direktur tentang kebutuhan ketenagaan, sarana dan prasarana, pendidikan dan pelatihan pengembangan dan pengendalian kualitas pelayanan;
 - e. memberi masukan dan informasi teknis administrasi pelayanan kepada Ketua Komite Medik;
 - f. melaksanakan pengawasan, pembinaan dan bimbingan terhadap para anggota staf medis fungsional, dalam rangka pengendalian dan pengembangan mutu pelayanan;
 - g. mempertanggungjawabkan penyelenggaraan pelayanan medis kepada Ketua Komite Medik dan Direktur;
 - h. melaksanakan koordinasi dengan KSM lainnya di lingkungan Rumah Sakit; dan
 - i. membina hubungan kerja yang harmonis, baik dengan para anggota KSM maupun dengan pihak manajemen Rumah Sakit.
- (2) Anggota KSM bertugas membantu Kepala KSM dalam bidang administrasi dan manajerial.

Bagian Keenam Komite Medik

Pasal 100

- (1) Komite Medik adalah wadah profesional yang keanggotaannya berasal dari KSM atau yang mewakilinya.

- (2) Pembentukan Komite Medik ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tanggung jawab sebagai berikut:
- a. menerima dan bertindak berdasarkan laporan dan rekomendasi dari KSM, Bidang Pelayanan Medis dan Direktur;
 - b. bersama pihak manajemen Rumah Sakit, mengatur objek-objek untuk menetapkan, menjaga dan menguatkan standar profesional Rumah Sakit demi tercapainya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan;
 - c. memberi rekomendasi kepada Rumah Sakit mengenai pengangkatan atau pengangkatan kembali staf medis berdasarkan rekomendasi dari Sub Komite Kredensial;
 - d. membantu pencapaian dan pemeliharaan akreditasi rumah sakit kemudian memberitahukannya kepada staf medis; dan
 - e. menetapkan mekanisme penyelesaian sengketa staf medis mengenai perawatan terhadap pasien.
- (4) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. memberikan saran kepada Direktur;
 - b. melakukan koordinasi dan pengarahan kegiatan medis;
 - c. menangani hal-hal yang berkaitan dengan etik kedokteran melalui Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi; dan
 - d. menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh seluruh KSM di Rumah Sakit.
- (5) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas-tugas sebagai berikut:
- a. membantu Direktur menyusun standar pelayanan medis dan memantau pelaksanaannya;
 - b. melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;
 - c. mengatur kewenangan profesi antar KSM;
 - d. membantu Direktur menyusun Pedoman Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) dan memantau pelaksanaannya;
 - e. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan medikolegal dan etikolegal;
 - f. melakukan koordinasi dengan Direktur dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas KSM;
 - g. meningkatkan program pelayanan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan dalam bidang medis; dan
 - h. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis.
- (6) Komite Medik memiliki wewenang sebagai berikut:
- a. memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
 - b. memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan peralatan medis dan penunjang medis serta pengembangan layanan medis;
 - c. monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis sesuai yang tercantum dalam tugas Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (5);
 - d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektivitas penggunaan alat kedokteran rumah sakit;
 - e. melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan profesi antar KSM;
 - f. memberikan rekomendasi mengenai kerjasama antara Rumah Sakit dengan Fakultas Kedokteran atau Kedokteran Gigi ataupun institusi pendidikan lainnya; dan

Handwritten signature in blue ink.

- g. meninjau kebijakan Rumah Sakit yang berkaitan dengan implikasinya terhadap staf medis dan pelayanan kesehatan.
- (7) Komite Medik sebagaimana dimaksud ayat (1) berkewajiban untuk :
- menyusun Pedoman Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*);
 - membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, Standar Prosedur Operasional (SPO) di bidang manajerial/administrasi dan bidang keilmuan/profesi, standar profesi dan standar kompetensi;
 - menerima semua aspirasi dari KSM; dan
 - memberikan masukan kepada pihak manajemen RSUD yang berhubungan dengan pelayanan medis.

Paragraf 1
Susunan Kepengurusan Komite Medik

Pasal 101

- (1) Susunan kepengurusan Komite Medik terdiri dari :
- Ketua;
 - Sekretaris;
 - Sub Komite Etika dan Disiplin;
 - Sub Komite Kredensial; dan
 - Sub Komite Mutu Profesi.
- (2) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan staf medis yang bekerja di Rumah Sakit.
- (3) Sekretaris Komite Medik sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf b, dipilih oleh Ketua Komite Medik dan di dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga administratif atau dari pegawai Rumah Sakit.
- (4) Sub Komite sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf c, d dan e, dipilih oleh Ketua Komite Medik dan berjumlah sekurang-kurangnya 2 (dua) orang.
- (5) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di Rumah Sakit.
- (6) Masing-masing Sub Komite bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (7) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku dengan jumlah keanggotaan Komite Medik disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit.
- (8) Masa kerja kepengurusan Komite Medik adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali atas dasar musyawarah dan mufakat.

Pasal 102

- (1) Ketua Komite Medik dipilih secara demokrasi oleh staf medis Rumah Sakit dengan terlebih dahulu membentuk Panitia Pemilihan.
- (2) Untuk menjadi Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud ayat (9) harus memenuhi syarat sebagai berikut :
- anggota staf medis di lingkungan Rumah Sakit;
 - mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - peka terhadap perkembangan perumahsakitannya;
 - bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;

Handwritten signature in blue ink.

- f. mempunyai kepribadian yang baik dan disegani di lingkungan profesinya; dan
 - g. mempunyai integritas kelimuan dan etika profesi yang tinggi.
- (3) Apabila Ketua Komite Medik telah dipilih secara demokrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (9) namun tidak dapat menemui jalan keluar, maka akan dilakukan pengangkatan Ketua Komite Medik oleh Direktur.
- (4) Ketua Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur.

Paragraf 2
Sub Komite Etika dan Disiplin

Pasal 103

- (1) Sub Komite Etika dan Disiplin berfungsi untuk melaksanakan kebijakan Komite Medik di bidang etika dan disiplin Komite Medik.
- (2) Sub Komite etika dan Disiplin sebagaimana dimaksud ayat (1) bertugas untuk :
- a. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin;
 - b. mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika;
 - c. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala baik lisan maupun tulisan kepada Ketua Komite Medik;
 - d. membuat rekomendasi yang berhubungan dengan isu etika medis;
 - e. memperbaharui dan memeriksa kebijakan Rumah Sakit yang melibatkan isu etika medis; dan
 - f. memberikan pendidikan etika medis kepada anggota komite, Rumah Sakit dan masyarakat luas.
- (3) Sub Komite Etika dan Disiplin sebagaimana dimaksud ayat (1) bertujuan untuk memberikan saran, konsultasi, arahan dan pendidikan mengenai aspek-aspek etika dari perawatan medis.

Paragraf 3
Sub Komite Kredensial

Pasal 104

- (1) Sub Komite Kredensial berfungsi untuk melaksanakan kebijakan Komite Medik di bidang kredensial profesi medis.
- (2) Sub Komite Kredensial bertugas untuk:
- a. melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis Rumah Sakit secara total, objektif, adil, jujur dan terbuka;
 - b. melakukan review kompetensi staf medis; dan
 - c. membuat rekomendasi hasil review berdasarkan kriteria yang ditetapkan dan sesuai dengan kebutuhan staf medis di Rumah Sakit.
- (3) Sub Komite Kredensial bertujuan untuk memeriksa lamaran pemohon melalui proses kredensial untuk pengangkatan baru atau pengangkatan kembali sebagai staf medis di Rumah Sakit, dan untuk membuat rekomendasi bagi keanggotaan dan perencanaan kewenangan dalam pelaksanaannya yang berkaitan dengan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*), prosedur dan kebijakan kredensial, dan keperluan masing-masing Kelompok Staf Medis.

ms + rta +

Paragraf 4
Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 105

- (1) Sub Komite Mutu Profesi berfungsi untuk melaksanakan kebijakan Komite Medik di bidang mutu profesi medis.
- (2) Sub Komite Mutu Profesi bertujuan untuk:
 - a. membuat panduan mutu pelayanan medis;
 - b. melakukan pemantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis; dan
 - c. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala baik secara lisan maupun tulisan kepada Ketua Komite Medik.
- (3) Sub Komite Mutu Profesi bertujuan untuk menyediakan forum bagi staf medis untuk menetapkan kualitas dan keberhasilan pengobatan.

Paragraf 5
Rapat Komite Medik

Pasal 106

- (1) Jadwal rapat rutin dilakukan setiap 1 (satu) bulan sekali untuk membicarakan masalah rutin yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi serta dihadiri oleh Pengurus Komite Medik.
- (2) Untuk rapat khusus akan diadakan secara mendadak untuk mengambil keputusan secara cepat, tepat dan konkret yang dihadiri oleh Pengurus Komite Medik.
- (3) Setiap rapat rutin dan rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2), dalam proses pengambilan keputusan rapat harus memenuhi jumlah quorum yaitu 1/3 (sepertiga) dari jumlah peserta yang hadir.
- (4) Apabila seluruh rapat yang diadakan dan dalam proses pengambilan keputusan mengalami kebuntuan atau *deadlock* maka seluruh keputusan diambil oleh Ketua Komite Medik dengan asas keterbukaan dan keadilan.

Pasal 107

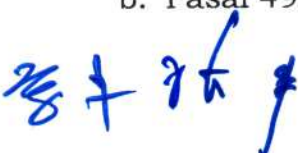
- (1) Untuk memperlancar tugas sehari-hari disediakan ruangan pertemuan dan komunikasi bagi Komite Medik serta tenaga administrasi yang dapat membantu Komite Medik.
- (2) Biaya operasional Komite Medik dibebankan pada anggaran pendapatan dan belanja Rumah Sakit.

Bagian Ketujuh
Kerahasiaan Informasi Medis Pasien
dan Rekam Medis

Paragraf 1
Kerahasiaan Informasi Medis Pasien

Pasal 108

- (1) Rahasia pasien harus mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku, di antaranya sebagai berikut:
 - a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
 - b. Pasal 49, 50 dan 51 KUHP; dan



c. Pendidikan dan penelitian.

- (2) Staf medis wajib menjaga rahasia informasi medis pasien sehingga apabila dipandang perlu untuk menyampaikan informasi tanpa persetujuan pasien atau keluarganya, maka staf medis tersebut harus mempunyai alasan pembenaran.
- (3) Pasien mempunyai hak atas informasi mengenai kesehatannya, maka staf medis wajib memberikan informasi dengan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien atau keluarganya kecuali informasi tersebut dapat membahayakan kesehatan pasien.
- (4) Informasi yang diberikan sebagaimana dimaksud ayat (3) berkaitan dengan tindakan medis yang akan dilakukan, meliputi diagnosis medis, tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan medis lain, resiko tindakan medis, komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan dan biayanya.
- (5) Informasi pasien sebagaimana dimaksud ayat (4) dapat disampaikan kepada pasien sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (6) Keluarga pasien berhak memperoleh informasi tentang penyebab kematian pasien.
- (7) Ketentuan sebagaimana pada ayat (6) dikecualikan apabila sebelum meninggal pasien menyatakan agar penyakitnya tetap dirahasiakan.
- (8) Dalam memberikan informasi kepada keluarga terdekat maka diperlukan kehadiran seorang perawat/nakes sebagai saksi.
- (9) Pemberian informasi sebagaimana dimaksud ayat (4) harus dilakukan dengan jujur dan benar, serta tidak menimbulkan ketakutan, kecemasan dan kekhawatiran yang tidak perlu.

Paragraf 2
Rekam Medis

Pasal 109

- (1) Rekam medis menyajikan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, termasuk hubungannya dengan perawatan primer pasien, kelanjutan perawatan pasien, peningkatan kualitas, penelitian medis dan dokumentasi medis baik secara elektronik maupun manual.
- (2) Rekam medis harus dipelihara untuk semua pasien yang menerima perawatan di Rumah Sakit, termasuk pasien rawat jalan, pasien rawat inap, maupun pasien gawat darurat.
- (3) Tanggung jawab Profesional Pemberi Asuhan (PPA) terhadap rekam medis pasien adalah sebagai berikut:
 - a. mencatat data segera setelah terjadinya kejadian klinis untuk menjamin keakuratan dan memberikan informasi yang relevan dengan kelanjutan perawatan pasien baik secara manual atau elektronik;
 - b. rekam medis harus segera dilengkapi dalam waktu 1 x 24 jam dan semua laporannya harus autentik;
 - c. rekam medis tidak boleh diarsipkan secara permanen sebelum dilengkapi oleh staf medis yang bertanggung jawab;
 - d. PPA harus menandatangani rekam medis guna mendukung keasliannya, baik secara elektronik maupun manual;
 - e. pihak yang memasukkan data ke dalam rekam medis harus jelas identitasnya;
 - f. setiap pengisian data rekam medis harus menyertakan tanggal dan waktunya;

28 4 2024

- g. bila pengisian data dalam rekam medis harus diperbaiki, harus dibuat catatan yang memuat alasan perbaikan dan tanggal perbaikan kemudian ditandatangani baik secara elektronik maupun manual;
 - h. rekam medis harus memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, membenarkan perawatan dan melakukan tindakan; dan
 - i. rekam medis harus teratur agar staf medis berikutnya yang akan merawat pasien dan penyedia perawatan kesehatan dapat memahami riwayat medis pasien dan memberikan perawatan yang efektif.
- (4) Rekam medis untuk pasien rawat inap meliputi:
- a. identitas pasien;
 - b. tanggal dan waktu;
 - c. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dari riwayat penyakit;
 - d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - e. diagnosis;
 - f. rencana penatalaksanaan;
 - g. pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. persetujuan tindakan bila diperlukan;
 - i. catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
 - j. ringkasan pulang (*discharge summary*);
 - k. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - l. pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan
 - m. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
- (5) Rekam medis untuk pasien rawat jalan meliputi:
- a. identitas pasien;
 - b. tanggal dan waktu;
 - c. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dari riwayat penyakit;
 - d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - e. diagnosis;
 - f. rencana penatalaksanaan;
 - g. pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
 - i. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
 - j. persetujuan tindakan bila diperlukan.
- (6) Rekam medis untuk pasien gawat darurat meliputi:
- a. identitas pasien;
 - b. kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
 - c. identitas pengantar pasien;
 - d. tanggal dan waktu;
 - e. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dari riwayat penyakit;
 - f. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - g. diagnosis;
 - h. pengobatan dan/atau tindakan;
 - i. ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
 - j. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - k. sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain; dan
 - l. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

2/6 + 7/12/20

- (7) Rekam medis merupakan milik rumah sakit dan harus dijaga keamanannya sehingga rekam medis tidak boleh dibawa keluar dari lingkungan Rumah Sakit tanpa persetujuan Direktur.
- (8) Rekam medis dapat dibawa keluar dari lingkungan RSUD hanya bila ada permintaan pengadilan, adanya dakwaan, otoritas pasien atau otoritas lain yang diizinkan oleh peraturan yang berlaku.
- (9) Permintaan pasien untuk bisa mengakses rekam medisnya harus ditujukan kepada staf medis yang bersangkutan dan pegawai administrasi Instalasi Rekam Medis, yang akan memberi izin melalui salinan pengawasan atau ringkasan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Kedelapan
Informed Consent dan Pernyataan Kematian

Paragraf 1
Informed Consent

Pasal 110

- (1) Pasien memiliki hak untuk aktif berpartisipasi dalam memutuskan pengobatannya.
- (2) Dalam hal memutuskan pengobatan sebagaimana pada ayat (1), pasien dapat menerima atau menolak prosedur yang disarankan staf medis sehingga pasien harus diberikan informasi yang cukup.
- (3) Pembedahan, diagnosa khusus atau prosedur pengobatan mengharuskan adanya persetujuan (*Consent*) dari pasien dan atau keluarganya.
- (4) *Informed consent* adalah suatu proses yang menunjukkan bahwa pasien atau keluarganya diberikan informasi sehingga dapat memberikan persetujuan.
- (5) *Informed consent* dilakukan untuk mematuhi kewajiban menghormati hak orang lain dengan tetap mempertimbangkan prinsip berbuat baik dan tidak merugikan.
- (6) Yang dapat memberikan persetujuan *Informed Consent* sebagaimana dimaksud ayat (2) adalah pasien yang cakap atau mampu.
- (7) Jika pasien tidak mampu atau belum cakap karena alasan umur atau kondisinya, persetujuan *Informed Consent* dapat diberikan oleh orang yang berhak membuat keputusan baginya seperti keluarganya.
- (8) Jika pasien dalam keadaan emergency yang berhubungan dengan pembedahan, prosedur khusus dan prosedur pengobatan, tidak ada identitas dan atau tidak ada keluarga dan tidak cakap atau mampu, maka tindakan dapat dilakukan atas persetujuan Direktur.
- (9) Tanggung jawab staf medis terhadap *Informed Consent* sebagaimana dimaksud ayat (2) adalah sebagai berikut:
 - a. staf medis secara umum bertanggung jawab untuk memberikan informasi yang diperlukan dan meminta persetujuan;
 - b. staf medis lain yang bukan bertanggung jawab atas pasien tersebut dapat bertugas untuk menanyakan persetujuan saat mereka akan memberikan pelayanan-pelayanan khusus sesuai permintaan atau bersama-sama dengan staf medis yang bertanggung jawab;
 - c. jika staf medis yang akan memberikan pelayanan berjumlah 2 (dua) dokter atau lebih, tanggung jawab untuk memberikan informasi guna

M. S. S. S.

- memastikan adanya persetujuan sesuai dengan kompetensinya masing-masing; dan
- d. setelah kedua staf medis tersebut mendiskusikan prosedur yang diusulkan, pasien atau keluarganya harus ditanyakan persetujuannya.
- (10) *Informed consent* dalam keadaan emergensi terkait *life saving* dapat tidak dilakukan.
- (11) Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud ayat (8) dapat terjadi saat tindakan perawatan diperlukan segera untuk mencegah kematian pasien, pasien sangat lemah, mengurangi luka aserius, dan pasien dalam keadaan tidak dapat memberikan persetujuannya atau tidak ada cukup waktu untuk mennayakan persetujuan kepada pasien atau keluarganya.
- (12) Pengecualian terhadap *Informed Consent* sebagaimana dimaksud ayat (2) hanya diterapkan pada tindakan perawatan yang harus segera dilakukan dan untuk kejadian di mana persetujuan tidak dapat dipastikan.
- (13) Staf medis harus menjamin bahwa persetujuan untuk prosedur khusus sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (14) Dokumentasi *Informed Consent* sebagaimana dimaksud ayat (2) adalah sebagai berikut:
- a. staf medis yang terlibat dalam memastikan persetujuan harus mendokumentasikan dalam rekam medis pasien mengenai diskusi mereka tentang prosedur yang diusulkan dan apakah mereka benar-benar memastikan adanya persetujuan;
 - b. dokumentasi oleh staf medis dalam kegawatdaruratan harus menguraikan:
 1. Keadaan gawat darurat;
 2. Alasan yang membuat persetujuan tidak dapat dipastikan, baik dari pasien maupun keluarganya; dan
 3. Akibat yang mungkin timbul bila tindakan ditunda atau tidak diberikan.
- (15) Staf Rumah Sakit bertanggung jawab untuk melakukan verifikasi apakah persetujuan telah diberikan oleh pasien atau keluarganya.
- (16) Pasien atau keluarga pasien memiliki hak untuk menolak perawatan yang disarankan.
- (17) Terhadap pasien yang menolak perawatan sebagaimana dimaksud ayat (14), staf medis yang bertanggung jawab atas pasien tersebut harus segera dihubungi dan harus menjelaskan alasan diperlukannya perawatan tersebut serta kemungkinan buruk yang akan terjadi sebagai akibat penolakan itu.
- (18) Formulir menolak perawatan yang disarankan sebagaimana dimaksud pada ayat (14) harus diberikan kepada pasien atau keluarganya untuk ditandatangani.

Paragraf 2
Pernyataan Kematian

Pasal 111

- (1) Dalam hal pasien meninggal sesampainya di rumah sakit atau meninggal dunia selama dalam perawatan di rumah sakit, dokter yang merawat wajib segera menyatakan kematian pasien dan mencatatkannya dalam rekam medis.

20/7/2024

- (2) Dalam hal pasien mengalami mati batang otak, dokter yang merawat dapat menyatakan kematian setelah melakukan konfirmasi terhadap kondisi tersebut dan mencatatkan pernyataan kematian beserta fakta-fakta pendukungnya dalam rekam medis.
- (3) Kematian pasien harus segera diberitahukan kepada keluarga pasien.
- (4) Staf medis yang bertanggung jawab atas pasien tersebut, menandatangani surat keterangan kematian atau menjamin penyempurnaannya.

Pasal 112

Perawatan medis hanya dapat dilanjutkan dalam hal keluarga pasien mengajukan keberatan terhadap kebenaran diagnosa. Keberatan dimaksud wajib disampaikan kepada pihak administrasi rumah sakit untuk dilakukan pemeriksaan sebelum ditetapkan Tindakan lebih lanjut.

Bagian Kedelapan Pasien Pulang dan Pulang Paksa

Paragraf 1 Pasien Pulang

Pasal 113

- (1) Pasien hanya dapat dipulangkan berdasarkan instruksi staf medis yang bertanggung jawab atas pasien tersebut, dan instruksi dimaksud diberitahukan kepada perawat yang bertugas di ruangan.
- (2) Rencana kepulangan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didukung dengan:
 - a. pemahaman pasien dan/atau keluarganya mengenai diagnosis, serta larangan dan anjuran yang harus dipatuhi;
 - b. adanya instruksi atau pelatihan khusus agar pasien dan/atau keluarganya dapat melaksanakan perawatan pasca rawat inap;
 - c. dukungan lingkungan yang memungkinkan pasien kembali ke rumah; dan;
 - d. alokasi pasien dan sistem koordinasi dukungan atau mengalihkannya ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- (3) Ringkasan kepulangan pasien diselesaikan paling lama dalam waktu 1 x 24 (dua puluh empat) jam setelah pasien dipulangkan, dan penyelesaiannya harus dipantau oleh perawat yang bertugas serta Instalasi Rekam Medik.

Paragraf 2 Pulang Paksa

Pasal 114

- (1) Dalam hal terdapat indikasi bahwa pasien akan meninggalkan rumah sakit tanpa instruksi dari staf medis, perawat yang bertugas harus memberitahukan hal tersebut kepada staf medis yang bertanggung jawab atas pasien dan melakukan pembahasan mengenai kondisi dimaksud.
- (2) Staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memberikan penjelasan kepada pasien dan/atau keluarganya mengenai risiko dan dampak yang dapat timbul karena pulang paksa.
- (3) Pasien yang tetap bersikeras untuk pulang paksa wajib diminta menandatangani formulir pulang paksa.

Handwritten signature in blue ink.

- (4) Dalam hal pasien dan/atau keluarganya menolak menandatangani formular sebagaimana dimaksud pada ayat (3), perawat yang bertugas wajib mendokumentasikan fakta-fakta terkait kepulangan pasien tersebut dalam rekam medis.

Bagian Kesembilan
Pengobatan dan Pengawasan

Pasal 115

Semua pengobatan yang dilakukan di RSUD harus difasilitasi oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit.

Pasal 116

Pengawasan dilakukan oleh Komite Medik yang bekerja sama dengan manajemen Rumah Sakit secara berkala dan untuk selanjutnya akan ditindaklanjuti dengan cepat, tepat sesuai dengan kondisi dan situasi.

BAB XIII
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 117

- (1) Pembinaan teknis PPK-BLUD Rumah Sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah Kabupaten dan Dewan Pengawas.
- (2) Pembinaan keuangan PPK-BLUD dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
- (3) Pembinaan teknis PPK-BLUD pada masing-masing Unit Kerja Rumah Sakit dilakukan oleh Direktur melalui Wakil Direktur terkait.

Pasal 118

- (1) Pengawasan operasional BLUD dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal selaku internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah Pimpinan BLUD.
- (2) Selain oleh Satuan Pengawas Internal, pengawasan operasional BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan oleh Dewan Pengawas.

BAB XIV
KETENTUAN TAMBAHAN

Pasal 119

- (1) Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam Pola Tata Kelola ini selanjutnya akan diatur dan ditetapkan dalam Tatalaksana Rumah Sakit melalui Keputusan Direktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan rumah sakit ditetapkan Direktur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Handwritten signature in blue ink.

BAB XV
KETENTUAN PENUTUP



Pasal 120

Pada saat keputusan ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Purwakarta Nomor 69 Tahun 2022 tentang Pola Tata Kelola (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Bayu Asih (Berita Daerah Kabupaten Purwakarta Tahun 2022 Nomor 69), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Nomor 8 tahun 2024 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Nomor 69 Tahun 2022 tentang Pola Tata Kelola (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Bayu Asih (Berita Daerah Kabupaten Purwakarta Tahun 2024 Nomor 8), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 121

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

PARAF PEMRAKARSA		
1. drg. Sjaeful Nugraha, MM.Kes	Wadir Pelayanan RSUD Bayu Asih	
2. Dr. Lusiana Badriah Hartono, SH., SM., MM	Wakil Direktur Umum dan Keuangan RSUD Bayu Asih	
3. dr. Tri Muhammad Hani, MARS, MH.Kes	Direktur RSUD Bayu Asih	
PARAF KOORDINASI		
1. Suntama, SH., M.Si	Kabag. Hukum Setda	
2. H. Rahmat Heriansyah, S.Sos., M.Si	Asda Bidang Pemerintahan dan Kesra	
3. Ir. Sri Jaya Midan, MP	Sekretaris Daerah	

Diundangkan di Purwakarta
pada tanggal : 31 Desember 2025

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN PURWAKARTA



SRI JAYA MIDAN

BERITA DAERAH KABUPATEN PURWAKARTA TAHUN 2025 NOMOR 100

Ditetapkan di Purwakarta
pada tanggal : 31 Desember 2025
BUPATI PURWAKARTA,



SAEPUL BAHRI BINZEIN