



WALI KOTA SAMARINDA  
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

PERATURAN WALI KOTA SAMARINDA  
NOMOR 35 TAHUN 2024

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
INCHE ABDOEL MOEIS SAMARINDA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA SAMARINDA,

- Menimbang : a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subjek hukum, perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi setiap pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
- b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional maka perlu dibuatkan peraturan internal rumah sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
- c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis Samarinda;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat No. 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Tahun 1953 No. 9) Sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Tanah Laut, Daerah Tingkat II Tapin dan Daerah Tingkat II Tabalong dengan

3. Mengubah Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat No. ~~mer~~ 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Tahun 1965 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Nomor 2756);
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 2009 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
7. 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);
8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
11. Peraturan Wali Kota Samarinda Nomor 29 Tahun 2017 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis Kota Samarinda Sebagai Badan Layanan Umum Daerah (Berita Daerah Kota Samarinda Tahun 2017 Nomor 29);
12. Peraturan Wali Kota Samarinda Nomor 43 Tahun 2021 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis (Berita Daerah Kota Samarinda Tahun 2021 Nomor 228);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH INCHE ABDOEL MOEIS SAMARINDA.

## BAB I KETENTUAN UMUM

### Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Samarinda.
2. Wali Kota adalah Wali Kota Samarinda.
3. Pemerintah Daerah adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom Kota Samarinda.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis Kota Samarinda yang selanjutnya disebut RSUD I.A. Moeis merupakan salah satu fasilitas kesehatan tingkat lanjutan milik Pemerintah Kota Samarinda yang telah menerapkan sistem Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
5. Direktur adalah pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis Kota Samarinda dengan Jabatan Struktural setara eselon III.a.
6. Pejabat Pengelola adalah Pejabat Pengelola Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang bertanggung jawab atas pelaksanaan pemberian layanan umum terutama pada aspek manfaat yang dihasilkan.
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh satuan kerja perangkat Daerah atau unit satuan kerja perangkat Daerah pada satuan kerja perangkat Daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan Daerah pada umumnya.
8. Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (*corporate bylaws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff bylaw*) yang disusun dalam rangka penyelenggaraan tata kelola rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
9. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
10. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam struktur organisasi yang terdiri atas Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Sub Bidang.
11. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak seseorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
12. Pejabat Pengelola adalah pimpinan Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit.
13. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
14. Staf Medis adalah dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter umum, dokter gigi, yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di Unit Pelayanan Rumah Sakit.
15. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
16. Unit Kerja adalah tempat Staf Medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.

17. Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut Fasyankes adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
18. Komite Medis adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tatakelola klinis (*clininal governance*) agar Staf Medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
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 Kesehatan Lainnya adalah tenaga kesehatan profesional non dokter dan non keperawatan yang sudah diterima sebagai pegawai Rumah Sakit, serta memiliki pengetahuan dan ketrampilan melalui pendidikan serta mempunyai kewenangan untuk melakukan pelayanan penunjang dalam upaya kesehatan.
21. Komite Etik Dan Hukum adalah unsur organisasi nonstruktural yang membantu Direktur untuk penerapan etika Rumah Sakit dan hukum perumahsakitan.
22. Komite Mutu Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit.
23. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disebut Komite PPI merupakan organisasi nonstruktural pada Fasyankes yang mempunyai fungsi utama menjalankan PPI serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk pencegahan infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa Tuberkulosis, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan infeksi menular lainnya.
24. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
25. Komite Farmasi dan Terapi adalah organisasi yang mewakili hubungan komunikasi antara para staff medis dengan farmasi sehingga anggotanya terdiri dari para dokter yang mewakili spesialisasi – spesialisasi yang ada di Rumah Sakit dan apoteker wakil dari farmasi Rumah Sakit, serta tenaga kesehatan lainnya.
26. Kewenangan Klinis adalah hak khusus seorang Staf Medis yang diberikan oleh Direktur untuk melakukan sederetan pelayanan medis tertentu dalam Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan Penugasan Klinis (*clinical appointment*).
27. Penugasan Klinis adalah penetapan Direktur kepada seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar Kewenangan Klinis (*white paper*) yang telah disetujui baginya.
28. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
29. Dokter Organik adalah dokter yang menjadi karyawan/pegawai tetap Rumah Sakit baik yang berstatus pegawai negeri sipil maupun non pegawai negeri sipil.
30. Dokter Mitra adalah dokter yang direkrut oleh Rumah Sakit karena keahliannya, berkedudukan setingkat dengan Dokter Rumah Sakit, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional sesuai kesepakatan atau ketentuan Rumah Sakit.

31. Dokter Tamu adalah dokter yang diundang oleh Rumah Sakit karena keahliannya, berkedudukan setingkat dengan Dokter Rumah Sakit, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional sesuai kesepakatan atau ketentuan Rumah Sakit.
32. Satuan Pemeriksaan Internal adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian intern dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
33. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
34. 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 bangsa.
35. 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 Satuan Kerja Perangkat Daerah.
36. Satuan Kerja Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat dengan SKPD adalah pelaksana fungsi eksekutif yang harus berkoordinasi agar penyelenggaraan pemerintahan berjalan dengan baik pada lingkup pekerjaan yang dipimpinnya.

## BAB II

### PRINSIP PERATURAN INTERNAL

#### Pasal 2

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit memuat:
  - a. struktur organisasi;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi logis; dan
  - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Peraturan Internal Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip:
  - a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. responsibilitas; dan
  - d. independensi.

#### Pasal 3

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.

- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.

#### Pasal 4

- (1) Prinsip transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan serta dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (2) Prinsip akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggung jawabkan kepada semua pihak.
- (3) Prinsip responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Prinsip independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

### BAB III

#### IDENTITAS, VISI, MISI, MOTTO, TUJUAN STRATEGIS, NILAI DASAR, BUDAYA KERJA DAN LOGO RUMAH SAKIT

##### Bagian Kesatu

##### Identitas

##### Pasal 5

- (1) Nama Rumah Sakit yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis Samarinda.
- (2) Jenis Rumah Sakit yaitu Rumah Sakit Umum Daerah.
- (3) Kelas Rumah Sakit yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C.

##### Bagian Kedua

Visi, Misi, Motto, Tujuan Strategis, Nilai Dasar, Budaya Kerja dan Logo

##### Pasal 6

- (1) Visi Rumah Sakit yaitu "Menjadi Rumah Sakit Unggulan Pilihan Masyarakat".
- (2) Misi Rumah Sakit meliputi:
  - a. meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya Rumah Sakit;
  - b. meningkatkan sarana dan prasarana Rumah Sakit;
  - c. meningkatkan sistem manajemen Rumah Sakit; dan
  - b. meningkatkan status Rumah sakit menjadi kelas B pendidikan dan rujukan Provinsi Kalimantan Timur.
- (3) Motto Rumah Sakit adalah "Kami Peduli Kesehatan Anda".
- (4) Tujuan strategis Rumah Sakit:
  - a. meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia Rumah Sakit, dengan sasaran:
    1. tersedia sumber daya manusia yang memiliki kompetensi, dan sikap yang dibutuhkan; dan
    2. terpenuhinya kebutuhan tenaga Rumah Sakit kelas B.

- b. meningkatkan sarana dan prasarana pendukung kerja Rumah Sakit, dengan sasaran yaitu Terpenuhi sarana dan prasana Rumah Sakit standar kelas B;
  - c. mengembangkan sistem informasi manajemen Rumah Sakit sesuai kebutuhan;
  - d. meningkatkan kualitas manajemen yang inovatif, responsif dan akuntabel, dengan sasaran yaitu tersedianya dokumen BLUD; dan
  - e. mewujudkan peningkatan status Rumah Sakit menjadi kelas B pendidikan, dengan sasaran:
    - 1. tersedianya kelengkapan dokumen Rumah Sakit Kelas B pendidikan; dan
    - 2. meningkatnya status Rumah Sakit menjadi kelas B pendidikan rujukan Provinsi Kalimantan Timur.
- (5) Nilai dasar Rumah Sakit meliputi:
- a. profesionalisme;
  - b. inovasi;
  - c. kerjasama;
  - d. integritas; dan
  - e. kepedulian.
- (6) Budaya kerja Rumah Sakit yakni “CERIA”:
- a. cepat;
  - b. empati;
  - c. responsif;
  - d. inovatif; dan
  - e. aktif melayani.
- (7) Logo Rumah Sakit:



- (8) Logo Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berarti:
- a. garis lingkaran tebal dan tipis memiliki arti yang kuat melindungi yang lemah;
  - b. nama Rumah Sakit yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis Samarinda;
  - c. dua ikan pesut memiliki arti jiwa penolong, kerja sama dalam menyelesaikan masalah;
  - d. lambang positif hijau tebal yaitu lambang kesehatan; dan
  - e. air memiliki arti terbangunnya suasana sejuk dan mengalir seperti aliran sungai.

### Bagian Ketiga Persetujuan dan Penetapan

#### Pasal 7

- (1) Visi, Misi Rumah Sakit disetujui dan ditetapkan oleh Wali Kota atas usul Direktur.
- (2) Review Visi, Misi dilakukan oleh Rumah Sakit, dan diusulkan kepada Wali Kota untuk ditetapkan dengan rentang waktu paling sedikit 5 (lima) tahun sekali.
- (3) Publikasi Visi, Misi Rumah Sakit dilakukan oleh Rumah Sakit melalui *website*, brosur, media massa, dan lain-lain.

BAB IV  
STRUKTUR ORGANISASI  
Bagian Kesatu  
Susunan Organisasi

Pasal 8

- (1) Susunan Organisasi Rumah Sakit terdiri atas:
  - a. Direktur;
  - b. Kepala Bagian Tata Usaha, membawahkan:
    1. Kepala Sub Bagian Umum, Hukum dan Kerja Sama;
    2. Kepala Sub Bagian Perencanaan, Program, dan Evaluasi; dan
    3. Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Diklat
  - c. Kepala Bidang Keuangan, membawahkan:
    1. Kepala Seksi Akuntansi, Pengelolaan Pendapatan, dan Aset; dan
    2. Kepala Seksi Perbendaharaan, Verifikasi, dan Anggaran
  - d. Kepala Bidang Pelayanan, membawahkan:
    1. Kepala Seksi Pelayanan Medik, Mutu, dan Akreditasi; dan
    2. Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan
  - e. Kepala Bidang Penunjang, membawahkan:
    1. Kepala Seksi Penunjang Medik; dan
    2. Kepala Seksi Penunjang Non Medik
  - f. Komite;
  - g. Satuan Pemeriksa Internal; dan
  - h. Kelompok Jabatan Fungsional.
- (2) Bagan susunan organisasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Bagian Kedua

Paragraf 1  
Pembentukan Instalasi

Pasal 9

- (1) Guna menunjang penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan Unit Pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat atas usulan Kepala Bidang dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
- (5) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.

Pasal 10

- (1) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah maupun jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah.

#### Pasal 11

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Bagian dan atau Kepala Bidang masing-masing.

#### Paragraf 2 Staf Medis

#### Pasal 12

- (1) Staf Medis merupakan kelompok dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter umum, dokter gigi, yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di Unit Pelayanan Rumah Sakit
- (2) Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Staf Medis menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

#### Paragraf 3 Satuan Pemeriksaan Internal

#### Pasal 13

Guna membantu Direktur dalam bidang pengawasan intern dan monitoring dibentuk Satuan Pemeriksaan Internal.

#### Pasal 14

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf g dapat dibentuk oleh Pimpinan untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (2) Pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimaksudkan untuk mengawasi apakah kebijakan pimpinan telah dilaksanakan dengan sebaik-baiknya oleh bawahannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan untuk mencapai tujuan organisasi.
- (3) Satuan Pemeriksaan Internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Satuan Pemeriksaan Internal dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

### BAB V DEWAN PENGAWAS DAN PEJABAT PENGELOLA Bagian Kesatu Dewan Pengawas

#### Paragraf 1 Pembentukan

#### Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Wali Kota atas usulan Direktur.

- (2) Pembentukan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan oleh Rumah Sakit dalam hal 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) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) dan/atau 5 (lima) orang.
- (5) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dalam hal Rumah Sakit memiliki:
  - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, sebesar Rp. 30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp.100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
  - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp.150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp.500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).
- (6) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dalam hal Rumah Sakit memiliki:
  - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
  - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp-500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).

#### Paragraf 2

#### Tugas Dan Wewenang Dewan Pengawas

#### Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas memiliki fungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakititan secara internal di Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas memilikit tugas:
  - a. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
  - b. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - c. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
  - d. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
  - e. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
  - f. menentukan arah kebijakan rumah sakit;
  - g. menilai dan menyetujui pelaksanaan anggaran;
- (3) Dewan Pengawas berkewajiban untuk:
  - a. memberikan pendapat dan saran kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah mengenai rencana bisnis dan anggaran yang diusulkan oleh Direktur;
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;
  - c. melaporkan kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah tentang kinerja Rumah Sakit;
  - d. memberikan nasihat kepada Direksi dan/atau Pejabat Pengelola dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;
  - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja, baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan penting untuk di tindak lanjuti oleh Pejabat Pengelola;

- f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kerja;
  - g. menyetujui dan mengkaji Visi Misi Rumah Sakit secara periodik;
  - h. menyetujui strategi dan rencana operasional Rumah Sakit;
  - i. menyetujui partisipasi Rumah Sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan penelitian, mengawasi mutunya;
  - j. menyetujui dan menyediakan modal, dana operasional dan sumber daya lain dan memenuhi misi dan Renstra Rumah Sakit;
  - k. evaluasi tahunan kinerja Direktur dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah ditetapkan;
  - l. mendukung Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dengan menyetujui Program PMKP;
  - m. pengkajian laporan program PMKP setiap 3 (tiga) bulan, umpan balik perbaikan evaluasi pertemuan berikutnya tertulis;
  - n. pengkajian laporan Manajemen Risiko (MR) setiap 6 (enam) bulan, umpan balik perbaikan, evaluasi pada pertemuan berikutnya tertulis.
- (4) Dewan Pengawas yang dibentuk pada Rumah Sakit yang menerapkan Pejabat Pembuat Komitmen (PPK) BLU/BLUD, selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) juga melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Penilaian kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e, diukur paling sedikit meliputi: memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas); memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas); memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (6) Penilaian kinerja nonkeuangan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (3) huruf e, diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (7) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada Wali Kota secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

#### Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas memiliki wewenang:
- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Kepala/Direktur Rumah Sakit;
  - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Kepala/Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
  - c. memberikan pandangan dan pendapat yang diperlukan kepada pejabat pengelola dan dengan itikad baik secara penuh tanggung jawab dalam menjalankan tugas pengawasan untuk kepentingan Rumah Sakit;
  - d. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau Pejabat Pengelola/Pejabat Manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Kepala/Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
  - e. 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*);
  - f. berkoordinasi dengan Kepala/Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
  - g. anggota Dewan Pengawas berwenang untuk dan atas nama Dewan Pengawas serta setiap anggota Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sendiri-sendiri melainkan berdasarkan keputusan bersama Dewan Pengawas;

- h. memberi masukan kepada Direktur dalam menyusun draft peraturan kepala daerah terkait dengan fleksibilitas pengelolaan keuangan yang diberikan kepada Rumah Sakit;
- i. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit; dan
- j. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian sekretaris Dewan Pengawas kepada Direktur.

Paragraf 3  
Keanggotaan

Pasal 18

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

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

Pasal 19

- (1) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (5) 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 dalam Pasal 15 ayat (6) 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) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola diangkat.
- (4) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota Dewan Pengawas yaitu:
  - a. sehat jasmani dan rohani;
  - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku 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;
  - h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
  - 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  
Masa Jabatan

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) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Wali Kota karena:
  - a. meninggal dunia;
  - b. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti:
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan atau
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit dan/atau dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit;
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan Rumah Sakit.

Paragraf 5  
Sekretaris

Pasal 21

- (1) Direktur dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

Paragraf 6  
Biaya

Pasal 22

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit dan dimuat dalam RBA.

Bagian Kedua  
Pejabat Pengelola

Paragraf 1  
Struktur Pejabat Pengelola

Pasal 23

- (1) Pejabat Pengelola terdiri atas:
  - a. Pemimpin BLUD;

- b. Pejabat Keuangan; dan
  - c. Pejabat Teknis.
- (2) Sebutan pemimpin BLUD, pejabat keuangan dan pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku di BLUD.

#### Pasal 24

- (1) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Wali Kota.
- (2) Direktur bertanggungjawab kepada Wali Kota.
- (3) Pejabat keuangan dan pejabat teknis bertanggungjawab kepada pemimpin BLUD

#### Pasal 25

Semua Pejabat Pengelola di bawah Pemimpin BLUD bertanggung jawab kepada Pemimpin BLUD sesuai bidang tugas dan tanggung jawab masing-masing.

#### Pasal 26

- (1) Komposisi Pejabat Pengelola dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Wali Kota.

#### Paragraf 2

#### Pengangkatan Pejabat Pengelola

#### Pasal 27

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

#### Pasal 28

- (1) Dalam hal Pemimpin BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a berasal dari unsur pegawai negeri sipil yang bersangkutan merupakan kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang.
- (2) Dalam hal Pemimpin BLUD sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) tidak berasal dari unsur pegawai negeri sipil, pejabat keuangan ditunjuk sebagai kuasa pengguna anggaran dan barang Daerah.

#### Pasal 29

- (1) Pemimpin BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a mempunyai tugas:
  - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD agar lebih efisien dan produktivitas;
  - b. merumuskan penetapan kebijakan teknis BLUD serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Wali Kota;
  - c. menyusun Renstra;

- d. menyiapkan RBA;
  - e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Wali Kota sesuai dengan ketentuan;
  - f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
  - g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan BLUD yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada kepala daerah; dan
  - h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Wali Kota sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pemimpin BLUD dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan.

### Pasal 30

- (1) Pejabat keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf b mempunyai tugas:
- a. merumuskan kebijakan terkait pengelolaan keuangan;
  - b. mengoordinasikan penyusunan RBA;
  - c. menyiapkan DPA;
  - d. melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja;
  - e. menyelenggarakan pengelolaan kas;
  - f. melakukan pengelolaan utang, piutang, dan investasi;
  - g. menyusun kebijakan pengelolaan barang milik Daerah yang berada dibawah penguasaannya;
  - h. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
  - i. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan; dan
  - j. tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah Wali Kota dan/atau Pemimpin BLUD sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pejabat keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab keuangan.
- (3) Pejabat keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran.
- (4) Pejabat keuangan, bendahara penerima, dan bendahara pengeluaran harus dijabat oleh pegawai negeri sipil.

### Pasal 31

- (1) Pejabat teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf c mempunyai tugas:
- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidangnya;
  - b. melaksanakan kegiatan teknis operasional dan pelayanan sesuai dengan RBA;
  - c. memimpin dan mengendalikan kegiatan teknis operasional dan pelayanan dibidangnya; dan
  - d. tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah Wali Kota dan/atau Pemimpin BLUD sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pejabat teknis dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidangnya.
- (3) Pelaksanaan tugas pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya.

### Paragraf 3

#### Persyaratan Pengangkatan Pejabat Pengelola

#### Pasal 32

Sebutan bagi Pejabat Pengelola sebagaimana yang dimaksud Pasal 23 ayat (2):

- a. Direktur sebagai Pemimpin BLUD;
- b. Kepala Bidang Keuangan sebagai Pejabat Keuangan;
- c. Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang Pelayanan, dan Kepala Bidang Penunjang sebagai Pejabat Teknis

#### Pasal 33

Persyaratan pengangkatan Direktur meliputi:

- a. dokter atau dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus Aparatur Sipil Negara (ASN) dan Non Aparatur Sipil Negara (Non ASN);
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit; dan
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus pegawai negeri sipil.

#### Pasal 34

Persyaratan pengangkatan Kepala Bidang Keuangan meliputi:

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

#### Pasal 35

Persyaratan pengangkatan Kepala Bagian Tata Usaha meliputi:

- a. sarjana dibidang kesehatan yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bagian administrasi, umum, humas, keuangan dan akuntansi;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
- c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan administrasi Rumah Sakit;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
- e. berstatus ASN;

- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di Rumah Sakit; dan
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 36

Persyaratan pengangkatan Kepala Bidang Pelayanan meliputi:

- a. dokter atau dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan medik;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit;
- d. berstatus ASN;
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit; dan
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 37

Persyaratan pengangkatan Kepala Bidang Penunjang meliputi:

- a. dokter atau dokter gigi atau apoteker dan/atau sarjana dibidang kesehatan lainnya yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan penunjang;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan penunjang medik;
- c. mampu berkoordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit;
- d. berstatus ASN;
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan pelayanan dan mengembangkan Rumah Sakit; dan
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Paragraf 4

#### Pemberhentian Pejabat Pengelola

#### Pasal 38

Pejabat Pengelola dapat diberhentikan karena:

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

BAB VI  
KOMITE  
Bagian Kesatu  
Komite Medis

Paragraf 1  
Organisasi

Pasal 39

- (1) Susunan organisasi Komite Medis paling sedikit terdiri atas:
  - a. Ketua Komite;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite;
- (2) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit melalui Keputusan Direktur.

Paragraf 2  
Tugas dan Fungsi

Pasal 40

- (1) Komite Medis mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
  - b. memelihara mutu profesi Staf Medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi Staf Medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    1. kompetensi;
    2. kesehatan fisik dan mental;
    3. perilaku; dan
    4. etika profesi.
  - c. evaluasi data pendidikan professional kedokteran berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
  - e. penilaian dan putusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;
  - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medis; dan
  - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medis, Komite Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. pelaksanaan Audit Medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis;
  - c. rekomendasi pertemuan ilmiah eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis; dan

- d. rekomendasi proses pendampingan bagi Staf Medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi Staf Medis, Komite Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - b. pemeriksaan Staf Medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesi di Rumah Sakit; dan
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

### Paragraf 3

#### Kewenangan, Hubungan Kerja dan Pendanaan

#### Pasal 41

Komite Medis memiliki kewenangan:

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
- b. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut Audit Medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan; dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

#### Pasal 42

- (1) Komite Medis dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, dapat berkoordinasi dengan komite dan unsur organisasi atau Unit Kerja terkait lainnya.
- (2) Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui tata hubungan kerja di Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.

#### Pasal 43

- (1) Pendanaan Komite Medis bersumber dari anggaran Rumah Sakit.
- (2) Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi serta insentif anggota Komite Medis.
- (3) Insentif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.

### Bagian Kedua

#### Komite Keperawatan

#### Paragraf 1

#### Organisasi

#### Pasal 44

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan paling sedikit terdiri atas:
  - a. Ketua Komite;
  - b. Sekretaris;
  - c. Anggota.
- (2) Keanggotaan Komite Medik Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit melalui Keputusan Direktur.

Pasal 45

- (1) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (2) Jumlah personal keanggotaan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah tenaga keperawatan di Rumah Sakit.

Pasal 46

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan diri tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Sekretaris Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

Pasal 47

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

Paragraf 2

Tugas dan Fungsi

Pasal 48

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
  - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
  - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
  - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
  - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan;
  - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
  - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
  - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit;
- (4) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
  - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
  - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
  - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;

- c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
- d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
- e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

### Paragraf 3

#### Kewenangan, Hubungan Kerja, dan Pendanaan

#### Pasal 49

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan 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 keperawatan dan kebidanan;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

#### Pasal 50

- (1) Komite Keperawatan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya dapat berkoordinasi dengan komite dan unsur organisasi atau Unit Kerja terkait lainnya.
- (2) Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui tata hubungan kerja di Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.

#### Pasal 51

- (1) Pendanaan Komite Keperawatan bersumber dari anggaran Rumah Sakit.
- (2) Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi serta insentif Komite Keperawatan.
- (3) Insentif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (4) Masa bakti kepengurusan Komite Keperawatan ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

### Bagian Ketiga

#### Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

#### Paragraf 1

#### Organisasi

#### Pasal 52

Susunan anggota Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, paling sedikit terdiri atas:

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

Paragraf 2  
Tugas dan Fungsi

Pasal 53

Tugas Komite Tenaga Kesehatan Lainnya:

- a. melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa Tenaga Kesehatan yang akan melakukan pelayanan di Rumah Sakit, Kredibel;
- b. mendapatkan dan memastikan Tenaga Kesehatan yang professional dan akuntabel bagi pelayanan di Rumah Sakit;
- c. melakukan verifikasi keahlian Tenaga Kesehatan yang diperbolehkan dalam melakukan Pelayanan Kesehatan melalui mekanisme proses kredensial dan re-kredensial;
- d. memelihara mutu profesi dan memantau kualitas kinerja profesi Tenaga Kesehatan melalui evaluasi penilaian kinerja dan audit klinis;
- e. menjaga etika, disiplin dan perilaku profesi tenaga Kesehatan melalui penerapan pedoman perilaku pegawai (*Code of Conduct*) dan pendampingan (*Proctoring*) bagi Tenaga Kesehatan;
- f. menyusun jenis-jenis kewenangan kerja klinis bagi setiap Tenaga Kesehatan yang melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit sesuai dengan cabang ilmu yang ditetapkan oleh Kolegium Tenaga Kesehatan di Indonesia;
- g. menetapkan dasar untuk menerbitkan penugasan kerja klinis setiap Tenaga Kesehatan untuk melakukan pelayanan di Rumah Sakit;
- h. menjaga reputasi dan kredibilitas para Tenaga Kesehatan dan institusi Rumah Sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*Stakeholders*) Rumah Sakit lainnya; dan
- i. menyampaikan laporan tugas kepada atasan bidang, lengkap dengan lampirannya.

Pasal 54

Fungsi dari Tenaga Kesehatan Lainnya:

- a. mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme pelayanan yang diberikan oleh tenaga yang kompeten sesuai kewenangannya;
- b. meningkatkan mutu profesi Tenaga Kesehatan;
- c. menegakkan etika dan disiplin profesi Tenaga Kesehatan; dan
- d. melaksanakan kredensial Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit.

Paragraf 3

Wewenang, Hubungan, dan Pembiayaan Komite Tenaga Kesehatan dan Lainnya

Pasal 55

Wewenang Komite Tenaga Kesehatan dan Lainnya:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan kerja klinis;
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan kerja klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan kerja klinis;
- d. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan kerja klinis;
- e. memberikan rekomendasi pelatihan profesi berkelanjutan; dan
- f. memberikan rekomendasi tindakan disiplin.

Pasal 56

Hubungan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan Direktur:

- a. Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya; dan
- b. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 57

- (1) Personalia Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keempat  
Komite Etik Dan Hukum

Paragraf 1  
Organisasi

Pasal 58

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit melalui surat keputusan.
- (2) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- (3) Pembentukan Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kebutuhan dan ketersediaan sumber daya yang dimiliki oleh Rumah Sakit.
- (4) Susunan organisasi Komite Etik dan Hukum paling sedikit terdiri atas:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.
- (5) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a tidak merangkap jabatan lain di Rumah Sakit.

Paragraf 2  
Tugas & Fungsi Komite Etik dan Hukum

Pasal 59

Tugas Komite Etik dan Hukum:

- a. menyusun Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*);
- b. menyusun pedoman Etika Pelayanan;
- c. membina penerapan Etika Pelayanan, Etika Penyelenggaraan, dan hukum perumahsakit;an;
- d. mengawasi pelaksanaan penerapan Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan;
- e. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
- f. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum;
- g. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di Rumah Sakit;
- h. memberikan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum; dan
- i. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia Rumah Sakit.

### Pasal 60

Fungsi dari Komite Etik dan Hukum:

- a. pengelolaan data dan informasi terkait etika Rumah Sakit;
- b. pengkajian etika dan hukum perumahsakit, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai bioetika dan humaniora;
- c. sosialisasi dan promosi Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman etika pelayanan;
- d. pencegahan penyimpangan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
- e. monitoring dan evaluasi terhadap penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
- f. pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
- g. penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal Rumah Sakit; dan
- h. penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi.

### Paragraf 3

Kewenangan, Hubungan Kerja, dan Pembiayaan Komite Etik dan Hukum

### Pasal 61

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 dan Pasal 60, Komite Etik dan Hukum berwenang:

- a. menghadirkan pihak terkait untuk menyelesaikan masalah etik Rumah Sakit;
- b. melakukan klarifikasi dengan pihak terkait sebagai penyusunan bahan rekomendasi; dan
- c. memberikan rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit mengenai sanksi terhadap pelaku pelanggaran Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan.

### Pasal 62

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Etik dan Hukum.
- (2) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

### Pasal 63

- (1) Komite Etik dan Hukum merupakan unit yang bersifat memberikan kajian, pertimbangan, dan rekomendasi.
- (2) Kajian, pertimbangan, dan rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dipergunakan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun perencanaan dan pengambilan keputusan.

### Pasal 64

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Etik dan Hukum dapat berkoordinasi dengan unsur Komite Medis, Komite Keperawatan, atau komite/unit lain di Rumah Sakit.
- (2) Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui tata hubungan kerja penyelenggaraan etika dan hukum di Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.

- (3) Tata hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
- a. tata hubungan kerja dalam penerapan etika pelayanan dan etika penyelenggaraan;
  - b. dan tata hubungan kerja dalam penerapan hukum perumahsakit.

#### Pasal 65

- (1) Pendanaan penyelenggaraan Komite Etik dan Hukum berasal dari dana anggaran Rumah Sakit.
- (2) Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipergunakan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi, serta insentif anggota Komite Etik dan Hukum.

#### Bagian Kelima Komite Mutu

#### Paragraf 1 Organisasi

#### Pasal 66

Susunan organisasi Komite Mutu paling sedikit terdiri atas:

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

#### Paragraf 2 Tugas dan Fungsi Komite Mutu

#### Pasal 67

- (1) Komite Mutu bertugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Komite Mutu memiliki fungsi:
  - a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit;
  - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit;
  - c. pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
  - d. pemantauan dan memandu penerapan program mutu di Unit Kerja;
  - e. pemantauan dan memandu Unit Kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
  - f. fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
  - g. fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh Unit Kerja;
  - h. pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
  - i. koordinasi dan komunikasi dengan Komite Medis dan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, satuan pemeriksaan internal, dan Unit Kerja lainnya yang terkait, serta staf;

- j. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;
  - k. pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
  - l. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu; dan
  - m. penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien, Komite Mutu memiliki fungsi:
- a. penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;
  - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;
  - c. pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di Unit Kerja;
  - d. motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
  - e. pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan *Root Cause Analysis* (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
  - f. pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - g. melaksanakan pelatihan keselamatan pasien; dan
  - h. penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, Komite Mutu memiliki fungsi:
- a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
  - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;
  - c. pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di Unit Kerja;
  - d. pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
  - e. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
  - f. pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
  - g. pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
  - h. pelaksanaan pelatihan manajemen risiko; dan
  - i. penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.
- (5) Selain melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sampai dengan ayat (4), Komite Mutu juga melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit.

### Paragraf 3

#### Wewenang, Hubungan Kerja, dan Pembiayaan Komite Mutu

### Pasal 68

#### Wewenang Ketua Komite Mutu:

- a. memerintahkan dan menugaskan staf dalam melaksanakan program penjaminan mutu;
- b. meminta laporan pelaksanaan program penjaminan mutu dari Unit Kerja terkait;
- c. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu Rumah Sakit dari Unit Kerja dilingkungan Rumah Sakit;

- d. melakukan koordinasi dengan Unit Kerja dilingkungan Rumah Sakit terkait pelaksanaan program penjaminan mutu dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan mutu Rumah Sakit;
- e. memberikan pengarahan dalam hal penyusunan, pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut dari setiap program penjaminan mutu; dan
- f. meminta masukan dari setiap Unit Kerja yang ada di Rumah Sakit.

#### Pasal 69

Wewenang Sekertaris Komite Mutu:

- a. meminta laporan pelaksanaan penjaminan mutu dari Unit Kerja terkait dan hasil kegiatan instalasi;
- b. melakukan koordinasi dengan Unit Kerja dilingkungan Rumah Sakit terkait pelaksanaan program penjaminan mutu dan hal-hal lainnya yang berkaitan dengan mutu Rumah Sakit;
- c. meminta data dan informasi yang berkaitan dengan mutu Rumah Sakit dari Unit Kerja di Rumah Sakit; dan
- d. melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada Unit Kerja yang ada di lingkungan Rumah Sakit dan pihak luar melalui surat tertulis, surel (*E-mail*), dan telepon.

#### Pasal 70

Wewenang Anggota Komite Mutu:

- a. meminta laporan pelaksanaan pemantauan program indikator mutu penjaminan mutu dari Unit Kerja terkait;
- b. meminta laporan pelaksanaan pemantauan program indikator mutu keselamatan pasien dan penjaminan mutu dari Unit Kerja terkait;
- c. melakukan koordinasi dengan instalasi/unit kerja dilingkungan Rumah Sakit terkait pelaksanaan pemantuan program indikator mutu dan hal-hal lainnya yang berkaitan dengan mutu Rumah Sakit;
- d. melakukan koordinasi dengan instalasi/unit kerja dilingkungan Rumah Sakit terkait pelaksanaan pemantauan program indikator mutu klinis dan hal-hal lainnya yang berkaitan dengan mutu Rumah Sakit;
- e. melakukan koordinasi dengan instalasi/unit kerja dilingkungan Rumah Sakit terkait pelaksanaan pemantauan program indikator mutu keselamatan pasien dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan mutu Rumah Sakit; dan
- f. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu Rumah Sakit dari unit- Unit Kerja dilingkungan Rumah Sakit.

#### Pasal 71

Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Mutu.

#### Pasal 72

- (1) Komite Mutu dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, dapat berkoordinasi dengan unsur Komite Medis, Komite Keperawatan, Komite PPI, Komite Etik dan Hukum, dan unsur organisasi atau Unit Kerja terkait lainnya.
- (2) Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui tata hubungan kerja penyelenggaraan mutu di Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (3) Tata hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
  - a. tata hubungan kerja dalam penerapan peningkatan mutu Rumah Sakit;
  - b. tata hubungan kerja dalam penerapan keselamatan pasien; dan
  - c. tata hubungan kerja dalam penerapan manajemen risiko.

Pasal 73

- (1) Pendanaan Komite Mutu bersumber dari anggaran Rumah Sakit.
- (2) Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi serta insentif anggota Komite Mutu.
- (3) Insentif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Bagian Keenam

Komite PPI

Paragraf 1

Organisasi

Pasal 74

Susunan Organisasi Komite PPI paling sedikit terdiri dari:

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

Paragraf 2

Tugas dan Fungsi Komite PPI

Pasal 75

Tugas Komite PPI:

- a. menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI;
- b. melaksanakan sosialisasi kebijakan PPI, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan;
- c. membuat standar prosedur operasional PPI;
- d. menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut.
- e. melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa HAIs (*Healthcare Associated Infections*);
- f. memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara PPI;
- g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan Rumah Sakit dan fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya dalam PPI;
- h. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;
- i. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia Rumah Sakit dalam PPI;
- j. melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan;

Pasal 76

Fungsi Komite PPI:

- a. Berkoordinasi dengan unit terkait lain dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit, antara lain:
  1. Tim Pengendalian Resistensi Antimikroba (TPRA) dalam penggunaan antibiotika yang bijak di Rumah Sakit berdasarkan pola kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarkan data resistensi antibiotika;
  2. Tim kesehatan dan keselamatan kerja (K3) untuk menyusun kebijakan; dan
  3. Tim keselamatan pasien dalam menyusun kebijakan *clinical governance and patients safety*;

- b. mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen Rumah Sakit;
- c. memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI;
- d. menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
- e. melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur / monitoring surveilans proses; dan
- f. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada Kejadian Luar Biasa di Rumah Sakit dan fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.

#### Pasal 77

Tugas Ketua Komite PPI :

- a. bertanggungjawab atas terselenggaranya dan evaluasi program PPI;
- b. penyusunan rencana strategis program PPI;
- c. penyusunan pedoman manajerial dan pedoman PPI;
- d. Tersedianya standar prosedur operasional PPI;
- e. penyusunan dan penetapan serta mengevaluasi kebijakan PPI;
- f. memberikan kajian KLB infeksi di RS;
- g. terselenggaranya pelatihan dan pendidikan PPI;
- h. terselenggaranya pengkajian pencegahan dan pengendalian risiko infeksi;
- i. terselenggaranya pengadaan alat dan bahan terkait dengan PPI;
- j. terselenggaranya pertemuan berkala; dan
- k. serta melaporkan kegiatan kegiatan Komite PPI kepada Direktur.

#### Pasal 78

Tugas Sekertaris Komite PPI :

- a. memfasilitasi tugas ketua komite PPI;
- b. membantu koordinasi; dan
- c. mengagendakan kegiatan PPI.

#### Pasal 79

Anggota dari Komite PPI terdiri dari IPCN/Perawat PPI dan IPCD/Dokter PPI, yang dimana masing-masing dari anggota memiliki tugas dan fungsi sebagai berikut:

- a. IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*) :
  1. perawat dengan pendidikan minimal Diploma III Keperawatan;
  2. mempunyai minat dalam PPI;
  3. mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar PPI dan IPCN;
  4. memiliki pengalaman sebagai Kepala Ruangan atau setara;
  5. memiliki kemampuan leadership dan inovatif; dan
  6. bekerja purnawaktu; dan
- b. IPCD (*Infection Prevention and Control Doctor*) :
  1. melakukan kunjungan kepada pasien yang berisiko di ruangan setiap hari untuk mengidentifikasi kejadian infeksi pada pasien di baik Rumah Sakit dan fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya;
  2. memonitor pelaksanaan program PPI, kepatuhan penerapan standar operasional prosedur dan memberikan saran perbaikan bila diperlukan;
  3. melaksanakan surveilans infeksi dan melaporkan kepada Komite/Tim PPI;

4. turut serta melakukan kegiatan mendeteksi dan investigasi Kejadian Luar Biasa;
5. memantau petugas kesehatan yang terpajan bahan infeksius / tertusuk bahan tajam bekas pakai untuk mencegah penularan infeksi;
6. melakukan diseminasi prosedur kewaspadaan isolasi dan memberikan konsultasi tentang PPI yang diperlukan pada kasus tertentu yang terjadi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes);
7. melakukan audit PPI di seluruh wilayah Fasyankes dengan menggunakan daftar tilik;
8. memonitor pelaksanaan pedoman penggunaan antibiotika bersama Komite/Tim Pprogram Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA);
9. mendesain, melaksanakan, memonitor, mengevaluasi dan melaporkan surveilans infeksi yang terjadi di fasilitas Pelayanan Kesehatan bersama Komite PPI;
10. memberikan motivasi kepatuhan pelaksanaan program PPI;
11. memberikan saran desain ruangan Rumah Sakit agar sesuai dengan prinsip PPI;
12. meningkatkan kesadaran pasien dan pengunjung Rumah Sakit tentang PPI;
13. memprakarsai penyuluhan bagi petugas kesehatan, pasien, keluarga dan pengunjung tentang topik infeksi yang sedang berkembang (*New-emerging* dan *reemerging*) atau infeksi dengan insiden tinggi;
14. sebagai koordinator antar departemen/unit dalam mendeteksi, mencegah dan mengendalikan infeksi di Rumah Sakit; dan
15. memonitoring dan evaluasi peralatan medis *single use* yang di *re-use*.

### Paragraf 3

#### Wewenang, Hubungan Kerja, Pendanaan

#### Pasal 80

- (1) Wewenang Komite PPI adalah sebagai berikut:
  - a. melakukan koordinasi dengan Unit Kerja di lingkungan Rumah Sakit; dan
  - b. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi di lingkungan Rumah Sakit.

#### Pasal 81

- (1) Komite PPI dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, dapat berkoordinasi dengan komite dan unsur organisasi atau Unit Kerja terkait lainnya.
- (2) Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui tata hubungan kerja di Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Direktur.

#### Pasal 82

- (1) Pendanaan Komite PPI bersumber dari anggaran Rumah Sakit.
- (2) Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi serta insentif anggota Komite PPI.
- (3) Insentif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Bagian Ketujuh  
Komite Farmasi Dan Terapi  
Paragraf 1  
Organisasi

Pasal 83

Susunan organisasi Komite Farmasi dan Terapi paling sedikit terdiri atas:

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

Paragraf 2  
Tugas Dan Fungsi

Pasal 84

(1) Tugas Komite Farmasi dan Terapi sebagai berikut:

- a. mengembangkan kebijakan tentang penggunaan Obat di Rumah Sakit;
- b. melakukan seleksi dan evaluasi Obat yang akan masuk dalam formularium Rumah Sakit;
- c. mengembangkan standar terapi;
- d. mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan Obat;
- e. melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan Obat yang rasional;

Pasal 85

(2) Fungsi Komite Farmasi dan Terapi sebagai berikut:

- a. mengkoordinir penatalaksanaan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki;
- b. mengkoordinir penatalaksanaan *medication error*; dan
- c. menyebarluaskan informasi terkait kebijakan penggunaan Obat di Rumah Sakit.

Paragraf 3  
Wewenang, Hubungan Kerja, Pendanaan

Pasal 86

Wewenang Komite Farmasi dan Terapi adalah sebagai berikut:

- a. melakukan koordinasi dengan Unit Kerja di lingkungan Rumah Sakit.
- b. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan Farmasi dan Terapi di lingkungan Rumah Sakit.

Pasal 87

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, dapat berkoordinasi dengan komite dan unsur organisasi atau Unit Kerja terkait lainnya.
- (2) Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui tata hubungan kerja si Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 88

- (1) Pendanaan Komite Farmasi dan Terapi bersumber dari anggaran Rumah Sakit.
- (2) Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi serta insentif anggota Komite Farmasi dan Terapi.
- (3) Insentif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.

BAB VII  
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA  
Bagian Kesatu  
Tujuan Pengelolaan

Pasal 89

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

Bagian Kedua  
Pengangkatan Pegawai

Pasal 90

- (1) Pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari aparatur sipil negara atau non aparatur sipil negara, sesuai dengan kebutuhan yang dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (2) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari pegawai negeri sipil termasuk Dokter Organik berpedoman pada ketentuan peraturan perundangan-undangan.
- (3) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari bukan pegawai negeri sipil termasuk Dokter Mitra dan Dokter Tamu, dilaksanakan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan produktifitas dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (4) Mekanisme pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal non aparatur sipil negara sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan Keputusan Direktur yang berpedoman pada ketentuan peraturan perundangan-undangan.

Bagian Ketiga  
Rotasi Pegawai

Pasal 91

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

Bagian Keempat  
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 92

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas, Rumah Sakit menerapkan kebijakan tentang penghargaan bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik, prestasi kerja atau pengabdian dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.

### Pasal 93

- (1) Penghargaan kepada pegawai yang berstatus aparatur sipil negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 92 dapat diberikan berupa:
  - a. kenaikan pangkat dengan sistem regular dan kenaikan pangkat pilihan;
  - b. kenaikan gaji berkala;
  - c. remunerasi;
  - d. usulan mendapatkan penghargaan dari pemerintah;
  - e. kesempatan prioritas untuk pengembangan kompetensi dan/atau.
- (2) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai yang berstatus non aparatur sipil negara dapat berupa:
  - a. kenaikan upah secara berkala;
  - b. remunerasi; dan
  - c. perpanjangan kontrak.
- (3) Kenaikan pangkat regular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan penghargaan yang diberikan kepada aparatur sipil negara yang tidak menduduki Jabatan Struktural atau Jabatan Fungsional tertentu, termasuk pegawai negeri sipil yang:
  - a. melaksanakan tugas belajar dan sebelumnya tidak menduduki Jabatan Struktural atau Jabatan Fungsional tertentu; atau
  - b. dipekerjakan atau diperbantukan secara penuh di luar instansi induk dan tidak menduduki jabatan pimpinan yang telah ditetapkan persamaan eselonnya atau jabatan fungsional tertentu.
- (4) Kenaikan pangkat pilihan adalah penghargaan yang diberikan kepada pegawai negeri sipil yang menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu.

### Pasal 94

Sanksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 92 diberikan sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada peraturan disiplin aparatur sipil negara dan bagi pegawai non aparatur sipil negara diberikan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam kontrak.

## Bagian Kelima Disiplin Pegawai

### Pasal 95

- (1) Disiplin merupakan suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban yang dituangkan dalam bentuk:
  - a. daftar hadir;
  - b. laporan kegiatan; dan
  - c. Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
- (2) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai, meliputi:
  - a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri atas teguran lisan, teguran tertulis, dan pernyataan tidak puas secara tertulis;
  - b. hukuman disiplin sedang, yang terdiri atas penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan
  - c. hukuman disiplin berat yang terdiri atas penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai pegawai negeri sipil, dan pemberhentian tidak hormat sebagai pegawai negeri sipil.

- d. Pengaturan hukuman pegawai yang tidak diatur dalam Peraturan Wali Kota ini diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## Bagian Keenam Pemberhentian Pegawai

### Pasal 96

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus aparatur sipil negara dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur pemberhentian aparatur sipil negara.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus non aparatur sipil negara dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan/atau tidak memperpanjang masa kontrak;
  - b. pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun dilaksanakan apabila pegawai telah memasuki masa batas usia pensiun sebagai berikut:
    1. batas usia pensiun tenaga medis 58 (lima puluh delapan) tahun;
    2. batas usia pensiun tenaga non medis 58 (lima puluh delapan) tahun; atau
  - c. pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai melakukan tindakan pelanggaran atas ketentuan sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan yang berlaku.

## Bagian Ketujuh Remunerasi

### Pasal 97

- (1) Remunerasi merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan/atau pensiun yang diberikan kepada organ Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Wali Kota sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas, diberikan dalam bentuk honorarium.
- (3) Remunerasi bagi Dokter Organik, diberikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai petunjuk teknis remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Wali Kota berdasarkan usulan Direktur melalui Sekretaris Daerah.

### Pasal 98

Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan sebagai berikut:

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

### Pasal 99

- (1) Remunerasi bagi Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian:
  - a. pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
  - b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
  - c. risiko kerja (*risk index*);

- d. tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
  - e. jabatan yang disandang (*position index*); dan
  - f. hasil/capaian kerja (*performance index*).
- (2) Bagi Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berstatus pegawai negeri sipil, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan pegawai negeri sipil serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang ditetapkan oleh Wali Kota.

## BAB VIII STANDAR PELAYANAN MINIMAL

### Pasal 100

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

### Pasal 101

Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. fokus pada jenis pelayanan;
- b. terukur;
- c. dapat dicapai;
- d. relevan dan dapat diandalkan; dan
- e. tepat waktu.

### Pasal 102

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

BAB IX  
PENGELOLAAN SUMBER DAYA LAIN  
Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 103

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

Bagian Kedua  
Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

Pasal 104

- (1) Rumah Sakit menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal serta mengelola limbah yang ada.
- (2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan dan keselamatan.

Pasal 105

- (1) Pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 104 ayat (1) meliputi limbah medis dan non medis.
- (2) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB X  
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Pasal 106

- (1) Peraturan Internal Staf Medis dimaksudkan agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi.
- (2) Peraturan Internal Staf Medis bertujuan untuk:
  - a. mencapai kerjasama yang baik antara staf medik dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili diantara Staf Medis dengan Direktur;
  - b. mencapai sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
  - c. menciptakan tanggung jawab Staf Medis terhadap mutu pelayanan medis di Rumah Sakit; dan
  - d. memberikan dasar hukum bagi mitra bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik yang dilandasi semangat bahwa hanya Staf Medis yang kompeten dan berperilaku professional saja yang boleh melakukan pelayan medis di Rumah Sakit.

Pasal 107

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis dapat dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan adanya perubahan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mendasarinya.
- (2) Waktu Perubahan Peraturan Internal Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun.

- (3) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh Staf Medis dan staf manajemen terkait, melalui lokakarya dan disahkan oleh Direktur.

## BAB XI KEWENANGAN KLINIS

### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 108

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh Staf Medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur.
- (2) Bentuk Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa Surat Penugasan Klinis.
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik melalui subkomite kredensial sesuai dengan prosedur penerimaan anggota Staf Medis Fungsional.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota Staf Medis Fungsional untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara merupakan Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit asal dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di Rumah Sakit kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur rekredensial dari subkomite kredensial Komite Medik.

### Bagian Kedua Proses Penilaian Kewenangan Klinis

#### Pasal 109

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis, meliputi:

- a. pendidikan:
  1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi; dan
  2. menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
- b. perizinan (lisensi):
  1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
  2. memiliki izin praktek dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku;
- c. kegiatan penjagaan mutu profesi:
  1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
  2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis;
- d. kualifikasi personal:
  1. riwayat disiplin dan etik profesi;
  2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
  3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
  4. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
  5. memiliki asuransi proteksi profesi.
- e. pengalaman di bidang keprofesian:
  1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
  2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Bagian Ketiga  
Pembatasan Kewenangan Klinis

Pasal 110

- (1) Komite Medik dapat memberikan rekomendasi kepada Direktur agar Kewenangan Klinis anggota Staf Medis Fungsional dibatasi berdasarkan keperluan dari subkomite kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota Staf Medis Fungsional dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi dan dari sudut hukum.
- (3) Subkomite kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota Staf Medis Fungsional setelah terlebih dahulu:
  - a. ketua Staf Medis Fungsional mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
  - b. Komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada subkomite kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota Staf Medis Fungsional yang bersangkutan;
  - c. subkomite kredensial berhak memanggil anggota Staf Medis Fungsional yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan; dan
  - d. subkomite kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

Bagian Keempat  
Pencabutan Kewenangan Klinis

Pasal 111

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari subkomite etika dan disiplin profesi serta subkomite kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan apabila:
  - a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - b. adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; atau
  - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

Bagian Kelima  
Pengakhiran Kewenangan Klinis

Pasal 112

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari subkomite etika dan disiplin profesi serta subkomite kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila surat Penugasan Klinis:
  - a. habis masa berlakunya; atau
  - b. dicabut.

BAB XII  
PENUGASAN KLINIS

Pasal 113

- (1) Setiap Staf Medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki surat Penugasan Klinis dari Direktur berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap Staf Medis yang direkomendasikan oleh Komite Medik.
- (2) Tanpa surat Penugasan Klinis maka seorang Staf Medis tidak dapat menjadi anggota kelompok Staf Medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

BAB XIII  
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 114

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan aturan profesi bagi Staf Medis secara tersendiri diluar Peraturan Internal Staf Medis.
- (2) Aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
  - a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
  - b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai; dan
  - c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

BAB XIV  
KERAHASIAAN INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu  
Kerahasiaan Pasien

Pasal 115

- (1) Setiap pegawai Rumah Sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur atau Kepala Bidang Pelayanan Medis.

Bagian Kedua  
Informasi Medis

Pasal 116

Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar mengenai:

- a. keadaan kesehatan pasien;
- b. rencana terapi dan alternatifnya;
- c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
- d. prognosis; dan
- e. kemungkinan komplikasi.

BAB XV  
HAK DAN KEWAJIBAN  
Bagian Kesatu  
Pasien

Pasal 117

- (1) Hak pasien meliputi:
- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
  - c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
  - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
  - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
  - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai surat izin praktik baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
  - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data medisnya;
  - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
  - k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
  - l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
  - m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
  - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
  - o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
  - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
  - q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit jika Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
  - r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kewajiban Pasien meliputi:
- a. mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit;
  - b. memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi atau pengobatan dan hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
  - c. mengikuti rencana pengobatan yang diadvikan oleh dokter termasuk intruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai dokter;
  - d. memberlakukan staf Rumah Sakit dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan Rumah Sakit;

- e. menghormati privasi orang lain dan barang milik Rumah Sakit;
- f. tidak membawa alkohol dan obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata kedalam Rumah Sakit;
- g. menghormati bahwa Rumah Sakit adalah area bebas rokok;
- h. mematuhi jam kunjungan dari Rumah sakit;
- i. meninggalkan barang berharga di rumah dan membawa hanya barang yang penting selama tinggal di Rumah Sakit;
- j. memastikan bahwa kewajiban finansial atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit;
- k. melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan Rumah Sakit/dokter;
- l. bertanggung jawab atas tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokternya; dan
- m. memenuhi hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.

Bagian Kedua  
Dokter

Pasal 118

- (1) Hak dokter meliputi:
  - a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
  - b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
  - c. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
  - d. menerima remunerasi sesuai dengan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
  
- (2) Kewajiban Dokter meliputi:
  - a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
  - b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
  - c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
  - d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
  - e. menambah ilmu pengetahuan dan teknologi dan mengikuti perkembangan.

Bagian Ketiga  
Rumah Sakit

Pasal 119

- (1) Hak Rumah Sakit meliputi:
  - a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
  - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
  - d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
  - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan;

- g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi:
- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
  - b. memberi Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
  - c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
  - d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
  - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
  - f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
  - g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
  - h. menyelenggarakan rekam medis;
  - i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak, lanjut usia;
  - j. melaksanakan sistem rujukan;
  - k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
  - l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
  - m. menghormati dan melindungi hak pasien;
  - n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
  - o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
  - p. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
  - q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
  - r. menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit;
  - s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
  - t. memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

## BAB XVI

### KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

#### Pasal 120

- (1) Kebijakan, pedoman, dan prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Standar Prosedur Operasional.
- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya yang berwenang sebelum diterbitkan oleh Direktur.

- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan oleh Direktur.
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman dan prosedur dilakukan paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas peraturan perundang-undangan.
- (6) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hierarki struktural.
- (7) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (8) Pengelolaan kebijakan, pedoman dan prosedur yang berasal dari luar Rumah Sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan Dokumen melalui catatan formulir Master List Dokumen Eksternal.
- (9) Retensi dari kebijakan, pedoman dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.

## BAB XVII

### KERJASAMA/KONTRAK

#### Pasal 121

- (1) Direktur menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerjasama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat:
  - a. subjek kerja sama/kontrak;
  - b. objek kerja sama/kontrak;
  - c. ruang lingkup kerja sama/kontrak;
  - d. hak dan kewajiban para pihak;
  - e. jangka waktu kerja sama/kontrak;
  - f. pengakhiran kerja sama/kontrak;
  - g. keadaan memaksa; dan
  - h. penyelesaian perselisihan
  - i. data pelaporan mutu dan mekanisme pelaporannya
- (4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat para pejabat yang berwenang yaitu:
  - a. kontrak klinis diajukan oleh Unit Pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi pelayanan, Kepala Bidang Pelayanan Medik berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis; dan
  - b. kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjejang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi administrasi sumber daya, Kepala Bagian Tata Usaha berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen.
- (5) Setelah dibubuhi paraf/fiat pada kedua belah pihak dan lanjut diberi nomor oleh para pihak.
- (6) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (7) Hasil kerja sama/kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau non material berupa keuntungan.

- (8) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa uang harus menjadi pendapatan Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (9) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa barang harus dicatat sebagai aset Rumah Sakit secara proporsional sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (10) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerja sama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
- (11) Evaluasi kerja sama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hierarki pejabat yang berwenang.
- (12) Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.
- (13) Batas waktu negosiasi ulang adalah 3 (tiga) bulan sebelum batas akhir kontrak. Batas waktu pengajuan penghentian adalah 3 (tiga) bulan sebelum batas akhir kontrak.

BAB XVIII  
PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN  
Bagian Kesatu  
Perencanaan

Pasal 122

- (1) Rumah Sakit berkewajiban menyusun rencana strategis bisnis.
- (2) Rencana strategis bisnis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian 5 (lima) tahunan dan proyeksi keuangan 5 (lima) tahunan Rumah Sakit.
- (3) Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan.
- (4) Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan Rumah Sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.
- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul.
- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisa dan faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- (8) Proyeksi keuangan 5 (lima) tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Bagian Kedua  
Penganggaran

Pasal 123

- (1) Rumah Sakit berkewajiban menyusun RBA tahunan yang berpedoman kepada rencana strategis bisnis Rumah Sakit.

- (2) Penyusunan RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, anggaran pendapatan dan belanja negara/anggaran pendapatan dan belanja Daerah serta sumber pendapatan Rumah Sakit lainnya.

#### Pasal 124

- (1) RBA memuat:
  - a. kinerja tahunan berjalan;
  - b. asumsi makro dan mikro;
  - c. target kinerja;
  - d. analisis dan perkiraan biaya satuan;
  - e. perkiraan harga;
  - f. anggaran pendapatan dan biaya;
  - g. besaran persentase ambang batas;
  - h. prognosa laporan keuangan;
  - i. perkiraan maju;
  - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan usulan program, kegiatan, Standar Pelayanan Minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

#### Bagian Ketiga Persetujuan

#### Pasal 125

- (1) Rencana strategis bisnis Rumah Sakit mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan RBA serta evaluasi kinerja.
- (2) RBA mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan Rumah Sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan Rumah Sakit.

### BAB XIX AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN

#### Bagian Kesatu Akuntansi

#### Pasal 126

- (1) Rumah Sakit menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan Rumah Sakit harus dicatat dalam dokumen pendukungnya dikelola secara tertib.
- (3) Rumah Sakit menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.
- (4) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.

- (5) Rumah Sakit mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk Rumah Sakit.
- (6) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (7) Kebijakan akuntansi Rumah Sakit digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

Bagian Kedua  
Pelaporan dan Pertanggungjawaban

Pasal 127

- (1) Laporan keuangan Rumah Sakit terdiri atas:
  - a. laporan neraca;
  - b. laporan operasional;
  - c. laporan arus kas;
  - d. laporan realisasi anggaran; dan
  - e. catatan atas laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran Rumah Sakit.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Setiap triwulan Rumah Sakit menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan dan Aset Daerah, paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.
- (5) Setiap semesteran dan tahunan Rumah Sakit menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada Pejabat Pengelola Keuangan dan Aset Daerah melalui Direktur untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan Pemerintah Daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

BAB XX

PEMBINAAN, PENGAWASAN, EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Bagian Kesatu  
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 128

- (1) Pembinaan teknis Rumah Sakit dilakukan oleh Wali Kota melalui Sekretaris Daerah, Dinas Kesehatan dan pembinaan keuangan Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan dan Aset Daerah.
- (2) Pengawasan operasional Rumah Sakit dilakukan oleh Satuan Pengawasan Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah Direktur.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit selain dilakukan oleh Wali Kota, Pejabat Pengelola Keuangan dan Aset Daerah, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

Bagian Kedua  
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 129

- (1) Visi dan misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi Rumah Sakit, reviu/perubahan visi dan misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Reviu/perubahan Visi dan Misi diajukan oleh Direktur kepada Wali Kota sesuai hasil rapat Tim Evaluasi visi dan misi Rumah Sakit.
- (3) Visi dan misi Rumah Sakit disahkan melalui Keputusan Wali Kota dan dipublikasikan oleh Sub Bagian Umum Humas dan Perlengkapan Rumah Sakit.-
- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur dilaksanakan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil yang dilaksanakan melalui Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil-
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja Rumah Sakit dilakukan setiap tahun oleh Wali Kota dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam rencana strategis bisnis serta RBA.
- (7) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah setiap tahun disampaikan kepada Wali Kota.
- (8) Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Rumah Sakit berpedoman kepada ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

BAB XXI  
TUNTUTAN HUKUM

Pasal 130

- (1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit dituntut berkaitan dengan hukum pidana, maka itu didasarkan pada tuntutan.
- (2) Dalam hal tuntutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang diajukan berupa kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka Rumah Sakit bertanggungjawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau Standar Prosedur Operasional.
- (3) Dalam hal tuntutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang diajukan berupa kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka Rumah Sakit tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau Standar Prosedur Operasional yang diberlakukan.

BAB XXII  
KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 131

Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan Rumah Sakit ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XXIII  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 132

Pada saat Peraturan Wali Kota ini berlaku, Peraturan Wali Kota Nomor 27 Tahun 2018 tentang Peraturan Internal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdul Moeis Samarinda (Berita Daerah Kota Samarinda Tahun 2018 Nomor 27) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Wali Kota Nomor 54 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Wali Kota Nomor 27 Tahun 2018 Tentang Peraturan Internal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdul Moeis Samarinda (Berita Daerah Kota Samarinda Tahun 2020 Nomor 119), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 133

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Samarinda.

Ditetapkan di Samarinda  
pada tanggal 27 Agustus 2024  
WALI KOTA SAMARINDA,

ttd

ANDI HARUN

Diundangkan di Samarinda  
pada tanggal 27 Agustus 2024  
SEKRETARIS DAERAH KOTA SAMARINDA,

ttd

HERO MARDANUS SATYAWAN

BERITA DAERAH KOTA SAMARINDA TAHUN 2024 NOMOR: 502

Salinan sesuai dengan aslinya  
Sekretariat Daerah Kota Samarinda  
Kepala Bagian Hukum,

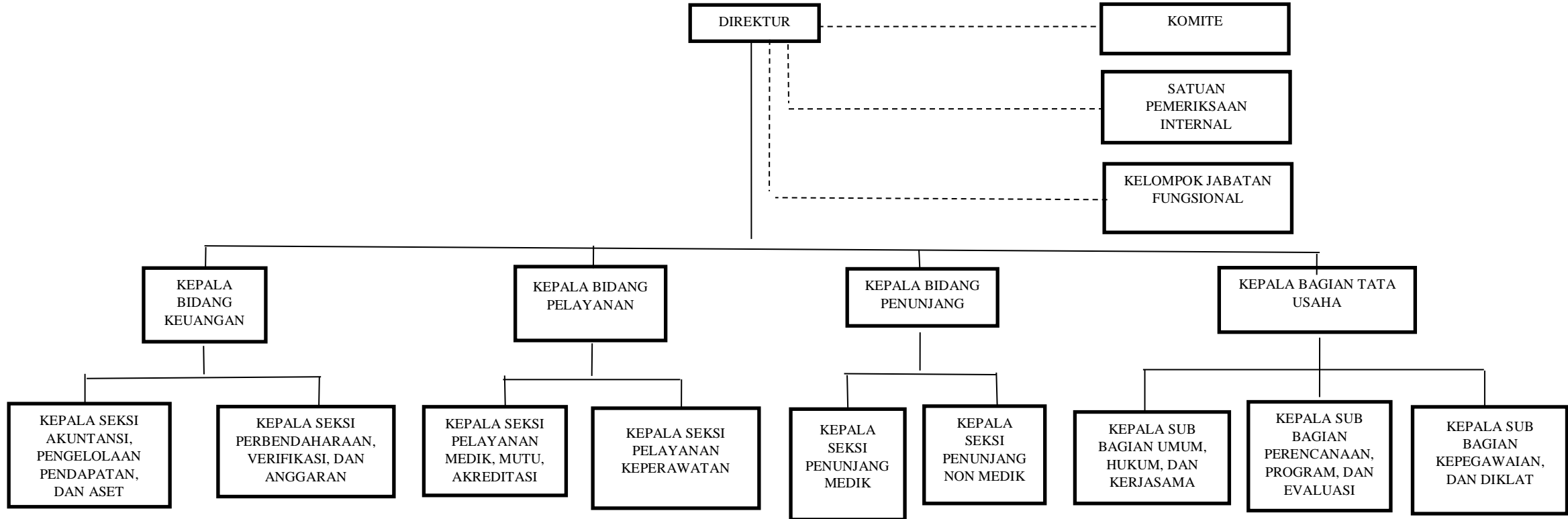


ASRAN YUNISRAN, SH  
Penata Tingkat I / III d

NIP. 19800509 200604 1 011

LAMPIRAN  
PERATURAN WALI KOTA SAMARINDA  
NOMOR 35 TAHUN 2024  
TENTANG  
PERATURAN INTERNAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH INCHE ABDOEL MOEIS SAMARINDA


BAGAN SUSUNAN ORGANISASI RSUD IA MOEIS



Diundangkan di Samarinda  
pada tanggal 27 Agustus 2024  
SEKRETARIS DAERAH KOTA SAMARINDA,  
ttt

HERO MARDANUS SATYAWAN  
BERITA DAERAH KOTA SAMARINDA TAHUN 2024 NOMOR: 502

Salinan sesuai dengan aslinya  
Sekretariat Daerah Kota Samarinda  
Kepala Bagian Hukum,

  
ASRAN YUNISRAH, SH  
Penata Tingkat I / III d

NIP. 19800509 200604 1 011

WALI KOTA SAMARINDA  
ttt  
ANDI HARUN