



BUPATI SANGGAU
PROVINSI KALIMANTAN BARAT

PERATURAN BUPATI SANGGAU

NOMOR 13 TAHUN 2023

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH M.Th. DJAMAN
KABUPATEN SANGGAU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SANGGAU,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien serta menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang baik, salah satu instrumen yang diperlukan adalah peraturan internal rumah sakit;
- b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban untuk menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*);
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah M.Th. Djaman Kabupaten Sanggau;
- 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 Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
3. 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);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
 6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
 7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) di Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH M.Th. DJAMAN KABUPATEN SANGGAU.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Bupati adalah Bupati Sanggau.
2. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah M.Th. Djaman Kabupaten Sanggau yang merupakan rumah sakit daerah milik Pemerintah Kabupaten Sanggau yang sudah ditetapkan sebagai unit organisasi bersifat khusus dan sebagai badan layanan umum daerah dengan status penuh.
3. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah M.Th. Djaman Kabupaten Sanggau.
4. Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Kabupaten Sanggau.
5. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan organisasi rumah sakit dan peraturan staf medis rumah sakit yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik.
6. Peraturan Organisasi Rumah Sakit adalah aturan yang mengatur hubungan pemilik, pengelola dan staf klinik agar program rumah sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas.
7. Peraturan Staf Medis Rumah Sakit adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
8. Satuan Pengawas Internal adalah satuan kerja fungsional yang melaksanakan tugas menganalisa sistem organisasi

dan melakukan audit kinerja internal rumah sakit baik audit keuangan, audit pelayanan, dan audit manfaat bagi masyarakat.

9. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
10. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan keputusan direktur sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
11. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Maksud Peraturan Internal Rumah Sakit ini adalah:

- a. untuk mengatur hubungan antara Pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili, Direktur, dan Komite Medik sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas; dan
- b. untuk meningkatkan kinerja layanan secara profesional kepada masyarakat.

Pasal 3

- (1) Tujuan umum ditetapkannya Peraturan Internal Rumah Sakit adalah sebagai tatanan peraturan dasar yang mengatur hubungan antara Pemilik Rumah Sakit, pengelola, Komite, Satuan Pengawas Internal dan staf medis sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas.
- (2) Tujuan khusus ditetapkannya Peraturan Internal Rumah Sakit adalah:
 - a. sebagai pedoman dalam hubungannya dengan Pemilik Rumah Sakit, pengelola dan staf medis;
 - b. sebagai pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan; dan
 - c. sebagai pedoman dalam pengaturan hubungan antara pengelola dengan staf medis.

BAB III VISI DAN MISI

Pasal 4

- (1) Visi Rumah Sakit adalah menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah M.Th. Djaman Kabupaten Sanggau sebagai rumah sakit rujukan regional yang handal tahun 2023.
- (2) Misi Rumah Sakit adalah:
 - a. mewujudkan rumah sakit kelas b;
 - b. memberikan Pelayanan Kesehatan rujukan, yang bermutu, paripurna dan terjangkau;

- c. meningkatkan pengembangan sumber daya manusia Rumah Sakit yang profesional; dan
- d. meningkatkan kualitas dan kuantitas, sarana, dan prasarana Rumah Sakit yang sesuai teknologi kesehatan.

BAB IV
PERATURAN INTERNAL

Pasal 5

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit meliputi:
 - a. Peraturan Organisasi Rumah Sakit; dan
 - b. Peraturan Staf Medis Rumah Sakit.
- (2) Peraturan Internal Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB V
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 6

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, maka Peraturan Bupati Sanggau Nomor 11 Tahun 2017 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau (Berita Daerah Kabupaten Sanggau Tahun 2017 Nomor 11), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 7

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

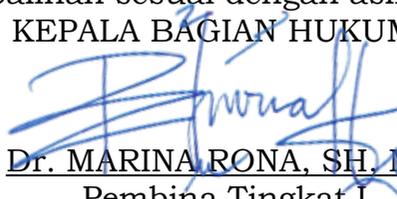
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini, dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Sanggau.

Ditetapkan di Sanggau
pada tanggal 25 Agustus 2023
BUPATI SANGGAU,
ttd
PAOLUS HADI

Diundangkan di Sanggau
pada tanggal 25 Agustus 2023
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SANGGAU,
ttd
KUKUH TRIYATMAKA

BERITA DAERAH KABUPATEN SANGGAU TAHUN 2023 NOMOR 13

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,


Dr. MARINA RONA, SH, MH

Pembina Tingkat I

NIP 19770315 200502 2 002

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI SANGGAU
NOMOR : 13 TAHUN 2023
TENTANG : PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH M. Th. DJAMAN
KABUPATEN SANGGAU

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada awalnya Rumah Sakit Umum Daerah M. Th. Djaman adalah Rumah Sakit misi yang dibangun pada jaman Belanda kurang lebih pada tahun 1935 dengan direktornya bernama dr. REHATTA (1935–1938) kemudian digantikan oleh dr. SOEDARSO (1938–1943) selanjutnya setelah merdeka dan sudah terbentuk pemerintah maka pengelolaannya diserahkan ke Pemerintah Republik Indonesia menjadi Rumah Sakit Sanggau. Sebelumnya Rumah Sakit Sanggau berlokasi di Kelurahan Tanjung Sekayam di Muara Sungai Sekayam yang merupakan anak Sungai Kapuas dan merupakan sarana transportasi utama yang menghubungkan Kota Sanggau dengan beberapa wilayah pedalaman dan wilayah pesisir serta sampai ke negara Malaysia. Pada awal tahun 1974 seiring dengan perkembangan dan tata ruang kota serta dibukanya akses jalan antara Kabupaten ke Kecamatan maupun ke Kota lain dalam Propinsi maka lokasi tersebut sudah tidak sesuai lagi maka keberadaannya dipindahkan (Relokasi) ketempat yang strategis, tidak banjir, dekat dengan pemukiman dan fasilitas umum serta mudah diakses melalui transportasi umum darat dan air terutama dari jalur Sungai Kapuas dengan direktur saat itu adalah dr. DAHLIAR NAULI SIREGAR (1972-1974). Adapun lokasinya yaitu di Jalan Jendral Sudirman No. - Kelurahan Beringin Kecamatan Kapuas dengan statusnya menjadi Rumah Sakit Tipe D dengan sebutan Rumah Sakit Umum Sanggau dan sampai sekarang lokasinya belum berpindah.

Pada tahun 1995 keluar Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dengan Nomor:102/MENKES/SK/I/1995 pada bulan Juni 1995 memutuskan bahwa Rumah Sakit Umum Sanggau berubah pengelolaannya menjadi milik Pemerintah Daerah Tingkat II Kabupaten Sanggau dan kelasnya ditingkatkan menjadi Kelas C dengan sebutan menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Sanggau. Kemudian ditindak lanjuti dengan Peraturan Daerah Kabupaten Daerah Tingkat II Sanggau Nomor 7 Tahun 1996 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah dalam Perda tersebut dinyatakan dengan jelas bahwa RSUD Sanggau merupakan Unit Pelaksana Teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten Dati II Sanggau. Otonomi daerah bergulir dengan cepatnya maka pada tahun 2008 Bupati Sanggau mengeluarkan Peraturan Bupati Nomor 27 tahun 2008 tanggal 12 Februari 2008 yang berisikan tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sanggau, dimana dalam peraturan ini RSUD adalah unsur pendukung tugas kepala Daerah dibidang pelayanan kesehatan dan bertanggungjawab langsung kepada Kepala Daerah sehingga tidak merupakan Unit Pelaksana Teknis dari Dinas Kesehatan.

Rumah Sakit Umum Daerah Sanggau pada tahun 2014 telah melaksanakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) dengan status “BLUD PENUH“, Sesuai Keputusan Bupati Sanggau Nomor 273 tahun 2013 pada tanggal 30 April 2013.

Pada tahun 2016 sesuai Surat Keputusan Bupati No 254 th 2016 nama RSUD Sanggau berubah menjadi “RSUD M. Th. Djaman” dimana pemberian nama ini diambil dari nama Kepala Daerah Pertama tahun 1958 sd 1962, dan Bupati Pertama tahun 1962 s/d 1967 di Kabupaten Sanggau yaitu Mozes Thadeus Djaman yang biasa disingkat M. Th. Djaman. Pada tahun 2020 menjadi Organisasi bersifat khusus dengan Peraturan Bupati Sanggau Nomor 86 tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat khusus Rumah Sakit Umum Daerah M. Th. Djaman pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau. Sebagai Organisasi bersifat khusus dan dalam dalam rangka menyelenggarakan tata kelola pemerintahan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) maka perlu ditetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit.

B. Maksud, Tujuan, Fungsi dan Hakekat

1. Maksud

Maksud Peraturan Internal ini adalah:

- a. Untuk mengatur hubungan antara Pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili, Direktur Rumah Sakit, dan Komite Medik sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas; dan
- b. Untuk meningkatkan kinerja layanan secara profesional kepada masyarakat.

2. Tujuan

Tujuan Peraturan Internal ini adalah:

- a. Tujuan umum ditetapkannya Peraturan ini adalah sebagai tatanan peraturan dasar yang mengatur hubungan antara Pemilik, Pengelola, Komite, Satuan Pengawas Internal dan Staf Medis sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas.
- b. Tujuan khusus ditetapkannya Peraturan ini bagi Rumah Sakit adalah:
 - 1) Sebagai pedoman dalam hubungannya dengan Pemilik, Pengelola dan Staf Medis;
 - 2) Sebagai Pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan; dan
 - 3) Sebagai pedoman dalam pengaturan hubungan antara Pengelola dengan Staf Medis.

3. Fungsi

Fungsi ditetapkannya Peraturan ini adalah:

- a. Sebagai acuan bagi Pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit;
- b. Sebagai acuan bagi Pengelola dalam pengelolaan Rumah Sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis manajerial atau operasional;
- c. Sebagai sarana untuk menjamin efektivitas, efisiensi dan mutu Rumah Sakit;
- d. Sebagai sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan Rumah Sakit; dan
- e. Sebagai acuan dalam penyelesaian konflik di Rumah Sakit antara Pemilik, Pengelola dan Staf Medis.

4. Hakekat

Hakekat dari Peraturan Internal ini adalah:

- a. Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau bersifat otonom dalam penyelenggaraan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis serta menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
- b. Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau dalam penyelenggaraan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis, diawasi dan dibina oleh dinas yang menyelenggarakan Urusan Pemerintahan di bidang kesehatan.
- c. Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau merupakan organisasi yang bersifat khusus dan bagian dari perangkat pemerintah daerah yang dibentuk untuk membantu pencapaian tujuan pemerintah daerah, dengan status hukum tidak terpisah dari pemerintah daerah.
- d. Kepala daerah bertanggung jawab atas pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan pelayanan umum yang didelegasikan kepada rumah sakit terutama pada aspek manfaat yang dihasilkan.
- e. Pejabat pengelola Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan pemberian layanan umum yang didelegasikan oleh kepala daerah.
- f. Dalam pelaksanaan kegiatan, rumah sakit mengutamakan efektivitas dan efisiensi serta kualitas pelayanan umum kepada masyarakat tanpa mengutamakan pencarian keuntungan.
- g. Rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan dan kinerja Rumah Sakit disusun dan disajikan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan dan kinerja pemerintah daerah.
- h. Dalam menyelenggarakan dan meningkatkan layanan kepada masyarakat, rumah sakit diberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangannya.

C. Ruang Lingkup

Ruang Lingkup Peraturan Internal meliputi:

1. Peraturan Organisasi/Korporasi Rumah Sakit (*corporate by laws*)

Peraturan Organisasi atau korporasi meliputi:

- a. Identitas Rumah Sakit
- b. Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Nilai, Motto dan Logo
- c. Tanggungjawab dan Wewenang Bupati
- d. Pelaksanaan Pembinaan dan Pengawasan BLUD
- e. Dewan Pengawas
- f. Pejabat Pengelola
- g. Organisasi Pendukung
- h. Pedoman Pelayanan
- i. Program Mutu Instalasi dan Unit
- j. Program Mutu Kelompok Staf Medis
- k. Hubungan-Hubungan Dalam Peraturan Internal
- l. Peraturan Staf Keperawatan
- m. Peraturan Tenaga Kesehatan Lainnya
- n. Pengelolaan Rumah Sakit sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus
- o. Manajemen Sumber Daya
- p. Manajemen Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- q. Manajemen Budaya Keselamatan Kerja
- r. Manajemen Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
- s. Manajemen Kerjasama/Kontrak
- t. Manajemen Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian
- u. Manajemen Etik

- v. Manajemen Budaya Keselamatan
 - w. Manajemen Penanganan Pengaduan
 - x. Manajemen Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit Dan Sumber Daya Lain
 - y. Standar Pelayanan Minimal
 - z. Evaluasi dan Penilaian Kinerja
 - aa. Informasi Medis
 - bb. Tuntutan Hukum Dan Pemberian Bantuan Hukum
 - cc. Pengisian Jabatan
 - dd. Manajemen Resiko
 - ee. Pelaksanaan Peraturan Internal
2. Peraturan Staf Medis Rumah Sakit (*medical Staff by laws*).
Peraturan Staf Medis Rumah Sakit meliputi :
- a. Kelompok Staf Medis
 - b. Komite Medik

BAB II PERATURAN ORGANISASI RUMAH SAKIT

Peraturan Organisasi merupakan peraturan internal rumah sakit, yang didalamnya memuat:

- a. Struktur Organisasi menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Prosedur Kerja menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- c. Pengelompokan fungsi logis menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.
- d. Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/ kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.

Peraturan internal rumah sakit menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Transparansi merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- b. Akuntabilitas adalah mempertanggungjawabkan pengelolaan sumber daya serta pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan kepada BLUD dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara periodik, yang diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/ pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen SDM, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- c. Responsibilitas merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- d. Independensi 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.

1. Identitas Rumah Sakit

Nama rumah sakit adalah: “Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau”. RSUD M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau berkedudukan di Jalan Jenderal Sudirman Kelurahan Beringin, Kecamatan Kapuas, Kabupaten Sanggau, Provinsi Kalimantan Barat, Kode Pos 78512, Tlp. (0564) 21070, Fex. (0564)22959, Email: rsud.sanggau@yahoo.com, @pkrsrsudm.th.djaman, www.rsudsanggau.co.id. RSUD M.Th.Dajaman Kabupaten Sanggau merupakan Rumah Sakit Umum Kelas C yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan merupakan Organisasi bersifat khusus yang menerapkan PPK-BLUD secara penuh, yang dipimpin oleh seorang Direktur yang merupakan seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakit.

a. Tugas Rumah Sakit adalah:

- 1) melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan rujukan; dan
- 2) melaksanakan pelayanan Rumah Sakit yang bermutu sesuai standar pelayanan Rumah Sakit.

b. Fungsi Rumah Sakit adalah:

- 1) penyelenggara pelayanan medik;
- 2) penyelenggara pelayanan penunjang medik dan non medik;
- 3) penyelenggara pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
- 4) penyelenggara pelayanan rujukan;
- 5) penyelenggara pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan; dan
- 6) penyelenggara administrasi umum dan keuangan.

2. Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Nilai, Motto dan Logo

a. Visi

Untuk melaksanakan tugas dan fungsi Rumah Sakit perlu menetapkan Visi Rumah Sakit sebagai implementasi Visi Bupati Kabupaten Sanggau yaitu: “SANGGAU MAJU DAN TERDEPAN” yang dituangkan implementasinya di dalam renstra RSUD dan RPJMD Kabupaten Sanggau periode 2019 s/d 2024, Visi Rumah Sakit “ Menjadikan RSUD M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau Sebagai Rumah Sakit Rujukan Regional yang Handal Tahun 2023”.

b. Misi

Untuk melaksanakan Visi Bupati tersebut perlu menelaah keterkaitan tugas dan fungsi Rumah Sakit dihubungkan dengan misi pemerintah daerah dibidang kesehatan yaitu:

- 1) Membangun dan meningkatkan infrastruktur, sarana dan prasarana publik yang berkualitas, adil, berkelanjutan dan berwawasan lingkungan.
- 2) Mewujudkan masyarakat yang cerdas, sehat, bermartabat dan berdaya saing.

Maka ditetapkan Misi Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau adalah:

- 1) Mewujudkan Rumah Sakit Kelas B.
- 2) Memberikan Pelayanan Kesehatan Rujukan, yang Bermutu, Paripurna dan Terjangkau.
- 3) Meningkatkan Pengembangan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit yang Profesional.
- 4) Meningkatkan Kualitas dan Kuantitas, Sarana dan Prasarana Rumah Sakit, yang sesuai Teknologi Kesehatan.

Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi. Perubahan misi Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan oleh Bupati sebagai pemilik Rumah Sakit dalam Peraturan Bupati.

- c. Tujuan peningkatan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Rumah Sakit adalah, "Meningkatkan mutu dan menjaga standar pelayanan rumah sakit".
- d. Sasaran yaitu "Meningkatkan kualitas/mutu pelayanan Kesehatan", dengan strategi, "Peningkatan layanan kesehatan melalui akreditasi rumah sakit".

Dan arah kebijakan:

- 1) Mengembangkan sarana dan prasarana kesehatan yang berkualitas.
- 2) Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia bidang kesehatan.

e. Nilai

Nilai-nilai dalam melayani masyarakat yang ditanamkan di Rumah Sakit adalah Santun, Amanah, Bersih, Aman, Nyaman, Gesit, Manusiawi, Empati, Ramah, Agamis dan Hati-hati disingkat, "SABANG-MERAH". Penjelasan masing- masing nilai adalah:

- S = Santun : Situasi kondisi yang diwujudkan dengan dalam perilaku dan sikap halus dan baik (budi berbicara berbahasanya, tingkah lakunya), sabar, tenang, sopan, penuh rasa belas kasihan, suka menolong.
- A = Amanah : Situasi dan kondisi batin yang mantap untuk dalam memegang dan menjaga kepercayaan.
- B = Bersih dalam : Situasi dan kondisi yang bebas dari kotoran, Lingkungan tidak tercemar, jelas dan rapi.
- A = Aman dalam : Situasi dan kondisi bebas dari ancaman bahaya, perlindungan gangguan dan terlindungi, dan terhindar dari rasa takut.
- N = Nyaman : Situasi dan kondisi yang segar dan sehat. dalam tempat
- G = Gesit dalam : Kapasitas dan kemampuan perorangan yang kemampuan diwujudkan dalam bertindak dengan cepat, lincah, giat, cekatan.
- M = Manusiawi : Situasi kondisi batin yang diwujudkan dengan dalam perlakuan dan sikap tidak membedakan pelayanan terhadap pelanggan rumah sakit karena manusia memiliki aspek biopsikososial dan spiritual yang unik.
- E = Empati : Situasi kondisi batin dimana praktisi dalam rasa kesehatan pemberi pelayanan ikut merasakan penderitaan dan kesedihan pasien dan keluarganya.
- R = Ramah : Situasi kondisi yang diwujudkan dengan dalam perilaku dan sikap baik hati dan menarik budi bersikap berbahasanya, manis tutur kata dan sikapnya.
- A = Agamis : Situasi dan kondisi yang mantap dan dinamis dalam situasi psikis yang tercermin dari sikap atau perilaku yang didasarkan pada aturan atau kaidah agama yang dianutnya.

H = Hati-hati : Situasi dan kondisi yang waspada/cermat untuk dalam mencegah kesalahan atau kecelakaan yang dapat bertindak terjadi.

- f. Motto Rumah Sakit adalah, “Melayani dengan Hati, Berhati-hati dan Tidak Sesuka Hati.”
- g. Falsafah Rumah Sakit sebagai kristalisasi nilai-nilai yang diyakini dapat membangkitkan semangat adalah, “Melayani sepenuh hati, bertindak profesional”.
- h. Janji Pelayanan Rumah Sakit adalah “menyelenggarakan Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan”.
- i. Logo
Logo Rumah Sakit merupakan symbol keterpaduan dan kesinambungan pelayanan yang terintegrasi. Logo RSUD M.Th. Djaman Kabupaten Sanggau terdiri dari perisai segi enam (Hexagonal), Palang Hijau, Sabang Merah, Warna, tulisan. Desain dan bentuk Logo Rumah Sakit adalah sebagai berikut :



Deskripsi singkat terkait logo Rumah sakit:

- 1) Perisai segi enam (Hexagonal) Warna hijau artinya untuk mewujudkan Hospital Good Governance dengan prinsip Transparan, Efektif dan Efisien, Akuntabilitas, Praktek bisnis yang sehat, Fairness, Ethic dan Safety.
- 2) Palang Hijau artinya rumah sakit yang sehat, professional dan berakhlak mulia.
- 3) Sabang merah ada berbagai warna hijau, merah dan kuning artinya spirit untuk menjadikan rumah sakit kuat dengan talenta, sekecil apapun talenta yang dimiliki akan tetap menjadi semangat mengukir sejarah dalam mewujudkan nilai-nilai dalam melayani masyarakat.

3. Tanggungjawab dan Wewenang Bupati

- a. Bupati sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat. Dalam melaksanakan tanggung jawab berwenang:
 - 1) Membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku Representasi Pemilik.
 - 2) Menetapkan dan mengesahkan Peraturan Internal dan Tata Kelola Rumah Sakit.
 - 3) Mengesahkan Renstra Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus yang berstatus BLUD penuh.
 - 4) Mengesahkan RBA melalui Pejabat yang ditunjuk yaitu Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) dengan diketahui Dewan Pengawas.
 - 5) Mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai peraturan yang berlaku.

- 6) Mengevaluasi kinerja pejabat pengelola baik kinerja keuangan, maupun non keuangan 1 (satu) kali dalam satu tahun melalui Institusi yang ditunjuk.
 - 7) Menyetujui, menetapkan, dan mengesahkan Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, Nilai-nilai Dasar dan Janji Layanan Rumah Sakit.
 - 8) Menyediakan anggaran operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit.
 - 9) Menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumberdaya manusia rumah sakit.
 - 10) Memberikan arahan kebijakan rumah sakit.
 - 11) Memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit, serta melakukan evaluasi secara berkala misi rumah sakit.
- b. Memberikan advokasi dan tanggung gugat kepada pihak manajemen rumah sakit dan para pekerja profesional kesehatan di rumah sakit.
 - c. Pemberian advokasi dan tanggung gugat diberikan jika terjadi kerugian pada pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit yang setelah dilakukan analisa sumber akar masalah, merupakan kesalahan dari pihak manajemen rumah sakit.
 - d. Bupati dapat mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur dalam melaksanakan fleksibilitas dalam rangka efisien dan efektivitas pelaksanaan BLUD meliputi:
 - 1) Pengelompokan jenis pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit.
 - 2) Menetapkan formula remunerasi Rumah Sakit.
 - 3) Melaksanakan perjanjian kerjasama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan pada Rumah Sakit.
 - 4) Dalam keadaan darurat, melakukan pemenuhan kebutuhan Pegawai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).
 - 5) Menyusun tata cara kerjasama dalam Peraturan Direktur.
 - 6) Menetapkan standar satuan harga BLUD.
 - 7) Melakukan publikasi visi dan misi Rumah Sakit
 - 8) Memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan Memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.
 - 9) Melakukan pengesahan evaluasi Renstra.
 - e. Kinerja pemilik merupakan bagian dalam Laporan Pertanggungjawaban Bupati dan dilakukan penilaian setiap tahun.
4. Pelaksanaan Pembinaan dan Pengawasan BLUD
- a. Pemerintah Daerah wajib melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakit dan organisasi kemasyarakatan, pembinaan tersebut diarahkan:
 - 1) Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat.
 - 2) Peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
 - 3) Keselamatan Pasien.
 - 4) Pengembangan jangkauan pelayanan.
 - 5) Peningkatan kemampuan kemandirian Rumah Sakit.
 - b. Pembina dan Pengawas Rumah Sakit terdiri atas:
 - 1) Pembina Teknis dan Pembina Keuangan
 - 2) Satuan Pengawas Internal; dan
 - 3) Dewan Pengawas.
 - c. Pembina Teknis dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan.

- d. Pembinaan Keuangan dilakukan oleh Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD).
 - e. Satuan Pengawas Internal dibentuk oleh Direktur untuk melakukan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis yang Sehat. Pembentukan Satuan Pengawas Internal mempertimbangkan :
 - 1) Keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - 2) Kompleksitas manajemen; dan
 - 3) Volume dan/ atau jangkauan pelayanan.
 - f. Tugas dan persyaratan untuk dapat diangkat menjadi satuan Pengawas Internal mengacu pada Peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - g. Terdapat Organ yang berfungsi sebagai pembina dan pengkoordinasian/perumus kebijakan yaitu Bagian Perekonomian Setda Kabupaten Sanggau yang mempunyai tugas dan fungsi.
 - h. Selain pembinaan teknis terdapat aspek non teknis perumahnyasakit yang dapat dilakukan secara internal dan eksternal Rumah Sakit, pembinaan dan pengawasan dilakukan oleh Dewan Pengawas mengacu pada Peraturan perundang undangan yang berlaku.
5. Dewan Pengawas
- 1) Dewan Pengawas merupakan representasi dari Pemilik Rumah Sakit yang dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usul Direktur Rumah Sakit.
 - 2) Keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang sesuai dengan besarnya omzet dan/atau nilai aset Rumah Sakit, serta seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
 - 3) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan tetap, maka Bupati mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi Ketua hingga masa jabatan berakhir atas usulan pimpinan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).
 - 4) Dewan Pengawas sebagai Representasi Pemilik Rumah Sakit bertanggungjawab kepada Bupati.
- a. Kedudukan, Tugas, Wewenang Dan Tanggung Jawab
- 1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit.
 - 2) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahnyasakit secara internal di Rumah Sakit.
 - 3) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
 - 4) Dewan Pengawas mempunyai tugas:
 - a) menyetujui arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b) menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c) menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d) mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e) mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f) mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
 - g) mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.
 - 5) Dewan Pengawas selain melaksanakan tugas melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, yaitu:

- a) memantau perkembangan kegiatan Rumah Sakit;
 - b) menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan Rumah Sakit dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola;
 - c) memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - d) memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - e) memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai:
 - (1) RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - (2) permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan Rumah Sakit; dan
 - (3) kinerja Rumah Sakit.
- b. Wewenang Dewan Pengawas
- 1) Menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit.
 - 2) Menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pengendali Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut.
 - 3) Meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*).
 - 4) 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*).
 - 5) Berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik.
 - 6) Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
- c. Tanggungjawab Dewan Pengawas
- 1) Menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit.
 - 2) Menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit sehari-hari.
 - 3) Menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program-program tersebut.
 - 4) Menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit.
 - 5) Melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan.
 - 6) Mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - 7) Melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus

dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

- 8) Melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

d. Penilaian Kinerja Dewan Pengawas

- 1) Dewan Pengawas berkewajiban melaporkan hasil penilaian kinerjanya kepada Pemilik setiap 1 (satu) tahun sekali.
- 2) Penilaian kinerja diukur paling sedikit meliputi:
 - a) memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b) memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
 - c) memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - d) kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- 3) Penilaian kinerja nonkeuangan diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- 4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- 5) Penilaian didasarkan pada laporan pelaksanaan tugas dan kepatuhan terhadap Peraturan Perundang-Undangan.

e. Masa Jabatan Dewan Pengawas

- 1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- 2) dalam hal batas usia anggota dewan pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- 3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati karena:
 - a) meninggal dunia;
 - b) masa jabatan berakhir; atau
 - c) diberhentikan sewaktu-waktu.
- 4) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena :
 - a) tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b) tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c) terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
 - d) dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e) mengundurkan diri; dan
 - f) terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/ atau daerah.

f. Keanggotaan Dewan Pengawas

- 1) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang.
- 2) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang untuk Rumah Sakit yang memiliki:

- a) realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah);
- b) nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).

Anggota Dewan Pengawas terdiri dari:

- a) 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi kegiatan perumahsakitian;
 - b) 1 (satu) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
 - c) 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- 3) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 5 (lima) orang untuk Rumah Sakit yang memiliki:
- a) realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
 - b) nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).
- Anggota Dewan Pengawas terdiri dari:
- a) 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi kegiatan perumahsakitian;
 - b) 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c) 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- 4) Tenaga Ahli dapat berasal dari tenaga profesional atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan Rumah Sakit.
- 5) Pengangkatan Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola diangkat.
- 6) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat:
- a) sehat jasmani dan rohani;
 - b) memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan Rumah Sakit;
 - c) memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
 - d) memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi Rumah Sakit;
 - e) menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f) berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
 - g) berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2);
 - h) tidak pernah menjadi anggota Direksi , Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpinnya dinyatakan pailit;
 - i) tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - j) tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon Bupati atau calon wakil Bupati, dan/atau calon anggota legislatif.

g. Tata Kerja Dewan Pengawas

- 1) Tata Kerja Dewan Pengawas dan Manajemen bersifat dinamis dan selalu berkembang.

- 2) Penyempurnaannya sangat tergantung kepada kebutuhan Manajemen dan Dewan Pengawas dalam pengelolaan Rumah Sakit dengan prinsip:
 - a) Dewan Pengawas menghormati tugas dan wewenang Manajemen dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana telah diatur dalam peraturan perundang-undangan;
 - b) Manajemen menghormati tugas dan wewenang Dewan Pengawas untuk melakukan pengawasan dan memberikan nasihat terhadap kebijakan pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - c) Setiap hubungan kerja antara Manajemen dengan Dewan Pengawas merupakan hubungan yang bersifat formal kelembagaan, dalam arti senantiasa dilandasi oleh suatu mekanisme baku atau korespondensi yang dapat dipertanggungjawabkan;
 - d) Hubungan Kerja Informal tidak dapat dijadikan sebagai dasar pengambilan keputusan;
 - e) Dewan Pengawas berhak memperoleh informasi Rumah Sakit secara tepat waktu, lengkap, terukur, dan akurat;
 - f) Manajemen bertanggung jawab atas penyampaian informasi Rumah Sakit kepada Dewan Pengawas secara tepat waktu, lengkap, terukur dan akurat.

- h. Sekretaris Dewan Pengawas
 - 1) Bupati dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
 - 2) Sekretaris Dewan Pengawas bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.

- i. Pembiayaan dan Operasional Dewan Pengawas

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit sebagai BLUD dan dimuat dalam RBA. Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Anggaran Fungsional Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau dan dimuat dalam RBA.

- j. Rapat Dewan Pengawas
 - 1) Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadual yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
 - 2) Rapat Rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direksi (Pejabat Pengelola) Rumah Sakit dan Komite-Komite serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.
 - 3) Rapat Rutin dilaksanakan paling sedikit sepuluh kali dalam setahun dengan interval tatap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
 - 4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi (Pejabat Pengelola) , Komite-Komite dan pihak lain tertentu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

- 5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas harus melampirkan:
 - a) 1 (satu) salinan agenda;
 - b) 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu;
 - c) 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).
- 6) Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- 7) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a) Ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b) Ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit tiga orang anggota Dewan Pengawas.
- 8) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- 9) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- 10) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- 11) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- 12) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- 13) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.
- 14) Setiap Undangan dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.
- 15) Setiap Rapat Rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Direksi dan Komite Medik serta pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit dan/atau di luar lingkungan Rumah Sakit apabila diperlukan.
- 16) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- 17) Pejabat Ketua berkewajiban melaporkan keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.
- 18) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- 19) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- 20) Bila Kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat hari dan jam yang sama minggu berikutnya.
- 21) Bila Kuorum tidak tercapai juga dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.
- 22) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.

- 23) Risalah Rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.
- 24) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dekehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
- 25) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- 26) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Tata Kelola ini.
- 27) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolakny usulan.

k. Stempel Dewan Pengawas

- 1) Dewan Pengawas dapat membuat dan menggunakan stempel dewan pengawas dalam rangka pelaksanaan pengadministrasian.
- 2) Setiap dokumen tidak akan dibubuhi Stempel Dewan Pengawas selain menyangkut hal-hal yang diputuskan oleh Dewan Pengawas dimana Ketua diberi wewenang untuk menggunakan Stempel tersebut dengan persetujuan dua anggota Dewan Pengawas lainnya.
- 3) Penggunaan Stempel oleh Ketua pada saat diantara dua rapat Dewan Pengawas harus dilaporkan pada rapat Dewan Pengawas berikutnya untuk memperoleh pengakuan.
- 4) Setiap dokumen yang menggunakan Stempel Dewan Pengawas harus ditandatangani oleh sekurangngnya dua orang anggota Dewan Pengawas.

6. Pejabat Pengelola

a. Struktur Organisasi

- 1) Struktur organisasi menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku yaitu Bupati ini.
- 2) Prosedur kerja menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- 3) Pengelompokan fungsi logis menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan rentang kendali dan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.
- 4) Pengelompokan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud , merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif berdasarkan kompetensi untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif, efisien dan produktif.
- 5) Kepala Bidang/Bagian merupakan para pimpinan di rumah sakit yang diberi sejumlah tanggungjawab secara keseluruhan untuk mengantarkan rumah sakit dalam mencapai misinya dalam lingkup Bidang / Bagian masing-masing.

- b. Pejabat Pengelola
- 1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit terdiri dari:
 - a) Direktur
 - b) Kepala Bagian Tata Usaha, membawahi:
 - (1) Sub Bagian Kepegawaian dan Diklat
 - (2) Sub Bagian Umum dan Aset
 - (3) Sub Bagian Hukum, Humas dan Promosi
 - c) Kepala Bagian Keuangan, membawahi:
 - (1) Sie Perencanaan dan Pendapatan
 - (2) Sie Perbendaharaan
 - d) Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, membawahi:
 - (1) Sie Pelayanan Medik dan Kendali Mutu
 - (2) Sie Keperawatan dan Kebidanan
 - e) Kepala Bidang Penunjang, membawahi:
 - (1) Sie Penunjang Medik
 - (2) Sie Penunjang Non Medik
 - 2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dilarang memangku jabatan rangkap sebagai:
 - a) Direksi BUMN;
 - b) Direksi pada Rumah Sakit Swasta;
 - c) Jabatan lain yang berhubungan dengan pengurusan perusahaan.
 - 3) Direktur bertanggungjawab kepada Bupati terhadap operasional, Pengelolaan Keuangan dan Barang Milik Daerah serta Pengelolaan Kepegawaian.
 - 4) Kepala Bagian dan Bidang bertanggungjawab kepada Direktur sesuai bidang tanggungjawab masing-masing.
 - 5) Susunan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
 - 6) Perubahan susunan Pejabat Pengelola ditetapkan oleh Bupati.
 - 7) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
 - 8) Kompetensi merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatannya.
 - 9) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
 - 10) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
 - 11) Rumah Sakit menetapkan struktur organisasi internal meliputi Komite, Instalasi dan Unit Organisasi lain serta tata hubungan kerja dengan para Pimpinan di Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
 - 12) Struktur Organisasi dapat mendukung proses budaya kerja manajemen rumah sakit, budaya keselamatan pasien dalam manajemen klinis di rumah sakit dan komunikasi antar profesi.
 - 13) Struktur Organisasi dapat mendukung proses perencanaan pelayanan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan.
 - 14) Struktur Organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi.
 - 15) Struktur Organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas mutu pelayanan klinis.
 - 16) Dalam menjamin manajemen mutu dan keselamatan pasien, Direksi dibantu oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP).

- 17) Manajer Pelayanan Pasien diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- 18) Dalam rangka mewujudkan pelayanan klinis dan manajemen rumah sakit sehari-hari agar lebih efektif dan efisien maka rumah sakit dibagi menjadi subkelompok yang kohesif yaitu Instalasi, Kelompok Staf Medis, Kelompok Staf Keperawatan, Kelompok Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dan Komite-Komite atau jenis layanan tertentu yang berada di bawah arahan pimpinan pelayanan yang disebut organisasi pelaksana atau Instalasi.
- 19) Subkelompok diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- 20) Dalam pelaksanaan pelayanan Instalasi dapat terdiri dari unit-unit sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
- 21) Unit-unit dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.

c. Kedudukan Pejabat Pengelola

- 1) Untuk melaksanakan kegiatan operasional rumah sakit sehari-hari Bupati menetapkan Direktur Rumah Sakit yang dibantu Kepala Bagian dan Kepala Bidang Rumah Sakit.
- 2) Direktur Rumah Sakit merupakan pimpinan tertinggi di rumah sakit yang ditetapkan oleh Bupati selaku Pemilik.
- 3) Direktur bertanggungjawab untuk menjalankan misi rumah sakit yang sudah ditetapkan oleh Pemilik atau Representasi Pemilik serta menyusun regulasi pelayanan dan manajemen untuk menjalankan rumah sakit.

d. Persyaratan Pejabat Pengelola

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:

- 1) seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahnyasakit dan tidak boleh dirangkap oleh Pemilik rumah sakit serta berkewarganegaraan Indonesia;
- 2) berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- 3) mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- 4) berstatus Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil;
- 5) bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan dan bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan dan menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
- 6) memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- 7) bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bagian Tata Usaha adalah:

- 1) memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di umum, kepegawaian dan hukum, humas serta promosi;
- 2) berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan administrasi Rumah Sakit;
- 3) mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan administrasi Rumah Sakit;
- 4) mampu melaksanakan perbuatan hukum, humas dan Promosi Kesehatan;

- 5) berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS);
- 6) bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan administrasi di Rumah Sakit;
- 7) memenuhi syarat administrasi kepegawaian; dan
- 8) bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Keuangan adalah:

- 1) memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang keuangan dan/atau akuntansi;
- 2) berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian keuangan;
- 3) mampu melaksanakan perbuatan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
- 4) berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS);
- 5) bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di Rumah Sakit;
- 6) memenuhi syarat administrasi kepegawaian; dan
- 7) bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Pelayanan dan Keperawatan adalah:

- 1) seorang dokter/dokter gigi/dokter spesialis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
- 2) berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- 3) mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit;
- 4) berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS);
- 5) bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit;
- 6) memenuhi syarat administrasi kepegawaian; dan
- 7) bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Penunjang adalah:

- 1) seorang dokter/dokter gigi/dokter spesialis, sarjana kesehatan atau S2 kesehatan yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang penunjang;
- 2) berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan penunjang yang profesional;
- 3) mampu melaksanakan koordinasi di lingkup penunjang Rumah Sakit;
- 4) berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS);
- 5) bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan penunjang di Rumah Sakit;
- 6) memenuhi syarat administrasi kepegawaian; dan
- 7) bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

e. Tugas Fungsi dan Kewenangan Direktur

Direktur mempunyai tugas:

- 1) memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit agar lebih efisien dan produktivitas;
- 2) merumuskan penetapan kebijakan teknis Rumah Sakit serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Bupati;
- 3) menyusun Renstra;
- 4) menyiapkan RBA;
- 5) mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Bupati sesuai dengan ketentuan;
- 6) menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundangan-undangan;
- 7) mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional dan keuangan, Barang Milik Daerah serta bidang kepegawaian Rumah Sakit kepada Bupati; dan
- 8) tugas lainnya yang ditetapkan oleh Bupati sesuai dengan kewenangannya.

Direktur dalam melaksanakan tugas mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan. Direktur mempunyai fungsi:

- 1) perumusan kebijakan dibidang pelayanan kesehatan dan prosedur yang dibutuhkan untuk menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dijalankan;
- 2) pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan kesehatan;
- 3) pemberian arahan dan petunjuk teknis serta pengelolaan dibidang pelayanan kesehatan;
- 4) pemberian arahan dan petunjuk teknis pemasaran dan informasi pelayanan kesehatan;
- 5) penandatanganan naskah dinas keluar;
- 6) penyelenggaraan kerjasama dengan pihak lain;
- 7) peninjauan Falsafah, Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, Nilai-nilai Dasar dan Janji Layanan Rumah Sakit secara berkala minimal sekali dalam 5 (lima) tahun;
- 8) pengumuman visi Rumah Sakit kepada publik;
- 9) penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas; dan
- 10) pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Bupati.

Uraian tugas tanggungjawab dan wewenang Direktur:

- 1) memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD agar lebih efisien dan produktivitas;
- 2) merumuskan penetapan kebijakan teknis BLUD serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Kepala Daerah;
- 3) menyusun Renstra;
- 4) menyiapkan RBA;
- 5) mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Kepala Daerah sesuai dengan ketentuan;

- 6) menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
- 7) mengkoordinasikan 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;
- 8) mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait dengan rumah sakit;
- 9) menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan;
- 10) menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan;
- 11) menetapkan regulasi Rumah Sakit;
- 12) menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
- 13) menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
- 14) menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- 15) memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di Rumah Sakit;
- 16) menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
- 17) menetapkan regulasi rumah sakit meliputi peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit;
- 18) mengusulkan formasi pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 19) melakukan seleksi penerimaan pegawai non Aparatur Sipil Negara (ASN) baik internal maupun bekerjasama dengan pihak eksternal, mengangkat dan memberhentikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 20) menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 21) memberikan penghargaan kepada pegawai, yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
- 22) memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- 23) mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dibawah Direktur kepada Bupati;
- 24) mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;
- 25) menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- 26) menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- 27) mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
- 28) meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola dibawah Direktur; dan
- 29) mengusulkan Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit dan Rencana Mutu serta Keselamatan pasien kepada Kepala Daerah.

Dalam menjalankan fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan, Direktur bertindak selaku Kuasa Pengguna

Anggaran atau selaku yang menerima pelimpahan kewenangan Pengguna Anggaran dari Kepala Dinas Kesehatan serta mempunyai tugas dan kewenangan:

- 1) menyusun Rencana Kerja dan Anggaran;
- 2) menyusun Dokumen Pelaksanaan Anggaran;
- 3) menandatangani Surat Perintah Membayar;
- 4) mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
- 5) menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
- 6) menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan dan pejabat penatausahaan keuangan; dan
- 7) menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah.

Dan Direktur bertindak sebagai Kuasa Pengguna Anggaran.

- 1) Dalam hal Direktur berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil (PNS), maka yang bersangkutan merupakan Kuasa Pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna Barang Milik Daerah.
- 2) Dalam hal Direktur berasal dari unsur non Pegawai Negeri Sipil, maka yang bersangkutan bukan merupakan Kuasa Pengguna Anggaran dan bukan Kuasa Pengguna Barang Milik Daerah.
- 3) Dalam hal Direktur bukan Pegawai Negeri Sipil maka yang menjadi Kuasa Pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna Barang daerah adalah Kepala Bagian Tata Usaha yang berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil.

Tanggungjawab Direktur

- 1) Mematuhi perundang-undangan yang berlaku.
- 2) Menjalankan visi dan misi rumah sakit yang telah ditetapkan.
- 3) Menetapkan kebijakan rumah sakit.
- 4) Memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator.
- 5) Mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya.
- 6) Merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada Representatif pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan.
- 7) Menetapkan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas rumah sakit.
- 8) Melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Representasi pemilik/Dewan Pengawas.
- 9) Melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Representasi pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.

f. Tugas dan Fungsi Kepala Bagian Tata Usaha

- 1) Tugas Kepala Bidang Tata Usaha adalah memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan Sub Bagian Kepegawaian dan Diklat, Sub Bagian Umum dan Aset, Sub Bagian Hukum, Humas dan Promosi serta ketatausahaan.

- 2) Kepala Bagian Tata Usaha dipimpin oleh seorang Kepala Bagian Tata Usaha yang berada dibawah bertanggungjawab kepada Direktur.

Dalam melaksanakan tugas Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai fungsi:

- 1) perumusan pelaksanaan teknis kebijakan di Sub Bagian Kepegawai dan Diklat, Umum dan Aset, Hukum, humas dan Promosi Kesehatan;
- 2) pemberian arahan dan petunjuk teknis di Sub Bagian Kepegawai dan Diklat, Umum dan Aset, Hukum, humas dan Promosi Kesehatan;
- 3) pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas di Sub Bagian Kepegawai dan Diklat, Umum dan Aset, Hukum, humas dan Promosi Kesehatan;
- 4) penandatanganan naskah dinas keluar sesuai kewenangannya;
- 5) penyusunan laporan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
- 6) pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

g. Tugas dan Fungsi Kepala Bidang Keuangan dan Perencanaan

Dalam melaksanakan tugas Kepala Bidang Keuangan dan Perencanaan mempunyai fungsi:

- 1) perumusan pelaksanaan teknis kebijakan di Bidang Perencanaan dan Pendapatan, Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana;
- 2) pemberian arahan dan petunjuk teknis di Bidang Perencanaan dan Pendapatan, Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana;
- 3) pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas di Bidang Perencanaan dan Pendapatan, Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana;
- 4) penandatanganan naskah dinas keluar sesuai kewenangannya;
- 5) penyusunan laporan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
- 6) pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

h. Tugas dan Fungsi Kepala Bidang Pelayanan

- 1) Tugas Kepala Bidang Pelayanan adalah memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan dibidang pelayanan medis dan Kendali Mutu, keperawatan dan Kebidanan.

2) Dalam melaksanakan tugas Kepala Bidang Pelayanan mempunyai fungsi:

- a) perumusan pelaksanaan teknis kebijakan di bidang Pelayanan;
 - b) pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas di bidang Pelayanan;
 - c) pemberian arahan dan petunjuk teknis pelayanan kesehatan dan Kendali Mutu;
 - d) pemberian arahan dan petunjuk teknis pelayanan Keperawatan dan Kebidanan;
 - e) penyempurnaan konsep dan penandatanganan atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
 - f) penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
 - g) pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
- 3) Kepala Bidang Pelayanan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Pelayanan yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.

- i. Tugas dan Fungsi Kepala Bidang Penunjang
 - 1) Tugas Kepala Bidang Penunjang adalah memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan dibidang penunjang medis dan Non medis.
 - 2) Dalam melaksanakan tugas Kepala Bidang Penunjang mempunyai fungsi:
 - a) perumusan pelaksanaan teknis kebijakan di bidang Penunjang;
 - b) pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas di bidang Penunjang;
 - c) pemberian arahan dan petunjuk teknis penunjang medis dan non medis;
 - d) penyempurnaan konsep dan penandatanganan atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
 - e) penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
 - f) pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
 - 3) Kepala Bidang Penunjang dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Penunjang yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.

- j. Pemberhentian Direktur, Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Bidang

Direktur, Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Bidang dapat diberhentikan karena:

 - 1) meninggal dunia;
 - 2) berhalangan secara tetap tanpa keterangan sekurang-kurangnya 46 (empat puluh enam) hari secara terus menerus dalam satu tahun;
 - 3) tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik sesuai standar kinerja yang diatur dalam peraturan perundang-undangan;
 - 4) melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah ditetapkan;
 - 5) mengundurkan diri karena alasan yang patut;
 - 6) terbukti terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih berdasarkan keputusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap;
 - 7) memasuki masa pensiun untuk Pegawai Negeri Sipil.

- k. Evaluasi Kinerja Direktur, Kepala Bagian dan Kepala Bidang
 - 1) Evaluasi Kinerja Direktur :
 - a) Evaluasi Kinerja Direktur berdasarkan pencapaian kinerja dan mutu Rumah Sakit berdasarkan Rencana Bisnis Anggaran (RBA).
 - b) Evaluasi kinerja Direktur terdiri dari pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu non keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
 - c) Dewan Pengawas diberikan delegasi oleh Bupati untuk melakukan evaluasi kinerja Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.
 - 2) Evaluasi Kinerja Kepala Bagian Tata Usaha:
 - a) Evaluasi Kepala Bagian Tata Usaha berdasarkan pencapaian kinerja Sub Bagian Kepegawaian dan Diklat, Sub Bagian Umum dan Aset, Sub Bagian Hukum, humas dan Promosi Kesehatan.
 - b) Evaluasi kinerja kepala Bagian Tata Usaha terdiri dari kinerja mutu Tata Usaha dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
 - c) Evaluasi Kinerja Kepala Bagian Tata Usaha dinilai oleh Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.

- 3) Evaluasi Kinerja Kepala Bidang Perencanaan dan Keuangan:
 - a) Evaluasi Kinerja Kepala Bidang Keuangan berdasarkan pencapaian kinerja Perencanaan dan keuangan.
 - b) Evaluasi kinerja Kepala Bidang Keuangan terdiri dari kinerja mutu Perencanaan dan keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
 - c) Evaluasi Kinerja Kepala Bidang Perencanaan dan Keuangan dinilai oleh Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.
 - 4) Evaluasi Kinerja Kepala Bidang Pelayanan:
 - a) Evaluasi Kinerja Kepala Bidang berdasarkan pencapaian kinerja Pelayanan.
 - b) Evaluasi kinerja Kepala Bidang Pelayanan terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
 - c) Evaluasi Kinerja Kepala Bidang Pelayanan dinilai oleh Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.
 - 5) Evaluasi Kinerja Kepala Bidang Penunjang:
 - a) Evaluasi Kinerja Kepala Bidang Penunjang berdasarkan pencapaian kinerja Penunjang.
 - b) Evaluasi kinerja Kepala Bidang Penunjang terdiri dari kinerja mutu penunjang dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
 - c) Evaluasi Kinerja Kepala Bidang Penunjang dinilai oleh Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.
1. Kepala Subbagian dan Kepala Seksi
- 1) Pemilik menetapkan Kepala Subbagian/ Kepala Seksi Rumah Sakit dan secara bersama bertanggungjawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.
 - 2) Kepala Subbagian/ Kepala Seksi bertanggungjawab kepada Bagian/Bidang, sesuai peraturan perundang-undangan tersebut meliputi:
 - a) Unsur Subbagian Kepegawaian dan Diklat
 - b) Unsur Subbagian Umum dan Aset
 - c) Unsur Subbagian Hukum, Humas dan Promosi
 - d) Unsur Seksi Perencanaan dan Pendapatan
 - e) Unsur Seksi Perbendaharaan dan Mobilisasi dana
 - f) Unsur Seksi pelayanan medis dan kendali Mutu;
 - g) Unsur Seksi keperawatan dan Keperawatan;
 - h) Unsur Seksi penunjang medis;
 - i) Unsur Seksi penunjang non medis.
 - 3) Kualifikasi jabatan untuk para Kepala SubBagian/Kepala Seksi tersebut sesuai dengan persyaratan.
 - 4) Para Kepala SubBagian/ Kepala Seksi terlibat dalam mendefinisikan-operasionalkan misi Rumah Sakit, dan berdasarkan atas misi tersebut, para Kepala SubBagian/Kepala Seksi bekerjasama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.
- m. Persyaratan Jabatan, Tugas dan Fungsi Kepala Subbagian dan Kepala Seksi
- 1) Persyaratan Jabatan Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi:
 - a) Berstatus Pegawai Negeri Sipil
 - b) Serendah-rendahnya memiliki 1 (satu) tingkat dibawah jenjang pangkat yang ditentukan.

- c) Memiliki kualifikasi dan tingkat pendidikan yang ditentukan.
 - d) Semua unsur penilaian prestasi kerja sekurang-kurangnya bernilai baik dalam 2 (dua) Tahun terakhir.
 - e) Memiliki kompetensi jabatan yang diperlukan.
- 2) Uraian Tugas dan Fungsi Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati Sanggau Nomor 86 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau.
- n. Evaluasi Kinerja Kepala Subbagian dan Kepala Seksi
- 1) Evaluasi kinerja Kepala Subbagian Kepegawaian dan Diklat, Kepala Subbagian Umum dan Aset, Kepala Subbagian Hukum, humas dan promosi dinilai Kepala Bagian Tata Usaha.
 - 2) Evaluasi kinerja Kepala Seksi Perencanaan dan Pendapatan, Kepala Seksi Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana dinilai Kepala Bidang Keuangan dan Perencanaan.
 - 3) Evaluasi kinerja Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Kendali Mutu, Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan dinilai Kepala Bidang Pelayanan.
 - 4) Evaluasi kinerja Kepala Seksi Penunjang Medik, Kepala Seksi Penunjang Non Medik dinilai Kepala Bidang Penunjang.
 - 5) Evaluasi Kinerja Kepala Subbagian/Kepala Seksi berdasarkan pencapaian kinerja.
 - 6) Evaluasi kinerja Kepala Subbagian/ Kepala Seksi terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
7. Organisasi Pendukung
- a. Organisasi Pelaksana
- 1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan di Rumah Sakit dibentuk Organisasi Pelaksana yang merupakan unit pelayanan non struktural.
 - 2) Pembentukan, perubahan jumlah dan jenis Organisasi Pelaksana ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.
 - 3) Organisasi Pelaksana dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
 - 4) Organisasi Pelaksana mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyelenggarakan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
 - 5) Kriteria Jabatan Fungsional diatur dalam Peraturan Bupati Sanggau Nomor 86 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman kabupaten Sanggau.
- Kepala Organisasi Pelaksana mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan kepada Direktur.
- b. Kelompok Jabatan Non Struktural
- 1) Selain Jabatan Struktural di Rumah Sakit dapat dibentuk Satuan Organisasi yang bersifat Non Struktural yang bertanggungjawab kepada Direktur.
 - 2) Kelompok Jabatan Non Struktural dimaksud dari:

- a) Satuan Pengawas Internal;
 - b) Komite;
 - c) Instalasi.
 - d) Manager Pelayanan Pasien.
- 3) Kelompok Jabatan Non Struktural sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf a, huruf b dan huruf c diatur dalam Peraturan Bupati Sanggau Nomor 86 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau.
- c. Manajer Pelayanan Pasien
- 1) Untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengendalian pelayanan secara menyeluruh di rumah sakit, dibentuk Manajer Pelayanan Pasien.
 - 2) Manajer Pelayanan Pasien merupakan kelompok jabatan fungsional lainnya yang bertugas melaksanakan pengawasan, mengkoordinasikan dan mengendalikan terhadap penyelenggaraan pelayanan, mutu dan keselamatan pasien.
 - 3) Ketua, Sekretaris dan Anggota Manajer Pelayanan Pasien dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
 - 4) Manajer Pelayanan Pasien berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur secara langsung atau melalui Kepala Bidang Pelayanan.
 - 5) Manajer Pelayanan Pasien terdiri dari Aparatur Sipil Negara (ASN) dan Non Aparatur Sipil Negara (ASN) yang menguasai bidang perumahsakitian.
- d. Tim, Panitia dan Kelompok Kerja
- 1) Direktur dapat membentuk Tim, Panitia dan Kelompok Kerja dan menetapkan honor dalam rangka peningkatan pelaksanaan pelayanan kesehatan pada rumah sakit untuk menyelesaikan suatu tugas tertentu.
 - 2) Tim, Panitia dan Kelompok Kerja dimaksud pada ayat (1) merupakan kebijakan dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan Rumah Sakit, susunan keanggotaan, kualifikasi anggota dan jumlah anggota.
8. Pedoman Pelayanan
- a. Kepala Unit/Kepala Instalasi Pelayanan mengusulkan rencana kegiatan dan anggaran serta program peningkatan mutu dan kinerja instalasi kepada pimpinan rumah sakit melalui pejabat di atasnya.
 - b. Kepala Instalasi Pelayanan bertanggung jawab membuat pedoman pelayanan tentang pelayanan yang dikepalai.
 - c. Pedoman pelayanan minimal berisi tentang uraian pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan pelayanan yang direncanakan, serta mengatur pengetahuan dan keterampilan staf klinis yang melakukan assesmen pasien dan kebutuhan pasien.
 - d. Kepala Instalasi pelayanan bekerja sama dengan unit-unit pelayanan yang lain pada rumah sakit, untuk menetapkan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan pelayanan.
 - e. Kepala Instalasi Pelayanan menjamin adanya mekanisme aduan pelayanan pasien yang jelas demi pelayanan yang optimal kepada pasien.

9. Program Mutu Instalasi dan Unit

- a. Kepala Instalasi dan unit beserta seluruh stafnya turut serta dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan melakukan monitoring kegiatan klinis dan nonklinis bagi unit pelayanan tersebut.
- b. Kepala Instalasi dan Unit menerapkan pengawasan dan penilaian terkait peningkatan mutu di unit yang dikepalai sesuai dengan standar minimal indikator mutu yang digunakan.
- c. Standar minimal indikator mutu di Instalasi dan unit mencakup:
 - 1) Penilaian rumah sakit secara menyeluruh dan perbaikan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit yang terkait secara spesifik dengan Instalasi dan unit mereka.
 - 2) Penilaian yang terkait dengan prioritas Instalasi dan Unit secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana beresiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi.
 - 3) Penilaian spesifik di Instalasi dan unit ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para Profesional Pemberi Asuhan (PPA).
- d. Kepala Instalasi dan unit menyediakan data dan Informasi dari hasil kegiatan pelayanan di Instalasi dan unit yang selanjutnya dipergunakan untuk melakukan evaluasi dokter, perawat, dan staf klinis pemberi asuhan yang memberikan pelayanan di Instalasi dan unit tersebut.

10. Program Mutu Kelompok Staf Medis

- a. Tiap kelompok staf medis memilih dan menetapkan panduan praktik klinik, beserta dilengkapi dengan alur klinis (clinical pathway) dan/atau protokol klinis atau prosedur dan/atau standing order sebagai panduan asuhan klinis.
- b. Pemilihan dan penetapan Panduan Praktik Klinik, Alur Klinis, atau Protokol harus memenuhi kriteria:
 - 1) Sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi rumah sakit;
 - 2) Disesuaikan dengan teknologi, obat, sumber daya lain di rumah sakit atau norma profesional yang berlaku secara nasional;
 - 3) Dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang;
 - 4) Disetujui resmi atau digunakan oleh rumah sakit;
 - 5) Dilaksanakan dan diukur efektivitasnya;
 - 6) Dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau pathways;
 - 7) Secara berkala diperbarui berdasar atas bukti serta evaluasi proses dan hasil proses.
 - 8) Panduan Praktik Klinik, Alur Klinis, atau Protokol dijadikan acuan dan bahan evaluasi kelompok staf medis.
- c. Tiap ketua kelompok staf medis menetapkan secara bersama-sama minimal 5 (lima) panduan klinis prioritas setiap tahun untuk diimplementasikan di unit pelayanan.
- d. Tiap-tiap unit pelayanan melakukan komunikasi dan koordinasi dengan unit pelayanan terkait agar dapat membantu penerapan dan evaluasi penerapan panduan klinis prioritas.
- e. Kepala unit pelayanan klinis ikut terlibat dalam evaluasi penerapan panduan praktik klinis, alur klinis dan protokol kelompok staf medis, sesuai dengan indikator mutu.
- f. Komite Medis bersama-sama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/DPJP terhadap panduan praktek klinis.

11. Hubungan-Hubungan Dalam Peraturan Internal

- a. Hubungan Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas
 - 1) Pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
 - 2) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara substantif kepada Bupati melalui Dewan Pengawas.
 - 3) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara administratif dalam bentuk menyampaikan laporan kinerja kepada Kepala Dinas.
 - 4) Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan Rumah Sakit, dengan menetapkan kebijakan-kebijakan pelaksanaan, baik dibidang pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian, dan pengembangan kesehatan untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.
 - 5) Keberhasilan Rumah Sakit tergantung dari pengurusan Pejabat Pengelola dan pembinaan serta pengawasan dari Bupati melalui Dewan Pengawas sehingga dalam pertanggungjawaban tugas dan kewajiban antara Pengelola, dan Bupati selaku Pemilik adalah bersifat tanggung renteng.
- b. Hubungan Dewan Pengawas dengan Komite Medik
 - 1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Komite Medik untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.
 - 2) Peran terhadap Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui Integrasi dan koordinasi secara terus menerus dan berkesinambungan.
 - 3) Integrasi dan koordinasi diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam Organisasi Komite Medik.
- c. Hubungan Pejabat Pengelola dengan Komite Medik
 - 1) Komite Medik berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
 - 2) Pelaksanaan tugas-tugas Komite Medik dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
 - 3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.
- d. Hubungan Pejabat Pengelola dengan Satuan Pengawas Internal
 - 1) Satuan Pengawas Internal berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
 - 2) Tugas Pokok Satuan Pengawas Internal adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di rumah sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
 - 3) Dalam melaksanakan tugasnya Satuan Pengendali Internal berfungsi:
 - a) melaksanakan pemeriksaan /audit keuangan dan operasional;
 - b) merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian internal;
 - c) melakukan identifikasi resiko;
 - d) mencegah terjadinya penyimpangan;
 - e) memberikan konsultasi pengendalian internal;
 - f) melakukan hubungan dengan eksternal auditor.
 - 4) Tugas dan fungsi disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.

12. Peraturan Staf Keperawatan

- 1) Peraturan internal staf keperawatan merupakan peraturan penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan mekanisme tata kerja komite keperawatan.
- 2) Peraturan internal staf keperawatan digunakan sebagai acuan dan dasar hukum yang sah bagi komite keperawatan dan Direktur dalam pengambilan keputusan tentang staf keperawatan.

a. Kewenangan Klinis

- 1) Asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi kewenangan melalui proses kredensial kepada staf keperawatan berdasarkan kategori jenjang klinis keperawatan.
- 2) Staf Keperawatan dapat memperoleh pelimpahan tindakan medis tertentu dari Staf Medis Fungsional berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.
- 3) Jenjang klinis terdiri dari:
 - a) jenjang pra perawat klinik;
 - b) jenjang perawat klinik I;
 - c) jenjang perawat klinik II;
 - d) jenjang perawat klinik III;
 - e) jenjang perawat klinik IV;
 - f) jenjang perawat klinik V.
- 4) Dalam keadaan tertentu kewenangan klinis dapat diberikan kepada staf keperawatan dengan melihat kondisi yang meliputi:
 - a) kewenangan klinis sementara;
 - b) kewenangan klinis dalam keadaan darurat;
 - c) kewenangan klinis bersyarat;
- 5) Kewenangan klinis dijabarkan dalam buku putih.
- 6) Buku Putih disusun oleh Panitia Adhoc yang dibentuk oleh komite keperawatan dengan melibatkan mitra bestari.
- 7) Untuk mendapatkan kewenangan klinis, staf keperawatan mengajukan secara tertulis kepada Direktur dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan, dan selanjutnya Direktur menugaskan kepada Komite Keperawatan untuk melakukan proses kredensial.
- 8) Komite keperawatan menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf keperawatan sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf keperawatan.
- 9) Rekomendasi Subkomite Kredensial dapat berupa :
 - a) rekomendasi pemberian kewenangan klinis;
 - b) tidak diberi rekomendasi;
 - c) rekomendasi dengan syarat.

b. Penugasan Klinis

- 1) Komite Keperawatan menetapkan kewenangan klinis staf keperawatan dan mengusulkan kepada Direktur untuk dikeluarkan surat penugasan klinis.
- 2) Direktur mengeluarkan surat penugasan klinis yang berlaku dalam 3 (tiga) tahun.
- 3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengeluarkan surat pengakhiran penugasan klinis staf keperawatan atas rekomendasi subkomite etik dan disiplin profesi melalui Ketua Komite Keperawatan.

- c. Komite Keperawatan
 - 1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan.
 - 2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

- d. Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan
 - 1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a) Ketua
 - b) Sekretaris
 - c) Subkomite
 - 2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
 - 3) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
 - 4) Subkomite terdiri dari :
 - a) subkomite kredensial;
 - b) subkomite mutu profesi; dan
 - c) subkomite etik dan disiplin profesi.
 - 5) Subkomite kredensial bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
 - 6) Subkomite mutu profesi bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
 - 7) Subkomite etik dan disiplin profesi bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.
 - 8) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dengan cara:
 - a) melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatandan kebidanan di Rumah Sakit;
 - b) memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c) menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
 - 9) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Keperawatan memiliki fungsi 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 Direktur melalui Ketua Komite Keperawatan;
 - 10) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a) menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b) meromendasikan perencanaan pengembangan profesiol berkelanjutan kepada tenaga keperawatan;
 - c) melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan

- d) memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- 11) 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.
 - 12) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:
 - a) memberikan rekomendasi 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.
- e. Kredensial
- 1) Rekomendasi dari Komite Keperawatan untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada Staf Keperawatan dilakukan melalui proses Kredensial.
 - 2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur rumah sakit kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan atas asuhan kebidanan dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu.
 - 3) Proses Kredensial Komite Keperawatan dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Keperawatan.
 - 4) Kredensial merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf keperawatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
 - 5) Tujuan dilakukan Kredensial adalah:
 - a) Memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - b) Melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas;
 - c) Pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga keperawatan yang berada di semua level pelayanan.
 - 6) Setelah seorang Staf Keperawatan dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.

- 7) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis seorang tenaga keperawatan tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
 - 8) Paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum habis masa berlakunya Surat Penugasan Klinis, staf keperawatan yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.
 - 9) Terhadap permohonan rumah sakit melalui Subkomite Kredensial Komite Keperawatan harus melakukan rekredensial terhadap staf keperawatan yang bersangkutan.
 - 10) Proses rekredensial Komite Keperawatan dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Keperawatan.
 - 11) Mekanisme dan proses rekredensial yang pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
 - 12) Proses rekredensial menghasilkan rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur berupa:
 - a) kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b) kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c) kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d) kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e) kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - f) kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- f. Rapat-Rapat
- Rapat Komite Keperawatan terdiri dari:
- a) Rapat Komite; dan
 - b) Rapat Anggota Komite.
- 1) Rapat Komite adalah rapat yang melibatkan semua Staff komite yang dilakukan 3 bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
 - 2) Rapat Anggota Komite adalah rapat yang dilakukan dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
 - 3) Keputusan rapat Komite Keperawatan didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
 - 4) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
 - 5) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Keperawatan yang hadir.
 - 6) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
 - 7) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.
- g. Panitia Adhoc
- 1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh Panitia Adhoc.
 - 2) Panitia Adhoc ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Keperawatan.

- 3) Panitia Adhoc berasal dari tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- 4) Tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari dapat berasal dari Rumah sakit lain, organisasi profesi perawat, organisasi profesi bidan, dan/atau institusi pendidikan keperawatan dan institusi pendidikan kebidanan.

h. Pembinaan dan Pengawasan

- 1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Keperawatan dilakukan oleh Dewan Pengawas dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.
- 2) Pembinaan dan pengawasan diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Keperawatan dalam rangka menjamin mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- 3) Pembinaan dan pengawasan dilaksanakan melalui:
 - a) advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b) pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c) monitoring dan evaluasi.

13. Peraturan Tenaga Kesehatan Lainnya

- 1) Maksud dibuatnya Tata Kelola Staf Kesehatan Lainnya agar Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat menyelenggarakan tata kelola yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi di Rumah Sakit.
- 2) Tenaga kesehatan lain yang dimaksud dalam keputusan ini terdiri dari beberapa profesi tenaga kesehatan (Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Gizi, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Fisioterapi, Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknisi Pelayanan Darah, Terapis Gigi dan Mulut, Refraksionis Optisien / Optometris, Radiografer, Elektromedik, Pembimbing Kesehatan Kerja, Radioterapis, Fisikawan Medis, dan Ortotik Prostetik, Penyuluh Kesehatan).

a. Kewenangan Klinis

- 1) Kompetensi masing-masing profesi hanya boleh dilakukan oleh staf tenaga kesehatan lainnya yang telah diberi kewenangan melalui proses kredensial kepada staf tenaga kesehatan lainnya berdasarkan kategori jenjang klinis masing-masing profesi.
- 2) Untuk mendapatkan kewenangan klinis, staf tenaga kesehatan mengajukan secara tertulis kepada Direktur dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan, dan selanjutnya Direktur menugaskan kepada Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk melakukan proses kredensial.
- 3) Komite tenaga kesehatan lainnya menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf tenaga kesehatan lainnya sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan profesi masing-masing.

b. Penugasan Klinis

- 1) Komite Kesehatan Lainnya menetapkan kewenangan klinis dan mengusulkan kepada Direktur untuk dikeluarkan surat penugasan klinis.
- 2) Direktur mengeluarkan surat penugasan klinis yang berlaku dalam 3 (tiga) tahun.

- 3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengeluarkan surat pengakhiran penugasan klinis staf tenaga kesehatan lainnya atas rekomendasi subkomite etik dan disiplin profesi melalui Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- c. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
- 1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Gizi, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Fisioterapi, Okupasi Terapi, Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknisi Pelayanan Darah, Terapis Gigi dan Mulut, Refraksionis Optisien/Optometrus, Radiografer, Elektromedik, Pembimbing Kesehatan Kerja, Radioterapis, Fisikawan Medis, dan Ortotik Prostetik, Penyuluh Kesehatan.
 - 2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya bukan merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lainnya.
- d. Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan
- 1) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a) Ketua;
 - b) Sekretaris;
 - c) Subkomite.
 - 2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
 - 3) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan memperhatikan masukan dari tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di Rumah Sakit.
 - 4) Subkomite terdiri dari :
 - a) subkomite kredensial;
 - b) subkomite mutu profesi; dan
 - c) subkomite etik dan disiplin profesi.
 - 5) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lainnya.
 - 6) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud bertugas melakukan audit tenaga kesehatan lainnya dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lainnya.
 - 7) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.
 - 8) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya dengan cara:
 - a) melakukan kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan lainnya yang akan melakukan pelayanan di Rumah Sakit;
 - b) memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lainnya; dan
 - c) menjaga disiplin, etika, dan perilaku tenaga kesehatan lainnya masing-masing profesi.
 - 9) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a) menyusun daftar rincian kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain dan buku putih;
 - b) melakukan verifikasi persyaratan kredensial;

- c) merekomendasikan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain;
 - d) merekomendasikan pemulihan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain;
 - e) melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - f) melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain untuk diteruskan kepada Direktur.
- 10) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut :
- a) menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktik;
 - b) merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lain;
 - c) melakukan audit tenaga kesehatan lain;
 - d) memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan; dan
 - e) membuat laporan kegiatan dan menyampaikannya kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- 11) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut :
- a) melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lain;
 - b) melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lain;
 - c) merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan kesehatan lain;
 - d) merekomendasikan pencabutan kewenangan tenaga kesehatan lain; dan
 - e) memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan kesehatan lain.
- 12) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berwenang :
- a) memberikan rekomendasi rincian kewenangan tenaga kesehatan lain;
 - b) memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan tenaga kesehatan lain;
 - c) memberikan rekomendasi penolakan kewenangan tenaga kesehatan lain tertentu;
 - d) memberikan rekomendasi surat penugasan tenaga kesehatan lain;
 - e) memberikan rekomendasi tindak lanjut audit tenaga kesehatan lain;
 - f) memberikan rekomendasi pendidikan tenaga kesehatan lain berkelanjutan; dan
 - g) memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.
- e. Kredensial
- 1) Rekomendasi dari Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan melalui proses Kredensial.
 - 2) Penugasan Klinis berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur rumah sakit kepada tenaga kesehatan lainnya untuk melakukan kompetensi masing-masing profesi dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu.

- 3) Proses Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Kesehatan Lainnya.
- 4) Kredensial merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf tenaga kesehatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- 5) Tujuan dilakukan Kredensial adalah :
 - a) Memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga kesehatan lainnya;
 - b) Melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga kesehatan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas;
 - c) Pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga kesehatan lainnya yang berada di semua level pelayanan.
- 6) Setelah seorang Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- 7) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis seorang tenaga kesehatan lainnya tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

f. Rekredensial

- 1) Paling lambat 2 (dua) minggu sebelum habis masa berlakunya Surat Penugasan Klinis, staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.
- 2) Terhadap permohonan rumah sakit melalui Subkomite Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya harus melakukan rekredensial terhadap staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan.
- 3) Proses rekredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan oleh Sub Komite Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- 4) Mekanisme dan proses rekredensialing pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
- 5) Proses rekredensial menghasilkan rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya kepada Direktur berupa:
 - a) kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b) kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c) kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d) kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e) kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - f) kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

g. Rapat-Rapat

Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari:

- a) Rapat Komite
 - b) Rapat Anggota Komite
- 1) Rapat Komite adalah rapat yang melibatkan semua Staff komite yang dilakukan 3 bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

- 2) Rapat Anggota adalah rapat yang dilakukan dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
- 3) Keputusan rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- 4) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- 5) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang hadir.
- 6) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat komite atau rapat anggota komite, sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- 7) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

h. Panitia Adhoc

- 1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat dibantu oleh Panitia Adhoc.
- 2) Panitia Adhoc ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- 3) Panitia Adhoc berasal dari tenaga kesehatan lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- 4) Tenaga kesehatan lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari dapat berasal dari Rumah sakit lain, organisasi profesi masing-masing tenaga kesehatan, dan/atau institusi pendidikan tenaga kesehatan sesuai dengan profesi masing-masing.

i. Pembinaan dan Pengawasan

- 1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Tenaga kesehatan Lainnya dilakukan oleh Dewan Pengawas dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.
- 2) Pembinaan dan pengawasan diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dalam rangka menjamin mutu pelayanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- 3) Pembinaan dan pengawasan dilaksanakan melalui :
 - a) advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b) pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c) monitoring dan evaluasi.

14. Pengelolaan Rumah Sakit sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus

- 1) Dalam menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
- 2) Otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah meliputi perencanaan, penganggaran, penatausahaan, pelaksanaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah.

- 3) Dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian Direktur bertanggungjawab kepada Kepala Dinas melalui penyampaian laporan keuangan, laporan pengelolaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit.
 - 4) Menyampaikan laporan keuangan, laporan penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit dilaksanakan sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.
- a. Pengelolaan Keuangan
- 1) Otonomi dalam pengelolaan keuangan meliputi perencanaan, penganggaran, penatausahaan, pelaksanaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan.
 - 2) Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab atas pelaksanaan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan Rumah Sakit.
 - 3) Direktur Rumah Sakit dalam pengelolaan keuangan bertanggungjawab secara administratif/dalam bentuk laporan kepada Kepala Dinas.
 - 4) Direktur Rumah Sakit dalam pengelolaan keuangan bertanggungjawab secara substantif kepada Bupati melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
 - 5) Dalam penyampaian laporan keuangan Direktur melakukan penyusunan laporan keuangan yang merupakan bagian dari laporan kinerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - 6) Laporan keuangan disajikan sebagai lampiran laporan keuangan dinas.
 - 7) Tata cara dan format penyusunan laporan keuangan diatur lebih lanjut dalam Penatausahaan Keuangan dengan Peraturan Direktur.
 - 8) Dalam melaksanakan otonomi pengelolaan keuangan, Direktur ditetapkan selaku Kuasa Pengguna Anggaran sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
 - 9) Kepala Dinas Kesehatan selaku Pengguna Anggaran melimpahkan kewenangannya atas pengelolaan keuangan rumah sakit kepada Direktur selaku Kuasa Pengguna Anggaran.
 - 10) Selain selaku Kuasa Pengguna Anggaran, Direktur Rumah Sakit memiliki tugas dan kewenangan:
 - a) menyusun Rencana Kerja dan Anggaran (RKA);
 - b) menyusun Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) ;
 - c) menandatangani Surat Perintah Membayar (SPM);
 - d) mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - e) menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
 - f) menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan (PPTK) dan pejabat penatausahaan keuangan (PPK); dan
 - g) menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah;
 - h) mengusulkan Kuasa Pengguna Anggaran (KPA), Bendahara Pengeluaran (BP), Bendahara Penerimaan dan Bendahara Pengeluaran Pembantu (BPP) kepada Bupati melalui Dinas.
 - 11) RKA dan RBA serta DPA disampaikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) untuk diverifikasi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

- 12) Direktur menandatangani Surat Perintah Membayar (SPM) meliputi Uang Persediaan (UP), Ganti Uang (GU), Ganti Uang Persediaan (GUP), Tambahan Uang Persediaan (TUP), Lumsum (LS).
- 13) Direktur mengelola utang dan piutang Daerah yang menjadi tanggungjawabnya yang merupakan konsekwensi dari pelaksanaan Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA).
- 14) Rencana Kegiatan dan Anggaran (RKA) Rumah Sakit merupakan lampiran dari Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) Dinas.
- 15) Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) Rumah Sakit merupakan lampiran dari Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) Dinas.
- 16) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan Direktur melaksanakan belanja sesuai Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- 17) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan Rumah Sakit juga melaksanakan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- 18) Seluruh pendapatan Rumah Sakit dapat digunakan langsung untuk membiayai belanja Rumah Sakit.
- 19) Pendapatan Rumah Sakit meliputi seluruh pendapatan Rumah Sakit selain dari APBD dan APBN.
- 20) Pendapatan Rumah Sakit dicantumkan dalam RKA Dinas pada kelompok Pendapatan Asli Daerah (PAD), jenis lain-lain PAD yang sah dan objek pendapatan Rumah Sakit.
- 21) Pagu Anggaran belanja Rumah Sakit dalam RKA Dinas yang sumber dananya berasal dari pendapatan Rumah Sakit dan surplus anggaran Rumah Sakit dirinci dalam satu program, satu kegiatan, satu out put dan jenis belanjanya untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan.
- 22) Rincian lebih lanjut dari Pagu Anggaran Belanja Rumah Sakit dituangkan dalam RBA.
- 23) RBA merupakan lampiran dari DPA Dinas.
- 24) Pembiayaan Rumah Sakit merupakan Lampiran RKA Dinas selanjutnya diintegrasikan pada akun pembiayaan Dinas.
- 25) Rumah Sakit dapat melakukan pergeseran rincian belanja yang ada di RBA, sepanjang tidak melebihi pagu anggaran perjenis belanja di DPA dengan mengetahui Dewan Pengawas.

b. Prinsip Pengelolaan Keuangan

- 1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berazaskan akuntabilitas dan transparansi.
- 2) Dalam rangka penerapan prinsip dan azas, maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan Sistem Akuntansi berbasis Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

c. Fleksibilitas

- 1) Dalam pengelolaan keuangan Rumah Sakit dengan status BLUD memperoleh fleksibilitas berupa:
 - a) pengelolaan pendapatan dan belanja;
 - b) pengelolaan kas;
 - c) pengelolaan utang;
 - d) pengelolaan piutang;
 - e) pengelolaan investasi;
 - f) pengelolaan barang dan/atau jasa;
 - g) pengadaan barang/jasa;
 - h) penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban;

- i) pengelolaan surplus dan defisit;
 - j) kerjasama dengan pihak lain;
 - k) mempekerjakan tenaga Non Aparatur Sipil Negara (Non ASN);
 - l) pengelolaan dana secara langsung; dan
 - m) perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.
- 2) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas, selanjutnya diatur dalam Peraturan Bupati.
- d. Tarif Layanan
- 1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
 - 2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan, ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan (unit cost) dan per kegiatan (activity based costing).
 - 3) Sasaran penetapan besaran tarif adalah untuk menutup sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan pelayanan serta tidak mengutamakan mencari keuntungan dengan tetap memperhatikan kemampuan ekonomi sosial masyarakat dan daya saing untuk pelayanan sejenis.
 - 4) Tarif layanan, dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.
 - 5) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Bupati.
 - 6) Penetapan besaran tarif ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
 - 7) Penetapan tarif layana, mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
 - 8) Pola tarif dan penetapan besaran tarif disusun oleh Tim Tarif yang dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
 - 9) Peraturan Bupati mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
 - 10) Perubahan tarif, dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- e. Struktur Anggaran Badan Layanan Umum Daerah
- 1) Struktur anggaran BLUD, terdiri atas:
 - a) pendapatan BLUD;
 - b) belanja BLUD; dan
 - c) pembiayaan BLUD.
 - 2) Pendapatan BLUD bersumber dari:
 - a) jasa layanan;
 - b) hibah;
 - c) hasil kerja sama dengan pihak lain;
 - d) APBD, APBN; dan
 - e) lain-lain pendapatan BLUD yang sah.
 - 3) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
 - 4) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain.
 - 5) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah terikat, digunakan sesuai dengan tujuan pemberian hibah, sesuai dengan

peruntukannya yang selaras dengan tujuan BLUD sebagaimana tercantum dalam naskah perjanjian hibah.

- 6) Pendapatan BLUD yang bersumber dari Hasil kerja sama dengan pihak lain dapat berupa hasil yang diperoleh dari kerja sama BLUD.
- 7) Pendapatan BLUD yang bersumber dari APBD dan APBN berupa pendapatan yang berasal dari DPA APBD dan APBN.
- 8) Lain-lain pendapatan BLUD yang sah, meliputi:
 - a) jasa giro;
 - b) pendapatan bunga;
 - c) keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - d) komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/ atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD;
 - e) investasi; dan
 - f) pengembangan usaha.
- 9) Pengembangan usaha sebagaimana dimaksud dalam dilakukan melalui pembentukan unit usaha untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat.
- 10) Unit usaha merupakan bagian dari BLUD yang bertugas melakukan pengembangan layanan dan mengoptimalkan sumber pendanaan untuk mendukung kegiatan BLUD.
- 11) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran BLUD sesuai RBA, kecuali yang berasal dari hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- 12) Pendapatan BLUD dilaksanakan melalui Rekening Kas BLUD.
- 13) Seluruh pendapatan Rumah Sakit dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan rumah sakit.
- 14) Seluruh pendapatan dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.
- 15) Format laporan pendapatan, sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
- 16) Belanja BLUD terdiri atas:
 - a) belanja operasi; dan
 - b) belanja modal.
- 17) Belanja operasi mencakup seluruh belanja BLUD untuk menjalankan tugas dan fungsi.
- 18) Belanja operasi meliputi belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja bunga dan belanja lain.
- 19) Belanja modal mencakup seluruh belanja BLUD untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD.
- 20) Belanja modal meliputi belanja tanah, belanja peralatan dan mesin, belanja gedung dan bangunan, belanja jalan, irigasi dan jaringan, dan belanja aset tetap lainnya.
- 21) Pembiayaan BLUD terdiri atas:
 - a) penerimaan pembiayaan; dan
 - b) pengeluaran pembiayaan.
- 22) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun anggaran berikutnya.
- 23) Penerimaan pembiayaan meliputi:
 - a) sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya;
 - b) divestasi; dan

- c) penerimaan utang/pinjaman.
- 24) Pengeluaran pembiayaan meliputi:
 - a) investasi; dan
 - b) pembayaran pokok utang/pinjaman.
- f. Perencanaan Dan Penganggaran Badan Layanan Umum Daerah
 - 1) Rumah Sakit menyusun Renstra BLUD.
 - 2) Renstra BLUD Rumah Sakit mencakup pernyataan visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan Rumah Sakit.
 - 3) Visi memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan.
 - 4) Misi memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuatu visi yang ditetapkan, agar tujuan organisasi dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.
 - 5) Program strategis memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang dan kendala yang ada atau mungkin timbul.
 - 6) Pengukuran pencapaian kinerja memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisis atas 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 lima tahunan memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.
 - 9) Renstra BLUD dipergunakan sebagai dasar penyusunan RBA dan Evaluasi kinerja.
 - 10) RBA merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan Rumah Sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.
 - 11) Direktur wajib menyusun Rencana Strategis (Renstra) Rumah Sakit dan Rencana Strategis (Renstra BLUD) setiap 5 (lima) tahun sekali.
 - 12) Rencana Strategis mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten.
 - 13) Sebelum ditetapkan oleh Bupati, Rancangan Rencana Strategis terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Dewan Pengawas, untuk mendapat persetujuan.
 - 14) Rumah sakit yang menerapkan BLUD menyusun RBA mengacu pada Renstra.
 - 15) RBA disusun berdasarkan:
 - a) anggaran berbasis kinerja;
 - b) standar satuan harga; dan
 - c) kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya, APBD, dan sumber pendapatan BLUD lainnya.
 - 16) Anggaran berbasis kinerja merupakan analisis kegiatan yang berorientasi pada pencapaian output dengan penggunaan sumber daya secara efisien.
 - 17) Standar satuan harga merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku di suatu daerah.

- 18) BLUD menyusun standar satuan harga yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- 19) Dalam hal BLUD belum menyusun standar satuan harga, BLUD menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan oleh Keputusan Bupati.
- 20) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan merupakan pagu belanja yang dirinci menurut belanja operasi dan belanja modal.
- 21) RBA meliputi:
 - a) ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - b) rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - c) perkiraan harga;
 - d) besaran persentase ambang batas; dan
 - e) perkiraan maju atau forward estimate.
- 22) RBA menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu presentase ambang batas tertentu.
- 23) RBA disertai dengan standar pelayanan minimal.
- 24) Ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan merupakan ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- 25) Rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan merupakan rencana anggaran untuk seluruh kegiatan tahunan yang dinyatakan dalam satuan uang yang tercermin dari rencana pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- 26) Perkiraan harga merupakan estimasi harga jual produk barang dan/atau jasa setelah memperhitungkan biaya per satuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari Tarif Layanan.
- 27) Besaran persentase ambang batas merupakan besaran persentase perubahan anggaran bersumber dari pendapatan operasional yang diperkenankan dan ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional BLUD.
- 28) Perkiraan maju merupakan perhitungan kebutuhan dana untuk tahun anggaran berikutnya dari tahun yang direncanakan guna memastikan kesinambungan program dan kegiatan yang telah disetujui dan menjadi dasar penyusunan anggaran tahun berikutnya.
- 29) Pendapatan BLUD diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA Dinas pada akun pendapatan daerah pada kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan dari BLUD.
- 30) Belanja BLUD yang sumber dananya berasal dari pendapatan BLUD dan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD, diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA Dinas pada akun belanja daerah yang selanjutnya dirinci dalam I (satu) program, I (satu) kegiatan, I (satu) output dan jenis belanja.
- 31) Belanja BLUD dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan serta kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan.
- 32) Pembiayaan BLUD diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA Dinas selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan pada akun pembiayaan pada Satuan Kerja Pengelolaan Keuangan Daerah selaku Bendahara Umum Daerah.
- 33) BLUD dapat melakukan pergeseran rincian belanja sepanjang tidak melebihi pagu anggaran dalam jenis belanja pada DPA untuk selanjutnya disampaikan kepada PPKD.
- 34) Rincian belanja dicantumkan dalam RBA.
- 35) RBA diintegrasikan/dikonsolidasikan dan merupakan kesatuan dari RKA.
- 36) RKA beserta RBA disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan rancangan peraturan daerah tentang APBD.

- 37) PPKD menyampaikan RKA beserta RBA kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah untuk dilakukan penelaahan.
- 38) Hasil penelaahan antara lain digunakan sebagai dasar pertimbangan alokasi dana APBD untuk BLUD.
- 39) Tim Anggaran Pemerintah Daerah menyampaikan kembali RKA beserta RBA yang telah dilakukan penelaahan kepada PPKD untuk dicantumkan dalam rancangan peraturan daerah tentang APBD yang selanjutnya ditetapkan menjadi Peraturan Daerah tentang APBD.
- 40) Tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan RBA mengikuti tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan APBD.

g. Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum Daerah

- 1) Rumah Sakit menyusun DPA berdasarkan peraturan daerah tentang APBD untuk diajukan kepada PPKD.
- 2) DPA memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- 3) PPKD mengesahkan DPA sebagai dasar pelaksanaan anggaran BLUD.
- 4) DPA yang telah disahkan oleh PPKD menjadi dasar pelaksanaan anggaran yang bersumber dari APBD.
- 5) Pelaksanaan anggaran yang bersumber dari APBD digunakan untuk belanja pegawai, belanja modal dan belanja barang dan/atau jasa yang mekanismenya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 6) Pelaksanaan anggaran dilakukan secara berkala sesuai dengan kebutuhan yang telah ditetapkan, dengan memperhatikan anggaran kas dalam DPA, dan memperhitungkan:
 - a) jumlah kas yang tersedia;
 - b) proyeksi pendapatan; dan
 - c) proyeksi pengeluaran.
- 7) Pelaksanaan anggaran dengan melampirkan RBA.
- 8) DPA yang telah disahkan dan RBA menjadi lampiran perjanjian kinerja yang ditandatangani oleh Bupati dan pemimpin.
- 9) Perjanjian kinerja antara lain memuat kesanggupan untuk meningkatkan:
 - a) kinerja pelayanan bagi masyarakat;
 - b) kinerja keuangan; dan
 - c) manfaat bagi masyarakat.
- 10) Dalam pelaksanaan anggaran, direktur menyusun laporan pendapatan BLUD, laporan belanja BLUD dan laporan pembiayaan BLUD secara berkala kepada PPKD.
- 11) Laporan dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab yang ditandatangani oleh direktur.
- 12) Berdasarkan laporan yang melampirkan surat pernyataan tanggung jawab, direktur menerbitkan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan untuk disampaikan kepada PPKD.
- 13) Berdasarkan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan, PPKD melakukan pengesahan dengan menerbitkan Surat Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan.
- 14) Untuk pengelolaan kas rumah sakit, direktur membuka rekening kas BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 15) Rekening kas rumah sakit digunakan untuk menampung penerimaan dan pengeluaran kas yang dananya bersumber dari pendapatan rumah sakit.
- 16) Dalam pengelolaan kas, BLUD menyelenggarakan:
 - a) perencanaan penerimaan dan pengeluaran kas;

- b) pemungutan pendapatan atau tagihan;
 - c) penyimpanan kas dan pengelolaan rekening BLUD;
 - d) pembayaran;
 - e) perolehan sumber dana untuk menutup defisit jangka pendek: dan
 - f) pemanfaatan surplus kas untuk memperoleh pendapatan tambahan.
- 17) Penerimaan BLUD dilaporkan setiap hari kepada direktur melalui pejabat keuangan.
- 18) Dalam pelaksanaan anggaran, rumah sakit melakukan penatausahaan keuangan paling sedikit memuat:
- a) pendapatan dan belanja;
 - b) penerimaan dan pengeluaran;
 - c) utang dan piutang;
 - d) persediaan, aset tetap dan investasi; dan
 - e) ekuitas.
- h. Pengelolaan Belanja Badan Layanan Umum Daerah
- 1) Pengelolaan belanja rumah sakit diberikan Fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
 - 2) Fleksibilitas merupakan belanja yang disesuaikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA dan DPA yang telah ditetapkan secara definitif.
 - 3) Fleksibilitas dapat dilaksanakan terhadap belanja rumah sakit yang bersumber dari pendapatan BLUD dan hibah tidak terikat.
 - 4) Ambang batas merupakan besaran persentase realisasi belanja yang diperkenankan melampaui anggaran dalam RBA dan DPA.
 - 5) Dalam hal belanja BLUD melampaui ambang batas, terlebih dahulu mendapat persetujuan Bupati.
 - 6) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, BLUD mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada PPKD.
 - 7) Besaran presentase ambang batas dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal kas.
 - 8) Besaran presentase ambang batas memperhitungkan fluktuasi kegiatan operasional, meliputi:
 - a) kecenderungan/tren selisih anggaran pendapatan BLUD selain APBD tahun berjalan dengan realisasi 2 (dua) tahun anggaran sebelumnya; dan
 - b) kecenderungan/tren selisih pendapatan BLUD selain APBD dengan prognosis tahun anggaran berjalan.
 - 9) Besaran presentase ambang batas dicantumkan dalam RBA dan DPA.
 - 10) Pencantuman ambang batas berupa catatan yang memberikan informasi besaran presentase ambang batas.
 - 11) Presentase ambang batas merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.
 - 12) Ambang batas digunakan apabila pendapatan BLUD diprediksi melebihi target pendapatan yang telah ditetapkan RBA dan DPA tahun yang dianggarkan.
- i. Piutang Dan Utang/Pinjaman Badan Layanan Umum Daerah
- 1) Rumah sakit mengelola piutang sehubungan dengan penyerahan barang, jasa, dan/atau transaksi yang berhubungan langsung atau tidak langsung dengan kegiatan BLUD.
 - 2) Rumah melaksanakan penagihan piutang pada saat piutang jatuh tempo, dilengkapi administrasi penagihan.

- 3) Dalam hal piutang sulit tertagih, keputusan penagihan piutang diputuskan setelah dikonsultasikan kepada Bupati dengan melampirkan bukti yang sah.
- 4) Piutang dapat dihapus secara mutlak atau bersyarat.
- 5) Tata cara penghapusan piutang diatur dengan Peraturan Bupati.
- 6) BLUD dapat melakukan utang/pinjaman sehubungan dengan kegiatan operasional dan/atau perikatan pinjaman dengan pihak lain.
- 7) Utang/pinjaman berupa utang/pinjaman jangka pendek atau utang/pinjaman jangka panjang.
- 8) Utang/pinjaman jangka pendek merupakan utang/pinjaman yang memberikan manfaat kurang dari 1 (satu) tahun yang timbul karena kegiatan operasional dan/atau yang
- 9) diperoleh dengan tujuan untuk menutup selisih antara jumlah kas yang tersedia ditambah proyeksi jumlah penerimaan kas dengan proyeksi jumlah pengeluaran kas dalam 1 (satu) tahun anggaran.
- 10) Pembayaran utang/pinjaman jangka pendek merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang
- 11) harus dilunasi dalam tahun anggaran berkenaan.
- 12) Utang/pinjaman jangka pendek dibuat dalam bentuk perjanjian utang/pinjaman yang ditandatangani oleh Direktur dan pemberi utang/pinjaman.
- 13) Pembayaran kembali utang/pinjaman jangka pendek menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah melalui rumah sakit.
- 14) Mekanisme pengajuan utang/pinjaman jangka pendek diatur dengan Peraturan Bupati.
- 15) Utang/pinjaman jangka panjang merupakan utang/pinjaman yang memberikan manfaat lebih dari 1 (satu) tahun anggaran dengan masa pembayaran kembali atas utang/pinjaman tersebut lebih dari 1 (satu) tahun anggaran.
- 16) Utang/pinjaman jangka panjang hanya untuk pengeluaran belanja modal.
- 17) Pembayaran utang/pinjaman jangka panjang merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang
- 18) meliputi pokok utang/pinjaman, bunga dan biaya lain yang harus dilunasi pada tahun anggaran berikutnya sesuai dengan persyaratan perjanjian utang/pinjaman yang bersangkutan.
- 19) Mekanisme pengajuan utang/pinjaman jangka panjang, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 20) Rumah sakit dapat melakukan investasi sepanjang memberi manfaat bagi peningkatan pendapatan dan peningkatan pelayanan kepada masyarakat serta tidak mengganggu likuiditas keuangan BLUD dengan tetap memperhatikan rencana pengeluaran.
- 21) Investasi berupa investasi jangka pendek.
- 22) Investasi jangka pendek merupakan investasi yang dapat segera dicairkan dan dimaksudkan untuk dimiliki selama 12 (dua belas) bulan atau kurang.
- 23) Investasi jangka pendek dapat dilakukan dengan mengoptimalkan surplus kas jangka pendek dengan memperhatikan rencana pengeluaran.
- 24) Investasi jangka pendek meliputi :
 - a) deposito pada bank umum dengan jangka waktu 3 (tiga) sampai dengan 12 (dua belas) bulan dan/atau yang dapat diperpanjang secara otomatis;
 - b) surat berharga negara jangka pendek; dan

- c) lain-lain investasi yang memenuhi kriteria investasi jangka pendek.
 - 25) Karakteristik investasi jangka pendek, meliputi:
 - a) dapat segera diperjualbelikan, dicairkan;
 - b) ditujukan untuk manajemen kas; dan
 - c) instrumen keuangan dengan risiko rendah.
 - 26) Pengelolaan investasi rumah sakit dengan status BLUD diatur dengan Peraturan Bupati.
- j. Sisa Lebih Perhitungan Anggaran
- 1) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD merupakan selisih lebih antara realisasi penerimaan dan pengeluaran BLUD selama 1 (satu) tahun anggaran.
 - 2) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dihitung berdasarkan laporan realisasi anggaran pada I (satu) periode anggaran.
 - 3) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dapat digunakan dalam tahun anggaran berikutnya, kecuali atas perintah Bupati berdasarkan terjadinya kesulitan likuiditas keuangan daerah yang dibuat oleh PPKD dan disetorkan sebagian atau seluruhnya ke kas daerah dengan mempertimbangkan posisi likuiditas dan rencana pengeluaran BLUD.
 - 4) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan likuiditas.
 - 5) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya yang digunakan untuk membiayai program dan kegiatan harus melalui mekanisme APBD, dicatatkan pada saat pelaksanaan APBD Perubahan.
 - 6) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya apabila dalam kondisi mendesak dapat dilaksanakan mendahului APBD perubahan.
 - 7) Kriteria kondisi mendesak mencakup:
 - a) program dan kegiatan pelayanan dasar masyarakat yang anggarannya belum tersedia dan/atau belum cukup anggarannya pada tahun anggaran berjalan;
 - b) keperluan mendesak lainnya yang apabila ditunda akan menimbulkan kerugian yang lebih besar bagi pemerintah daerah dan masyarakat.
 - 8) Pengelolaan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD diatur dengan Peraturan Bupati.
- k. Defisit Anggaran
- 1) Defisit anggaran BLUD merupakan selisih kurang antara pendapatan dengan belanja BLUD.
 - 2) Dalam hal anggaran BLUD diperkirakan defisit, ditetapkan pembiayaan untuk menutupi defisit tersebut antara lain dapat bersumber dari sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya dan penerimaan pinjaman.
 - 3) Dalam hal terjadi defisit pada BLUD maka Pemerintah Daerah wajib menyediakan dana untuk menutup defisit melalui mekanisme pembiayaan.
- l. Penyelesaian Kerugian
- Setiap kerugian daerah pada BLUD akibat tindakan melawan hukum atau yang disebabkan oleh kelalaian seseorang diselesaikan sesuai

dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai penyelesaian kerugian negara/daerah.

m. Pertanggungjawaban Keuangan

- 1) BLUD menyelenggarakan akuntansi dan menyusun laporan keuangan.
- 2) Dalam rangka akuntabilitas keuangan laporan keuangan BLUD sebelum dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal dilakukan Reviu oleh Satuan Pengendali Internal (SPI).
- 3) BLUD menyelenggarakan akuntansi, menyusun laporan keuangan dan pertanggungjawaban keuangan wajib dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal.
- 4) BLUD menyusun pelaporan dan pertanggungjawaban berupa laporan keuangan.
- 5) Laporan keuangan BLUD terdiri atas:
 - a) laporan realisasi anggaran (LRA);
 - b) laporan perubahan saldo anggaran lebih;
 - c) neraca;
 - d) laporan operasional;
 - e) laporan arus kas (LAK);
 - f) laporan perubahan ekuitas; dan
 - g) catatan atas laporan keuangan (Calk).
- 6) Laporan keuangan BLUD disusun berdasarkan standar akuntansi pemerintahan (SAP).
- 7) Dalam hal standar akuntansi pemerintahan tidak mengatur jenis usaha BLUD, BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi.
- 8) BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi yang diatur dengan Peraturan Bupati.
- 9) Laporan keuangan disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil atau keluaran BLUD.
- 10) Laporan keuangan diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 11) Rumah sakit menyusun laporan keuangan semesteran dan tahunan.
- 12) Laporan keuangan tahunan disertai dengan laporan kinerja paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir, setelah dilakukan reviu oleh OPD yang membidangi pengawasan di pemerintah daerah.
- 13) Laporan keuangan dilaporkan oleh BLUD kepada PPKD dan diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan Dinas, untuk selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah.
- 14) Hasil reviu merupakan kesatuan dari laporan keuangan BLUD tahunan.
- 15) Rumah Sakit menyelenggarakan akuntansi dan menyusun laporan keuangan.
- 16) Dalam rangka akuntabilitas keuangan laporan keuangan Rumah Sakit sebelum dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal dilakukan Reviu oleh Satuan Pengendali Internal (SPI).

n. Pengelolaan Barang Milik Daerah

- 1) Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan Barang Milik Daerah.
- 2) Otonomi dalam pengelolaan Barang Milik Daerah meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban penggunaan dan penatausahaan Barang Milik Daerah.

- 3) Rumah Sakit berwenang dan bertanggungjawab dalam pengelolaan Barang Milik Daerah dan merupakan keseluruhan kegiatan yang meliputi perencanaan kebutuhan dan penganggaran, pengadaan, penggunaan, pemanfaatan, pengamanan dan pemeliharaan, penilaian, penatausahaan dan pengendalian dalam rangka melaksanakan tugas dan fungsi Rumah Sakit dalam lingkup Barang Milik Daerah yang ada dalam penguasaannya.
- 4) Direktur mempunyai wewenang dan bertanggungjawab dalam pelaksanaan penggunaan dan penatausahaan Barang Milik Daerah meliputi:
 - a) mengajukan rencana kebutuhan dan penganggaran barang milik daerah bagi Rumah Sakit yang dipimpinnya;
 - b) mengajukan permohonan penetapan status penggunaan barang yang diperoleh dari beban APBD dan perolehan lainnya yang sah;
 - c) melakukan pencatatan dan inventarisasi barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;
 - d) menggunakan barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya untuk kepentingan penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit yang dipimpinnya;
 - e) mengamankan dan memelihara barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;
 - f) mengajukan usul pemanfaatan dan pemindah tanganan barang milik daerah berupa tanah dan/atau bangunan yang tidak memerlukan persetujuan DPRD dan barang milik daerah selain tanah dan/atau bangunan;
 - g) menyerahkan barang milik daerah berupa tanah dan/atau bangunan yang tidak digunakan untuk kepentingan penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah yang dipimpinnya dan sedang tidak dimanfaatkan pihak lain, kepada Bupati melalui Pengelola Barang;
 - h) mengajukan usul pemusnahan dan penghapusan barang milik daerah;
 - i) melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian atas penggunaan barang milik daerah yang ada dalam penguasaannya;
 - j) menyusun dan menyampaikan laporan barang pengguna semesteran dan laporan barang pengguna tahunan yang berada dalam penguasaannya kepada Pengelola Barang; dan
 - k) Hasil pemanfaatan barang milik daerah merupakan pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah BLUD.

15. Manajemen Sumber Daya

- 1) Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan bidang kepegawaian.
- 2) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian pegawai yang berasal dari Aparatur Sipil Negara kepada pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- 3) Direktur memiliki kewenangan dalam menyelenggarakan pembinaan pegawai yang berasal dari Aparatur Sipil Negara dalam pelaksanaan tugas dan fungsi dalam jabatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- 4) Direktur memiliki kewenangan dalam pengelolaan dan pembinaan pegawai di lingkungan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

- a. Klasifikasi Pegawai
Pegawai Rumah Sakit terdiri dari
- 1) Aparatur Sipil Negara (PNS dan PPPK)
 - 2) Tenaga Non ASN
 - a) Kedudukan, Hak dan Kewajiban Pegawai Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau yang berasal dari Aparatur Sipil Negara (ASN) tunduk pada ketentuan Peraturan yang berlaku.
 - b) Pegawai Rumah Sakit berkedudukan sebagai pegawai pada Rumah Sakit
 - c) Pegawai Rumah Sakit Non ASN terdiri atas :
 - (1) Pegawai Harian;
 - (2) Pegawai Tidak Tetap
 - (3) Pegawai Paruh Waktu
 - (4) Pegawai dengan Perjanjian Kerja Profesional tertentu.
 - d) Kedudukan, hak dan kewajiban Pegawai Rumah Sakit tunduk pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b. Pegawai Paruh Waktu Dan Profesional Tertentu
- 1) Selain Pegawai Rumah Sakit Rumah Sakit dapat mempekerjakan Tenaga Medis Spesialis paruh waktu sebagai Dokter Mitra.
 - 2) Tenaga Medis Spesialis paruh waktu sebagai Dokter Mitra dapat berasal dari ASN sepanjang tidak mengganggu pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya selaku ASN pada institusi asal, yang ditunjukkan dengan surat persetujuan / izin dari institusi asal.
 - 3) Tenaga Medis Spesialis yang mempunyai keahlian khusus yang dibutuhkan, dapat dilakukan kontrak kerja profesional, dengan batasan usia mengikuti Surat Tanda Registrasi (STR) yang dikeluarkan oleh Ketua Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).
- c. Pengadaan Pegawai BLUD
- 1) Pengadaan Pegawai BLUD didasarkan pada formasi kebutuhan yang disusun berdasar:
 - a) jenis dan sifat pelayanan yang diberikan;
 - b) kemampuan pendapatan operasional;
 - c) sarana dan prasarana yang tersedia;
 - d) uraian dan peta jabatan/analisa beban kerja.
 - 2) Formasi dilaporkan terlebih dahulu kepada Bupati untuk mendapatkan persetujuan.
 - 3) Untuk melaksanakan pengadaan Pegawai BLUD, Direktur membentuk Tim Pengadaan Pegawai BLUD.
 - 4) Susunan Tim:
 - a) Pembina;
 - b) Penanggungjawab;
 - c) Ketua;
 - d) Wakil Ketua;
 - e) Sekretaris;
 - f) Anggota Tetap dan tidak tetap.
 - 5) Tim Pengadaan Pegawai BLUD Rumah Sakit mempunyai tugas :
 - a) menyampaikan pengumuman penerimaan calon Pegawai BLUD dan/atau menggunakan lamaran yang sudah diterima oleh Rumah Sakit;
 - b) melakukan seleksi terhadap berkas administrasi yang dipersyaratkan;
 - c) melakukan pemanggilan kepada peserta tes yang dinyatakan lolos seleksi administrasi untuk mengikuti tes tahap berikutnya;

- d) melakukan tes kepada peserta yang dinyatakan lolos seleksi administrasi;
 - e) memeriksa dan mengusulkan hasil tes Pegawai BLUD dan melaporkan hasilnya kepada Direktur;
 - f) mengusulkan peserta tes yang lolos seleksi dan akan diterima menjadi calon Pegawai BLUD berdasarkan persetujuan Direktur;
 - g) Ketua tim mengumumkan calon Pegawai BLUD;
 - h) melakukan pemanggilan kepada Calon Pegawai BLUD yang dinyatakan lulus semua tahapan tes.
- 6) Ketentuan mengenai Formasi diatur lebih lanjut dengan Keputusan Direktur.
 - 7) Ketentuan mengenai Persyaratan dan tata cara seleksi penerimaan Pegawai BLUD selanjutnya diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.
 - 8) Disamping dapat dilaksanakan oleh Tim, dapat juga dilaksanakan dengan kerjasama pihak ketiga.
 - 9) Pengadaan Pegawai BLUD dilaksanakan melalui seleksi Penerimaan Pegawai BLUD oleh Tim Pengadaan Pegawai BLUD yang ditetapkan oleh Direktur dan/atau pihak ketiga yang ditunjuk.
 - 10) Seleksi dilaksanakan dengan cara tes tertulis baik langsung maupun dengan bantuan teknologi informasi (Online, Computer Assisted Test) dan/atau wawancara dengan materi meliputi:
 - a) Administrasi dan Kesehatan;
 - b) Seleksi Kompetensi Dasar (SKD);
 - c) Seleksi Kompetensi sesuai Bidang/pendidikan (SKB);
 - 11) Selain materi rumah sakit dapat menambah materi seleksi sesuai dengan formasi yang ada (Kredensial bagi Tenaga Kesehatan).
- d. Pengangkatan Pegawai BLUD
- 1) Bagi Calon Pegawai BLUD yang dinyatakan lulus tes selanjutnya diangkat menjadi Pegawai Harian.
 - 2) Pegawai Harian wajib mengikuti orientasi, terdiri atas:
 - a) Orientasi Umum;
 - b) Orientasi Khusus.
 - 3) Pegawai harian selama melakukan orientasi akan dievaluasi oleh atasan langsung, terdiri atas
 - a) Penilaian sasaran kerja pegawai;
 - b) Penilaian perilaku kerja pegawai yang meliputi :
 - (1) orientasi pelayanan;
 - (2) integritas;
 - (3) komitmen;
 - (4) disiplin;
 - (5) kerjasama.
 - 4) Pengangkatan Pegawai Harian dilakukan dengan Perjanjian Kerja dan ditandatangani oleh Direktur.
- e. Evaluasi Kinerja
- 1) Pegawai Administrasi:
 - a) evaluasi awal dilakukan pada saat orientasi selama 3 (tiga) bulan oleh atasan langsung;
 - b) evaluasi kinerja bagi pegawai administrasi dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali yang tertuang didalam Sasaran Kerja Pegawai (SKP) dan penilaian perilaku kerja pegawai (PKP);
 - c) evaluasi dilakukan berdasarkan kinerja individu dan kinerja mutu;

- d) evaluasi dilakukan oleh Kepala Seksi dan Kepala Sub Bagian atas rekomendasi/persetujuan dari atasan langsung.
 - 2) Pegawai Fungsional
 - a) evaluasi kinerja bagi pegawai fungsional dilaksanakan setiap 1 (satu) tahun sekali tertuang didalam sasaran kerja pegawai (SKP) dan penilaian perilaku kerja pegawai (PKP);
 - b) evaluasi dilakukan berdasarkan kinerja individu dan kinerja mutu;
 - c) evaluasi terhadap kinerja dokter subspesialis, dokter spesialis, dokter spesialis konsultan, dokter umum, dokter gigi subspesialis, dokter gigi spesialis, dokter gigi dilakukan oleh Kepala Bidang Pelayanan;
 - d) evaluasi terhadap tenaga keperawatan, tenaga kebidanan dan tenaga kesehatan lainnya dinilai oleh Kepala Bidang sesuai dengan stuktur organisasi atas persetujuan dan/atau Rekomendasi dari atasan langsung.
 - 3) Tenaga Medis, Tenaga Keperawatan, Tenaga Kebidanan dan tenaga kesehatan lainnya selain dilakukan evaluasi kinerja akan dilakukan evaluasi terhadap praktek profesionalismenya yang dilaksanakan oleh komite dari masing-masing jabatan melalui subkomite mutu masing-masing komite jabatan.
 - 4) Evaluasi kinerja dan praktek profesionalisme sekurang-kurangnya dilakukan 1 (satu) tahun sekali.
- f. Hak, Kewajiban dan Larangan Pegawai BLUD
- 1) Pegawai BLUD berhak:
 - a) menerima honorarium setiap bulan yang besarnya ditetapkan dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kemampuan rumah sakit;
 - b) honorarium sebagaimana dimaksud huruf a diberikan berdasarkan jumlah hari masuk kerja;
 - c) mendapatkan ijin tidak masuk kerja maksimal 4 (empat) hari kerja selama menjadi Pegawai Harian (3 bulan);
 - d) mendapatkan bantuan biaya kesehatan dan/atau rawat inap setara Kelas II hanya untuk pegawai yang bersangkutan.
 - 2) Pegawai Tidak Tetap berhak :
 - a) menerima honorarium tetap setiap bulan yang besarnya ditetapkan dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit;
 - b) memperoleh jasa pelayanan sebagai imbalan jasa berdasarkan ketentuan yang berlaku;
 - c) menjadi anggota BPJS kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan;
 - d) mendapatkan cuti;
 - e) pengembangan kompetensi;
 - f) hak-hak lain yang ditetapkan oleh Direktur;
 - 3) Pegawai BLUD memiliki kewajiban untuk:
 - a) setia dan taat sepenuhnya kepada Pancasila, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Negara Kesatuan Republik Indonesia, dan Pemerintah yang sah;
 - b) menjaga kesatuan dan persatuan bangsa;
 - c) mentaati segala ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - d) melaksanakan kebijakan yang dirumuskan oleh pejabat Rumah Sakit;
 - e) melaksanakan tugas kedinasan dengan penuh pengabdian, kejujuran, kesadaran, dan tanggungjawab di unit kerja yang ditempati;

- f) menunjukkan integritas dan keteladanan dalam sikap, perilaku, ucapan dan tindakan kepada setiap orang, baik di dalam maupun di luar kedinasan;
 - g) menjunjung tinggi kehormatan negara, pemerintah dan martabat pegawai;
 - h) menjaga hubungan baik antar pegawai dan keharmonisan di lingkungan kerja;
 - i) memelihara dan/atau menjaga kerahasiaan, nama baik dan citra rumah sakit;
 - j) memelihara dan/atau menjaga kerahasiaan pasien;
 - k) bekerja dengan jujur, tertib dan cermat;
 - l) melaporkan dengan segera kepada atasannya apabila mengetahui ada hal-hal yang dapat membahayakan atau merugikan negara, pemerintah dan rumah sakit terutama di bidang keamanan, keuangan dan materiil;
 - m) masuk kerja dan mentaati ketentuan jam kerja;
 - n) mencapai sasaran kerja pegawai yang ditetapkan;
 - o) menggunakan dan memelihara barang-barang milik rumah sakit dengan sebaik-baiknya;
 - p) memberikan pelayanan sebaik-baiknya kepada masyarakat menurut bidang tugasnya masing-masing;
 - q) bertindak dan bersikap sopan serta adil dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat;
 - r) berpakaian rapi dan sopan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di rumah sakit;
 - s) mentaati peraturan kedinasan yang ditetapkan oleh Direktur;
 - t) wajib bekerja di Rumah Sakit apabila telah selesai mengikuti Pendidikan dan Pelatihan yang diikuti dan dibiayai oleh Rumah Sakit minimal 5 (lima) tahun;
 - u) mengembalikan dua kali seluruh biaya pendidikan dan pelatihan yang telah dikeluarkan oleh Rumah Sakit apabila mengundurkan diri sebelum batas waktu yang ditentukan pada huruf t Pasal ini;
 - v) ikut berperan serta dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit;
 - w) bersedia ditempatkan sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit oleh Pejabat yang berwenang.
- 4) Pegawai BLUD dilarang:
- a) menyalahgunakan wewenang yang telah diberikan;
 - b) menjadi perantara untuk mendapatkan keuntungan pribadi dan/atau orang lain dengan menggunakan kewenangan orang lain;
 - c) bekerja pada perusahaan asing, konsultan asing, atau lembaga swadaya masyarakat asing;
 - d) memiliki, menjual, membeli, menggadaikan, menyewakan atau meminjamkan barang-barang baik bergerak atau tidak bergerak, dokumen atau surat berharga milik negara secara tidak sah;
 - e) melakukan kegiatan bersama dengan atasan, teman sejawat, bawahan atau orang lain di dalam maupun di luar lingkungan kerjanya dengan tujuan untuk keuntungan pribadi, golongan atau pihak lain yang secara langsung atau tidak langsung merugikan rumah sakit;
 - f) memberi atau menyanggupi akan memberikan sesuatu kepada siapapun baik secara langsung atau tidak langsung dan dengan dalih apapun untuk diangkat dalam jabatan;
 - g) menerima hadiah atau suatu pemberian apa saja dari siapapun juga yang berhubungan dengan jabatan dan/atau pekerjaannya;

- h) melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan suatu tindakan yang dapat menghalangi atau mempersulit salah satu pihak yang dilayani sehingga mengakibatkan kerugian bagi yang dilayani;
- i) menghalangi berjalannya tugas kedinasan;
- j) melakukan tindakan asusila baik dilingkungan rumah sakit maupun di luar lingkungan rumah sakit;
- k) memberikan dukungan kepada calon Presiden/Wakil Presiden, Dewan Perwakilan Rakyat, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan calon Bupati/ Wakil Bupati dengan cara:
 - (1) ikut serta sebagai pelaksana kampanye;
 - (2) menjadi peserta kampanye dengan menggunakan atribut partai;
 - (3) sebagai peserta kampanye dengan menggunakan fasilitas Rumah Sakit;
 - (4) membuat keputusan dan/atau tindakan yang menguntungkan atau merugikan salah satu pasangan calon selama masa kampanye;
 - (5) mengadakan kegiatan yang mengarah kepada keberpihakan terhadap pasangan calon yang menjadi peserta pemilu sebelum, selama, dan sesudah masa kampanye meliputi pertemuan, ajakan, himbuan, seruan, atau pemberian barang dalam lingkungan unit kerjanya, anggota keluarga dan masyarakat;
- l) memberikan pelayanan yang bersifat diskriminatif;
- m) menjadi anggota dan/atau pengurus partai politik;
- n) memberikan keterangan palsu atau dipalsukan;
- o) mabuk, madat, memakai obat bius atau narkoba, berjudi di dalam dan/atau di luar lingkungan kerja;
- p) merokok dilingkungan rumah sakit
- q) menganiaya dan/atau berkelahi, menghina secara kasar atau mengancam pimpinan dan/atau keluarganya, teman sekerja didalam dan/ atau di luar lingkungan kerja;
- r) dengan sengaja atau ceroboh merusak, merugikan atau membiarkan dalam keadaan bahaya barang dan/atau fasilitas rumah sakit.

g. Penghargaan

- 1) Pegawai Harian dapat memperoleh penghargaan berupa:
 - a) Uang atau barang yang setara dengan uang; dan/atau
 - b) Piagam Penghargaan.
- 2) Pegawai Tidak Tetap dapat memperoleh penghargaan berupa:
 - a) Uang atau barang yang setara dengan uang;
 - b) Piagam Penghargaan;
 - c) Pengangkatan dalam jabatan non struktural;
 - d) Pendidikan dan Pelatihan; dan/atau
 - e) Pemberian ijin untuk mengikuti pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi dan menempatkan kembali sesuai dengan kompetensi baru.
- 3) Pemberian penghargaan ditetapkan oleh Direktur.

h. Cuti Pegawai BLUD

- 1) Pegawai BLUD apabila telah diangkat sebagai Pegawai tidak tetap mendapat hak Cuti, sebagai berikut:
 - a) Cuti Tahunan selama 12 (hari kerja);
 - b) Cuti Besar untuk kegiatan keagamaan (Ibadah haji) sejumlah 50 (lima puluh) hari termasuk cuti tahunan pada tahun berjalan;

- c) Cuti Besar untuk kegiatan keagamaan (Ibadah Umroh dll) paling banyak 14 (empat belas hari) termasuk cuti tahunan pada tahun berjalan;
 - d) Cuti Alasan penting paling banyak selama 14 (empat belas) hari;
 - e) Cuti Bersalin bagi pegawai perempuan selama 2 (dua) bulan;
- 2) Tatacara pemberian cuti akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.
- i. Pembinaan Pegawai BLUD
- 1) Pegawai BLUD yang tidak melaksanakan kewajiban dan/atau melakukan pelanggaran terhadap larangan dapat dijatuhi hukuman disiplin.
 - 2) Penjatuhan hukuman disiplin ditetapkan oleh pejabat yang berwenang secara hierarki.
 - 3) Apabila pelanggaran yang dilakukan menimbulkan kerugian yang bernilai material dan/atau dapat dikategorikan sebagai tindak pidana, maka penyelesaian dapat dilakukan melalui jalur hukum.
- j. Tingkat, Jenis Hukuman Disiplin dan Profesi
- 1) Tingkat Hukuman Disiplin dan Profesi
 - a) hukuman disiplin ringan;
 - b) hukuman disiplin sedang; dan
 - c) hukuman disiplin berat.
 - 2) Jenis hukuman disiplin ringan terdiri dari :
 - a) teguran lisan;
 - b) teguran tertulis; dan
 - c) pernyataan tidak puas secara tertulis.
 - 3) Jenis hukuman disiplin sedang terhadap pegawai harian terdiri dari:
 - a) penundaan kenaikan status kepegawaian selama 3 (tiga) bulan;
 - b) apabila selama 3 (tiga) bulan tersebut pegawai yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau lebih berat diberhentikan dari pegawai BLUD.
 - 4) Jenis hukuman disiplin sedang terhadap pegawai tidak tetap:
 - a) penundaan kenaikan status kepegawaian selama 1 (satu) tahun;
 - b) apabila selama 1 (satu) tahun tersebut pegawai yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau lebih berat diberhentikan dari pegawai BLUD.
 - 5) Jenis hukuman disiplin berat terhadap pegawai harian adalah pemberhentian dengan tidak hormat sebagai pegawai BLUD.
 - 6) Jenis hukuman disiplin berat terhadap pegawai tidak tetap terdiri dari:
 - a) penurunan status kepegawaian menjadi pegawai harian selama 6 (enam) bulan;
 - b) apabila selama 6 (enam) bulan pegawai tersebut yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau setara diberhentikan dari pegawai BLUD.
- k. Jenis Pelanggaran dan Hukuman
- 1) Hukuman disiplin tingkat ringan dijatuhkan bagi pelanggaran terhadap kewajiban dan terhadap larangan dan pelanggaran tersebut hanya berdampak negatif pada unit kerja (Instalasi terkecil);
 - 2) Masuk kerja dan mematuhi jam kerja berupa:
 - a) teguran lisan yang dituangkan dalam notulensi dan ditandatangani oleh pegawai yang bersangkutan dan atasan

- langsung yang memberikan teguran, apabila Pegawai BLUD tidak masuk kerja selama 5 (lima) hari kerja tanpa alasan yang sah;
- b) teguran tertulis dan dituangkan dalam berita acara yang ditandatangani oleh pegawai yang bersangkutan dan atasan langsung yang memberikan teguran, apabila Pegawai BLUD tidak masuk kerja selama 6 (enam) - 10 (sepuluh) hari kerja tanpa alasan yang sah;
 - c) teguran berupa pernyataan tidak puas secara tertulis oleh atasan langsung dan dituangkan dalam berita acara yang ditandatangani oleh atasan langsung dan pegawai yang bersangkutan apabila Pegawai BLUD tidak masuk kerja selama 11 (sebelas) – 15 (lima belas) hari kerja tanpa alasan yang sah.
- 3) Hukuman disiplin tingkat sedang dijatuhkan bagi pelanggaran terhadap kewajiban dan pelanggaran tersebut:
 - a) hanya berdampak negatif pada Unit kerja (Bagian/Bidang) yang bersangkutan;
 - b) Mencapai sasaran kerja pegawai dengan tingkat capaian 25 % (dua puluh lima persen) s/d 50 % (lima puluh persen).
 - 4) Masuk kerja dan mematuhi jam kerja berupa:
 - a) hukuman disiplin sedang terhadap pegawai harian terdiri dari:
 - (1) penundaan kenaikan status kepegawaian selama 3 (tiga) bulan Pegawai BLUD yang tidak masuk kerja selama 16 (enam belas) s/d 20 (dua puluh) hari kerja tanpa alasan yang sah;
 - (2) apabila selama 3 (tiga) bulan tersebut pegawai yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau lebih berat diberhentikan dari pegawai BLUD.
 - b) hukuman disiplin sedang terhadap pegawai tidak tetap terdiri dari:
 - (1) penundaan kenaikan status kepegawaian selama 1 (satu) tahun apabila Pegawai BLUD yang tidak masuk kerja selama 21 (dua puluh satu s/d 25 (dua puluh lima) hari kerja tanpa alasan yang sah;
 - (2) apabila selama 1 (satu) tahun tersebut pegawai yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau lebih berat diberhentikan dari pegawai BLUD.
 - 5) Hukuman disiplin tingkat berat dijatuhkan bagi pelanggaran terhadap kewajiban dan terhadap larangan dan pelanggaran tersebut:
 - a) berdampak negatif Organisasi Perangkat Daerah dan atau Pemerintah;
 - b) Mencapai sasaran kerja pegawai dengan tingkat capaian kurang dari 25 % (dua puluh lima persen).
1. Pejabat yang Berwenang Menghukum
 - 1) Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi menetapkan penjatuhan hukuman disiplin bagi Pegawai BLUD untuk Jenis hukuman disiplin ringan;
 - 2) Kepala Bagian/Kepala Bidang menetapkan hukuman disiplin bagi Pegawai BLUD untuk jenis hukuman disiplin sedang;
 - 3) Direktur menetapkan hukuman disiplin bagi Pegawai BLUD untuk jenis hukuman disiplin berat.
 - m. Tata Cara Pemanggilan, Pemeriksaan, Penjatuhan, dan Penyampaian Keputusan Hukuman Disiplin
 - 1) Pegawai BLUD yang diduga melakukan pelanggaran disiplin dipanggil secara tertulis oleh atasan langsung untuk dilakukan pemeriksaan.

- 2) Pemanggilan kepada Pegawai BLUD yang diduga melakukan pelanggaran disiplin dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sebelum tanggal pemeriksaan.
- 3) Apabila pada tanggal yang seharusnya yang bersangkutan diperiksa tidak hadir, maka dilakukan pemanggilan kedua paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak tanggal seharusnya yang bersangkutan diperiksa pada pemanggilan pertama.
- 4) Apabila pada tanggal pemeriksaan Pegawai BLUD yang bersangkutan tidak hadir juga, maka pejabat yang berwenang menghukum menjatuhkan hukuman disiplin berdasarkan alat bukti dan keterangan yang ada tanpa dilakukan pemeriksaan.
- 5) Sebelum Pegawai BLUD dijatuhi hukuman disiplin setiap atasan langsung wajib memeriksa terlebih dahulu Pegawai BLUD yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.
- 6) Pemeriksaan dilakukan secara tertutup dan hasilnya dituangkan dalam berita acara pemeriksaan.
- 7) Apabila menurut hasil pemeriksaan kewenangan untuk menjatuhkan hukuman disiplin kepada Pegawai BLUD tersebut merupakan kewenangan:
 - a) atasan langsung yang bersangkutan, maka atasan langsung tersebut wajib menjatuhkan hukuman disiplin;
 - b) pejabat yang lebih tinggi, maka atasan langsung tersebut wajib melaporkan secara hierarki disertai berita acara pemeriksaan.
- 8) Khusus untuk pelanggaran disiplin yang ancaman hukumannya sedang dan berat dapat dibentuk Tim Pemeriksa.
- 9) Tim Pemeriksa terdiri dari atasan langsung, Komite Etik Rumah Sakit, unsur kepegawaian atau pejabat lain yang ditunjuk.
- 10) Tim Pemeriksa dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- 11) Apabila diperlukan, atasan langsung, Tim Pemeriksa atau pejabat yang berwenang menghukum dapat meminta keterangan dari pihak lain.
- 12) Berita acara pemeriksaan harus ditandatangani oleh pejabat yang memeriksa dan Pegawai BLUD yang diperiksa.
- 13) Dalam hal Pegawai BLUD yang diperiksa tidak bersedia menandatangani berita acara pemeriksaan, berita acara pemeriksaan tersebut tetap dijadikan sebagai dasar untuk menjatuhkan hukuman disiplin.
- 14) Pegawai BLUD yang diperiksa, berhak mendapat foto kopi berita acara pemeriksaan.
- 15) Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dituangkan dalam berita acara pemeriksaan, pejabat yang berwenang menghukum menjatuhkan hukuman disiplin dan profesi serta mewajibkan yang bersangkutan mematuhi rekomendasi dari Tim Pemeriksa yang diusulkan kepada atasan langsung atau kepada Direktur sesuai dengan tingkat dan jenis pelanggaran.
- 16) Dalam keputusan hukuman disiplin dan profesi harus disebutkan pelanggaran disiplin dan profesi yang dilakukan oleh Pegawai BLUD yang bersangkutan;
- 17) Pegawai BLUD yang berdasarkan hasil pemeriksaan ternyata melakukan beberapa pelanggaran disiplin dan profesi, terhadapnya hanya dapat dijatuhi satu jenis hukuman yang terberat setelah mempertimbangkan pelanggaran yang dilakukan.
- 18) Pegawai BLUD yang pernah dijatuhi hukuman disiplin dan profesi kemudian melakukan pelanggaran yang sifatnya sama, kepadanya dijatuhi jenis hukuman yang lebih berat dari hukuman terakhir yang pernah dijatuhkan.

- 19) Pegawai BLUD tidak dapat dijatuhi hukuman disiplin dan profesi dua kali atau lebih untuk satu pelanggaran.
 - 20) Setiap penjatuhan hukuman disiplin dan profesi ditetapkan dengan keputusan pejabat yang berwenang menghukum.
 - 21) Keputusan secara tertutup oleh pejabat yang berwenang menghukum atau pejabat lain yang ditunjuk kepada Pegawai BLUD yang bersangkutan serta tembusannya disampaikan kepada pejabat terkait.
 - 22) Penyampaian keputusan hukuman disiplin dan profesi dilakukan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak keputusan ditetapkan.
 - 23) Dalam hal Pegawai BLUD yang dijatuhi hukuman disiplin dan profesi tidak hadir pada saat penyampaian keputusan hukuman, keputusan dikirim kepada yang bersangkutan.
- n. Pemberhentian Pegawai BLUD
- 1) Pegawai BLUD dapat mengakhiri hubungan kerja secara bersama-sama maupun secara sepihak;
 - 2) Pemutusan hubungan kerja dapat dilakukan dengan cara:
 - a) Pemberhentian dengan hormat dari Pegawai BLUD;
 - b) Pemberhentian tidak dengan hormat dari Pegawai BLUD;
 - 3) Dalam hal dilakukan pemutusan hubungan kerja pegawai BLUD tidak dapat menuntut pemberian kompensasi dalam bentuk apapun.
- o. Batas Usia Pensiun Pegawai BLUD
- 1) Batas usia pensiun Pegawai BLUD adalah 58 (lima puluh delapan) tahun.
 - 2) Batas usia pensiun Pegawai BLUD yang berstatus sebagai Tenaga Medis Fungsional dapat diperpanjang sampai usia 60 (enam puluh) tahun.
 - 3) Direktur dapat mempekerjakan tenaga Medis Spesialis, subspesialis dan spesialis konsultan yang berusia lebih dari 60 (enam puluh) tahun sebagaimana dimaksud ayat (2) apabila :
 - a) Sepanjang tenaga yang bersangkutan masih memiliki kompetensi yang dibuktikan dengan Surat Tanda Registrasi (STR) yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)
 - b) Keahliannya sangat dibutuhkan oleh Rumah Sakit;
 - c) Keahlian yang dimiliki tergolong langka;
 - d) Sesuai dengan kemampuan Keuangan Rumah Sakit.
 - 4) Tenaga Medis akan diikat dengan Perjanjian Kerja.
- p. Pemberhentian dengan hormat sebagai Pegawai BLUD
- 1) Pemberhentian dengan hormat sebagai Pegawai BLUD, dapat diberikan dalam hal:
 - a) masa berlaku perjanjian kerja, Keputusan Direktur sebagai Pegawai Tidak Tetap telah berakhir dan tidak dilakukan perpanjangan;
 - b) mengajukan permohonan pengunduran diri;
 - c) tewas atau meninggal dunia;
 - d) tidak sehat jasmani atau rohani, sehingga tidak dapat melaksanakan tugas.
 - 2) Pemberhentian dengan hormat Pegawai BLUD dilakukan dengan Keputusan Direktur.
 - 3) Pemberhentian dengan hormat Pegawai BLUD tidak berkait pada timbulnya hak untuk menuntut pesangon/bonus/pensiun atau istilah lainnya yang bersifat membebani keuangan rumah sakit.

- 4) Pemberhentian tidak dengan hormat sebagai Pegawai BLUD dapat diberikan dalam hal:
 - a) melakukan penyelewengan terhadap Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 - b) dipidana dengan pidana penjara atau kurungan berdasarkan putusan pengadilan yang telah memiliki kekuatan hukum tetap, karena melakukan tindak pidana kejahatan Jabatan atau tindak pidana kejahatan yang ada hubungannya dengan Jabatan dan/atau pidana umum;
 - c) dinyatakan bersalah berdasarkan putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap karena melakukan tindak pidana kejahatan yang tidak ada hubungannya dengan jabatan;
 - d) menjadi anggota dan/atau pengurus partai politik;
 - e) dipidana dengan pidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan tindak pidana dengan hukuman pidana penjara paling singkat 2 (dua) tahun dan pidana yang dilakukan dengan berencana;
 - f) Melakukan Pelanggaran disiplin tingkat berat terhadap kewajiban dan larangan pegawai.
- 5) Pemberhentian dengan tidak dengan hormat) dilakukan dengan Keputusan Direktur.

q. Jasa Pelayanan

- 1) Jasa Pelayanan merupakan imbalan jasa yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik, pemeriksaan penunjang medik dan / atau pelayanan lainnya, yang ditetapkan dalam Peraturan Direktur.
- 2) Jasa Pelayanan diberikan berdasarkan prinsip dasar :
 - a) proposionalitas, yaitu pertimbangan atas kelas Rumah Sakit dan tingkat pelayanan;
 - b) kesetaraan, yaitu dengan mempertimbangkan industri pelayanan sejenis;
 - c) Kepatutan, yaitu menyesuaikan kemampuan pendapatan fungsional Rumah Sakit.
- 3) Pemberian gaji dan tunjangan bagi pegawai berstatus PNS dialokasikan melalui Anggaran Belanja Tidak Langsung.
- 4) Pemberian honorarium bagi pegawai berstatus Non PNS dialokasikan melalui Anggaran Belanja Langsung.
- 5) Alokasi anggaran insentif, bonus dan honorarium bagi Pejabat Pengelola, Pejabat Pelaksana Keuangan, Pejabat Pelaksana Teknis, Pegawai, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Tim Pembina Rumah Sakit dianggarkan melalui Anggaran Belanja Langsung.
- 6) Semua biaya yang dikeluarkan untuk remunerasi berasal dari Jasa layanan dan/atau anggaran fungsional Rumah Sakit yang dianggarkan dalam DPA setinggi-tingginya 44 % (empat puluh empat persen) dari realisasi pendapatan rumah sakit.
- 7) Besaran Jasa/Imbalan tenaga manajer pelayanan pasien, Kepala Instalasi dan tenaga Staf Medis dapat diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.
- 8) Besaran Jasa Pelayanan bagi pegawai didasarkan pada indikator penilaian yang meliputi:
 - a) pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
 - b) keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);

- c) resiko kerja (*risk index*);
 - d) tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
 - e) jabatan yang disandang (*position index*);
 - f) hasil/capaian kinerja (*performance index*);
- 9) Besaran Jasa Pelayanan ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

16. Manajemen Sumber Daya

- 1) Manajemen Sumber Daya Rumah Sakit merupakan pengelolaan sarana prasarana pada rumah sakit untuk menunjang ketersediaan seluruh bahan dan alat kesehatan dalam rangka kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan secara luas.
- 2) Pemenuhan sumber daya berupa sarana prasarana memerlukan ketersediaan data/informasi meliputi penggantian, penambahan, persyaratan pemeliharaan, sebagai komponen pengumpulan data untuk rekomendasi pada teknologi medik dan obat yang diperlukan untuk memberikan pelayanan.
- 3) Rumah sakit tidak melakukan uji coba (*trial*) teknologi medik dan obat.
- 4) Dalam rangka pemilihan obat dan teknologi medik Direktur membentuk Tim Penapisan.
- 5) Dalam melaksanakan tugasnya Tim Penapisan, mendapatkan rekomendasi dari Staf Klinis dan/atau organisasi profesi dalam pemilihan teknologi medik dan obat di rumah sakit.

a. Perencanaan

- 1) Rumah Sakit menyusun analisa kebutuhan Sumber Daya yang merupakan Usulan dari seluruh komponen rumah sakit dan dituangkan dalam Rencana Kerja Unit (RKU).
- 2) Rencana Kerja Unit (RKU) dibuat masing-masing Unit dalam format yang seragam dan ditetapkan Direktur.
- 3) Rencana Kerja Unit merupakan tahapan dalam proses perencanaan Rumah Sakit, berdasarkan:
 - a) Renstra Rumah Sakit;
 - b) Target capaian terhadap status akreditasi dan program kerja Rumah Sakit;
 - c) Laporan Kinerja pada periode sebelumnya;
 - d) Kemampuan Sumber Daya Rumah Sakit;
 - e) Resiko yang dihadapi dalam proses pelaksanaan kegiatan dalam program kerja.

b. Pengadaan

- 1) Pengadaan barang dan jasa dilakukan oleh Unit Pengadaan Barang dan Jasa yang ditetapkan oleh Direktur;
- 2) Pengadaan barang dan Jasa harus mengacu pada DPA yang telah disahkan;
- 3) Rumah sakit dalam pembelian alat kesehatan, bahan medis bekas pakai dan obat yang beresiko termasuk vaksin, harus memperhatikan perihal sebagai berikut:
 - a) akte pendirian perusahaan dan pengesahan dari Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia;
 - b) Surat Izin Usaha Perusahaan (SIUP);
 - c) NPWP;
 - d) Izin Pedagang Besar Farmasi–Penyalur Alat Kesehatan (PBF–PAK);
 - e) Perjanjian Kerja Sama antara distributor dan prinsipal serta rumah sakit;

- f) nama dan Surat izin Kerja Apoteker untuk apoteker penanggung jawab PBF;
 - g) alamat dan denah kantor PBF;
 - h) surat garansi jaminan keaslian produk yang didistribusikan (dari prinsipal).
- 4) Selain persyaratan diatas, untuk mengetahui keaslian produk yang akan diadakan Direktur melalui Unit Pengadaan Barang/Jasa mencari data/informasi tentang rantai distribusi obat, serta perbekalan farmasi yang aman untuk melindungi pasien dan staf dari produk yang berasal dari pasar gelap, palsu, terkontaminasi, atau cacat.
- c. Pengelolaan
- 1) Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan sarana dan prasarana mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - 2) Direktur mengatur dan menetapkan Kebijakan Pengelolaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit.
 - 3) Setiap Kepala Unit Kerja di lingkungan rumah sakit melakukan pengawasan atas penyelenggaraan pengelolaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Direktur.
 - 4) Unit kerja di lingkungan rumah sakit wajib mengelola dan menatausahakan sarana dan prasarana rumah sakit yang berada dalam pengawasannya dengan sebaik-baiknya.
 - 5) Sarana dan prasarana rumah sakit adalah barang milik Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang merupakan aset yang tidak terpisahkan dari aset Pemerintahan Daerah.
 - 6) Barang inventaris milik BLUD yang merupakan sarana dan prasarana rumah sakit yang dapat dihapus dan/atau dialihkan kepada pihak lain atas dasar pertimbangan ekonomis dengan cara dijual, ditukar dan/atau dihibahkan.
 - 7) Barang inventaris merupakan barang pakai habis, barang untuk diolah atau dijual, barang lainnya yang tidak memenuhi pernyataan sebagai aset tetap.
 - 8) Hasil penjualan barang inventaris sebagai akibat dari pengalihan merupakan pendapatan BLUD.
 - 9) Hasil penjualan barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dituangkan secara memadai dalam Laporan Keuangan BLUD.
 - 10) BLUD tidak boleh mengalihkan dan/atau menghapus aset tetap kecuali atas persetujuan pejabat yang berwenang.
 - 11) Aset tetap merupakan alat berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD atau dimanfaatkan oleh masyarakat umum.
 - 12) Kewenangan pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap diselenggarakan berdasarkan jenjang nilai dan jenis barang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - 13) Hasil pengalihan aset tetap merupakan pendapatan BLUD dan diungkapkan secara memadai dalam Laporan Keuangan BLUD.
 - 14) Pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap dilaporkan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
 - 15) Penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi BLUD harus mendapat penetapan Bupati melalui Sekretaris Daerah.
 - 16) Sarana dan prasarana yang berupa tanah yang dikuasai rumah sakit harus disertifikatkan.

17) Sarana dan prasarana rumah sakit yang berupa bangunan harus dilengkapi dengan bukti status kepemilikan dan ditatausahakan secara tertib.

17. Manajemen Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

- a. Direktur Rumah Sakit merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- b. Direktur Rumah Sakit, para pimpinan klinis, dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien.
- c. Direktur Rumah Sakit bertanggungjawab memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen rumah sakit terhadap mutu.
- d. Direktur Rumah Sakit mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi rumah sakit serta dukungan pemilik rumah sakit membentuk suatu budaya mutu di rumah sakit.
- e. Direktur Rumah Sakit memilih pendekatan yang digunakan oleh rumah sakit untuk mengukur, menilai serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
- f. Pengukuran mutu dilakukan menggunakan indikator mutu di tingkat rumah sakit dan di tingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.
- g. Direktur Rumah Sakit menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien untuk mengatur dan mengarahkan pelaksanaan setiap harinya.
- h. Direktur Rumah Sakit dapat membentuk Komite/Tim Peningkatan Mutu dan Komite Keselamatan Pasien.
- i. Direktur Rumah Sakit menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di rumah sakit untuk memastikan koordinasi diseluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan.
- j. Direktur Rumah Sakit bertanggungjawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik sebagai berikut:
 - 1) setiap tiga bulan yang meliputi capaian dan analisis indikator mutu area klinis, area manajemen, sasaran keselamatan pasien, capaian implementasi panduan praktik klinik, dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien.
 - 2) setiap 6 bulan Direktur Rumah Sakit melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik antara lain mencakup:
 - a) Jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya.
 - b) Apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut.
 - c) Tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respon terhadap kejadian tersebut.
 - d) Apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.
 - 3) khusus untuk kejadian sentinel, Direktur Rumah Sakit wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 x 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 hari.

- k. Direktur Rumah Sakit menetapkan Regulasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang dapat berbentuk Pedoman dan prosedur-prosedur lainnya antara lain berisi sebagai berikut:
- 1) penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur, serta mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - 2) peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - 3) peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat rumah sakit (indikator area klinik, area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien) serta keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah;
 - 4) peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai area focus untuk perbaikan;
 - 5) monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan dan bagaimana melakukan monitoringnya;
 - 6) proses pengumpulan data, analisis, feedback, dan pemberian informasi kepada staf;
 - 7) bagaimana alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik rumah sakit;
 - 8) bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan surveillance infeksi.
- l. Direktur Rumah Sakit dengan para pimpinan dan Komite/Tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas rumah sakit dengan memperhatikan beberapa hal:
- 1) misi Rumah Sakit;
 - 2) data-data permasalahan yang ada (komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, terdapat kejadian tidak diharapkan);
 - 3) terdapat sistem serta proses yang memperhatikan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak misalnya pelayanan pasien stroke yang dilakukan oleh lebih satu dokter spesialis saraf dan memperhatikan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi;
 - 4) dampak dan perbaikan misalnya penilaian perbaikan efisiensi suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan stroke, pelayanan jantung dan lainnya, dan/atau identifikasi pengurangan biaya serta sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Sehingga perlu pembuatan program (tool) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru;
 - 5) dampak pada perbaikan sistem sehingga efek perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya sistem manajemen obat di rumah sakit;
 - 6) riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk rumah sakit pendidikan.
- m. Direktur Rumah Sakit membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan mengembangkan standarisasi proses dan hasil asuhan klinis pelayanan prioritas serta mengembangkan pengukuran mutu klinis, manajerial, dan penerapan sasaran keselamatan pasien.
- n. Dalam Pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit, Direktur dapat menetapkan kebijakan dan/atau Standar Prosedur Operasional.

- o. Pengawasan kegiatan operasional dan pengawasan mutu pelayanan, Direktur dapat menetapkan Tim atau Panitia Teknis Pengawasan Mutu yang bekerja dibawah koordinasi SPI.

18. Manajemen Budaya Keselamatan Kerja

- a. Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan K3RS.
- b. Penyelenggaraan K3RS meliputi:
 - 1) membentuk dan mengembangkan Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit; dan
 - 2) menerapkan standar K3RS.
- c. Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit meliputi:
 - 1) penetapan kebijakan K3RS;
 - 2) perencanaan K3RS;
 - 3) pelaksanaan rencana K3RS;
 - 4) pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS; dan
 - 5) peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS.
- d. Kebijakan K3RS ditetapkan secara tertulis dengan Keputusan Kepala atau Direktur Rumah Sakit dan disosialisasikan ke seluruh SDM Rumah Sakit.
- e. Kebijakan K3RS meliputi:
 - 1) penetapan kebijakan dan tujuan dari program K3RS;
 - 2) penetapan organisasi K3RS; dan
 - 3) penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana.
- f. Perencanaan K3RS dibuat berdasarkan manajemen risiko K3RS, peraturan perundang-undangan, dan persyaratan lainnya.
- g. Perencanaan K3RS ditetapkan oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit.
- h. Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud meliputi:
 - 1) manajemen risiko K3RS;
 - 2) keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit;
 - 3) pelayanan Kesehatan Kerja;
 - 4) pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
 - 5) pencegahan dan pengendalian kebakaran;
 - 6) pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
 - 7) pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja; dan
 - 8) kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.
- i. Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud harus didukung oleh sumber daya manusia di bidang K3RS, sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai.
- j. Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilakukan oleh sumber daya manusia di bidang K3RS yang ditugaskan oleh Direktur.
- k. Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal SMK3 Rumah Sakit.
- l. Hasil pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.
- m. Peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilakukan untuk menjamin kesesuaian dan efektivitas penerapan SMK3 Rumah Sakit.
- n. Peninjauan sebagaimana dimaksud dilakukan terhadap penetapan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan rencana, dan pemantauan dan evaluasi.

- o. Hasil peninjauan sebagaimana digunakan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja K3RS.
- p. Direktur Rumah Sakit menetapkan Program Budaya Keselamatan di rumah sakit yang mencakup:
 - 1) Perilaku memberikan pelayanan yang aman secara konsisten untuk mencegah terjadinya kesalahan pada pelayanan berisiko tinggi.
 - 2) Perilaku di mana para individu dapat melaporkan kesalahan dan insiden tanpa takut dikenakan sanksi atau teguran dan diperlakukan secara adil (just culture).
 - 3) Kerja sama tim dan koordinasi untuk menyelesaikan masalah keselamatan pasien.
 - 4) Komitmen pimpinan rumah sakit dalam mendukung staf seperti waktu kerja para staf, pendidikan, metode yang aman untuk melaporkan masalah dan hal lainnya untuk menyelesaikan masalah keselamatan.
 - 5) Identifikasi dan mengenali masalah akibat perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono).
 - 6) Evaluasi budaya secara berkala dengan metode seperti kelompok fokus diskusi (FGD), wawancara dengan staf, dan analisis data.
 - 7) Mendorong kerja sama dan membangun sistem, dalam mengembangkan budaya perilaku yang aman.
 - 8) Menanggapi perilaku yang tidak diinginkan pada semua staf pada semua jenjang di rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis dan nonklinis, dokter praktisi mandiri, representasi pemilik dan anggota Dewan pengawas.

19. Manajemen Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

- a. Direktur Rumah Sakit menetapkan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- b. Direktur Rumah Sakit Bertanggung jawab terhadap tersedianya fasilitas sarana dan prasarana termasuk anggaran yang dibutuhkan untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- c. Direktur Rumah Sakit Menentukan kebijakan strategi pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi:
 - 1) Pelaksanaan kebersihan tangan;
 - 2) Penggunaan APD yang tepat sesuai level resiko;
 - 3) Surveilans resiko infeksi;
 - 4) Investigasi wabah (outbreak) penyakit infeksi;
 - 5) Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikroba secara aman;
 - 6) Asesmen berkala terhadap resiko;
 - 7) Menerapkan sasaran penurunan resiko;
 - 8) Mengukur dan mereview resiko infeksi.
- d. Direktur Rumah Sakit mengadakan evaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- e. Direktur Rumah Sakit mengadakan evaluasi kebijakan pemakaian antibiotika yang rasional dan desinfektan di rumah sakit berdasarkan saran dari komite Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI).
- f. Direktur Rumah Sakit menutup suatu unit perawatan atau instalasi yang dianggap potensial menularkan penyakit untuk beberapa waktu sesuai kebutuhan berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- g. Dalam pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit terkait Pencegahan dan pengendalian Infeksi, Direktur mengesahkan Regulasi

dan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi.

- h. Direktur Rumah Sakit memfasilitasi kebutuhan program kesehatan kerja atau karyawan terutama bagi petugas di area beresiko.

20. Manajemen Kerjasama/Kontrak

- 1) Rumah Sakit dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain, untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan.
- 2) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan saling menguntungkan.
- 3) Prinsip saling menguntungkan dapat berbentuk finansial dan/atau non finansial.
- 4) Rumah Sakit tetap mempertahankan mutu dan kelangsungan dari pelayanan pasien apabila kontrak dihentikan.
- 5) Kerja sama dengan pihak lain meliputi:
 - a) Kerja Sama Operasional;
 - b) Kerjasama Pemanfaatan Barang Milik Daerah;
 - c) Kerjasama Klinis (Kontrak Klinis);
 - d) Kerjasama Manajemen (Kontrak Manajemen).
- 6) Penatalaksanaan Kerjasama dengan pihak lain) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

a. Pengelolaan Jenis Kerja Sama

- 1) Kerja Sama Operasional adalah Kerja Sama Operasional (KSO) dilakukan melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan mitra kerja sama dengan tidak menggunakan atau menggunakan barang milik daerah.
- 2) Kerjasama Pemanfaatan barang milik daerah dilakukan melalui pendayagunaan barang milik daerah dan/atau optimalisasi barang milik daerah dengan tidak mengubah status kepemilikan untuk memperoleh pendapatan dan tidak mengurangi kualitas.
- 3) Kerjasama Klinis (Kontrak Klinis) dapat dilakukan dengan Tenaga Staf Medis Spesialis, Spesialis Konsultan, Subspesialis, berdasarkan analisis kebutuhan Rumah Sakit berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh Kelompok Staf Medis Fungsional dengan Kepala Bidang Pelayanan setelah mendapat persetujuan dari Direktur atas usulan dari Ketua Komite Medik.
- 4) Kontrak Klinis dengan Tenaga Staf Medis /Individu Staf Klinis Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dilengkapi Pakta Integritas Staf Klinis untuk mematuhi Peraturan perundang-undangan dan Regulasi Rumah Sakit.
- 5) Regulasi Rumah Sakit meliputi Kredensial, Rekredensial, Penilaian Kinerja, Standar Prosedur Operasional (SPO), Kode Etik, dan Peraturan Perundang-Undangan yang mengatur tentang Rumah Sakit.
- 6) Selain Kerjasama Klinis (Kontrak Klinis) Rumah Sakit juga dapat Kerjasama dengan Badan Hukum/ Institusi dalam rangka pelaksanaan bidang kesehatan sebagai Rumah Sakit Rujukan Regional.
- 7) Kerjasama Manajemen (Kontrak Manajemen) dilakukan dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan operasional Rumah Sakit dan kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan Badan Hukum/ Institusi yaitu:
 - a) Kerjasama Penunjang Medis/Non Medis.
 - b) Kerjasama pelaksanaan sebagai Rumah Sakit sebagai lahan praktik Pendidikan dan Pengembangan Penelitian.

- 8) Kontrak manajemen dapat meliputi kontrak untuk alat laboratorium, peralatan kedokteran, peralatan penunjang medis, obat-obatan, kontrak pelayanan, kontrak sumber daya manusia, pelayanan akuntansi keuangan, kebersihan, kerumahtanggaan seperti petugas keamanan, parkir, makanan, linen/laundry, pengolah limbah dan kontak manajemen lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit.
- 9) Pendapatan yang berasal dari kerjasama yang sepenuhnya untuk menyelenggarakan tugas dan fungsi kegiatan Rumah Sakit merupakan pendapatan Rumah Sakit.
- 10) Pembiayaan yang timbul akibat dilakukannya kerjasama dibebankan pada anggaran fungsional Rumah Sakit berdasarkan kesepakatan kedua pihak.
- 11) Pemanfaatan barang milik daerah mengikuti peraturan perundang-undangan.
- 12) Direktur rumah sakit menjabarkan secara tertulis jenis dan ruang lingkup, sifat dan cakupan pelayanan yang disediakan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.
- 13) Direktur rumah sakit bertanggung jawab terhadap kerjasama (kontrak) atau pengaturan lainnya.
- 14) Tata cara pelaksanaan kerjasama/kontrak selanjutnya diatur dengan Peraturan Direktur.
- 15) Kepala Bidang/Bagian secara berjenjang berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan kontrak manajemen.

b. Evaluasi Kontrak

- 1) Rumah sakit perlu melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien berdasarkan atas kontrak atau perjanjian kerjasama lainnya.
- 2) Kontrak dan perjanjian kerjasama lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan berdasarkan kontrak tersebut.
- 3) Setiap kerjasama/kontrak yang telah dilengkapi indikator mutu harus dilaporkan ke rumah sakit sesuai dengan mekanisme pelaporan mutu di rumah sakit.
- 4) Kepala Bidang/Bagian melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen dibawah tanggungjawabnya.

21. Manajemen Pendidikan, Pelatihan dan Peneitian

- 1) Setiap staf mendapat kesempatan meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilannya melalui pendidikan dan pelatihan dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan.
- 2) Kesempatan staf untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- 3) Pendidikan dan pelatihan harus sudah direncanakan, tertuang dalam rencana kerja anggaran dan atau sesuai dengan kebutuhan.
- 4) Pendidikan dan pelatihan dapat diselenggarakan di rumah sakit maupun dengan mengirim ke lembaga atau institusi penyelenggara pendidikan dan pelatihan.
- 5) Monitoring dan kendali mutu pendidikan dan pelatihan dilaksanakan oleh Satuan Pengendali Internal (SPI) rumah sakit.

a. Praktek Klinik Mahasiswa

- 1) Rumah sakit dalam menjalankan fungsinya sebagai rumah sakit yang menjadi lahan praktek klinik mahasiswa;

- 2) Pengelolaan pelaksanaan praktek klinik bagi mahasiswa kedokteran dan mahasiswa tenaga keperawatan serta mahasiswa tenaga kesehatan lainnya diatur dalam Keputusan Direktur.
- 3) Rumah sakit memberikan pembekalan kepada mahasiswa praktek klinik sebelum menjalankan praktek klinik dengan materi paling sedikit meliputi :
 - a) Profil rumah sakit;
 - b) Program peningkatan mutu rumah sakit;
 - c) Program Keselamatan pasien rumah sakit;
 - d) Program pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - e) Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) rumah sakit;
 - f) Bantuan hidup dasar (BHD);
 - g) Komunikasi efektif.
- 4) Rumah sakit menyediakan pendamping klinik dan atau pembimbing klinik.

b. Penelitian

- 1) Orang Pribadi/Badan Hukum/Instansi dapat melakukan penelitian/pengambilan data di rumah sakit dengan memenuhi syarat dan ketentuan yang berlaku;
- 2) Rumah sakit membentuk Komisi Etik Penelitian Kesehatan untuk melakukan kaji etik penelitian;
- 3) Penelitian kesehatan yang dilakukan di rumah sakit harus memiliki surat keterangan lolos Kaji Etik Penelitian dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan rumah sakit dan atau Komisi Etik Penelitian Kesehatan yang terakreditasi.

22. Manajemen Etik

- a. Rumah sakit menetapkan kerangka etika atau pedoman etika atau regulasi etik sebagai sarana edukasi untuk seluruh staf rumah sakit.
- b. Kerangka etika atau pedoman etika atau regulasi etik mengatur:
 - 1) Tanggung jawab Direktur Rumah Sakit secara profesional dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan serta budaya kerja budaya kerja yang berpedoman pada etika dan perilaku etis termasuk etika pegawai.
 - 2) Penerapan etika dengan bobot yang sama pada kegiatan bisnis/ manajemen maupun kegiatan klinis/pelayanan rumah sakit.
 - 3) Acuan keselarasan antara kinerja dan sikap organisasi tenaga kesehatan dan staf rumah sakit dengan visi, misi dan pernyataan nilai nilai rumah sakit, serta kebijakan sumber daya manusia.
 - 4) Pedoman bagi tenaga kesehatan, staf, serta pasien dan keluarga pasien ketika menghadapi dilema etis dalam asuhan pasien seperti perselisihan antarprofesional serta perselisihan antara pasien dan dokter mengenai keputusan dalam asuhan dan pelayanan.
 - 5) Pertimbangan norma-norma nasional dan internasional berkaitan dengan penyusunan kerangka etik dan pedoman lainnya.
- c. Rumah sakit membentuk dan menetapkan Komite yang mengelola etik rumah sakit dengan keputusan Direktur.
- d. Rumah Sakit dalam menjalankan kegiatan secara etik harus:
 - 1) mengungkapkan kepemilikan dan konflik kepentingan;
 - 2) menjelaskan pelayanan pada pasien secara jujur;
 - 3) melindungi kerahasiaan informasi pasien;
 - 4) menyediakan kebijakan yang jelas mengenai pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien;

- 5) menagih biaya untuk pelayanan yang diberikan secara akurat dan memastikan bahwa insentif finansial dan pengaturan pembayaran tidak mengganggu pelayanan pasien;
- 6) mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran kinerja klinis dan kinerja organisasi;
- 7) menetapkan sebuah mekanisme agar tenaga kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis atau mengajukan kekhawatiran etis dengan bebas dari hukuman, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait dengan masalah klinis ataupun operasional;
- 8) mendukung lingkungan yang memperkenankan diskusi secara bebas mengenai masalah/isu etis tanpa ada ketakutan atas sanksi;
- 9) menyediakan resolusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etis yang ada;
- 10) memastikan praktik nondiskriminasi dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum sertabudaya negara Indonesia;
- 11) mengurangikesenjangan dalam akses untuk pelayanan kesehatan dan hasil klinis.

23. Manajemen Budaya Keselamatan

- a. Direktur Rumah Sakit menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh área rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- b. Direktur Rumah Sakit melaksanakan, melakukan monitor, dan mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh área rumah sakit.
- c. Direktur Rumah Sakit menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf rumah sakit. Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan adalah:
 - 1) Perilaku yang tidak layak (inappropriate) seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat atau memaki;
 - 2) Perilaku yang mengganggu (disruptive) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau non verbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, dan celetukan maut adalah komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain.
 - 3) Perilaku yang melecehkan (harassment) terkait dengan ras, agama dan suku termasuk gender;
 - 4) Pelecehan seksual.
- d. Hal-hal penting menuju budaya keselamatan:
 - 1) Staf Rumah Sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit beresiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman;
 - 2) regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera;
 - 3) Direktur Rumah Sakit mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nacional sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
 - 4) mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.

- e. Direktur Rumah Sakit melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data dan diskusi kelompok.
- f. Direktur Rumah Sakit mendorong agar terbentuk kerjasama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini.
- g. Direktur Rumah Sakit menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau dokter part time, serta anggota representasi pemilik.
- h. Direktur Rumah Sakit mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas.
- i. Direktur Rumah Sakit mengidentifikasi, mendokumentasi, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima.
- j. Direktur Rumah Sakit menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi yang terkait dengan budaya keselamatan rumah sakit dapat diidentifikasi dan dikendalikan.
- k. Direktur Rumah Sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam rumah sakit.
- l. Direktur Rumah Sakit menetapkan sistem menjaga kerahasiaan, sederhana, dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam rumah sakit secara tepat waktu.
- m. Direktur melakukan investigasi secara tepat waktu terhadap laporan terkait budaya keselamatan rumah sakit.
- n. Dilakukan identifikasi masalah pada sistem yang menyebabkan tenaga kesehatan melakukan perilaku yang berbahaya.
- o. Direktur Rumah sakit menggunakan pengukuran/indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam rumah sakit serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tersebut.
- p. Direktur Rumah Sakit menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian/dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan.

24. Manajemen Penanganan Pengaduan

- a. Pengaduan Internal dan Eksternal
 - 1) Pengaduan Internal adalah pengaduan di lingkup Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau
 - 2) Pengaduan dapat berupa :
 - a) Pengaduan ketidakpuasan, dan /atau keluhan Pegawai Rumah Sakit terhadap Manajemen Rumah Sakit;
 - b) Pelanggaran pelaksanaan tugas dan fungsi yang dilakukan Pegawai;
 - c) Informasi tentang dugaan pelanggaran kode etik dan perilaku.
 - 3) Pengaduan Eksternal adalah pengaduan yang dilakukan oleh masyarakat baik perseorangan maupun kelompok terhadap Rumah Sakit.
 - 4) Pengaduan dapat berupa informasi/pemberitahuan berisi keluhan, dan /atau ketidakpuasan terkait dengan perilaku/pelayanan langsung maupun tidak langsung yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit Umum.
 - 5) Pengaduan dapat disampaikan dengan Surat resmi maupun secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.

- 6) Pengaduan juga dapat disampaikan melalui kotak saran, media elektronik, media cetak, dan secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.
- b. Penanganan Pengaduan
 - 1) Penanganan terhadap pengaduan dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit, harus diselesaikan dengan cara musyawarah dan mufakat.
 - 2) Penanganan Pengaduan Internal dilakukan oleh Atasan Langsung Pegawai dimaksud secara berjenjang.
 - 3) Penanganan Pengaduan Internal juga dilakukan oleh Komite Etik Rumah Sakit, Sub Komite Etik Komite Medik dan Sub Komite Etik Komite Keperawatan.
 - 4) Penanganan Pengaduan Eksternal dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit melalui Tim Penanganan Pengaduan.
25. Manajemen Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit Dan Sumber Daya Lain
- a. Rumah Sakit wajib menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal.
 - b. Pengelolaan lingkungan Rumah Sakit untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang berorientasi kepadakeamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan dan keselamatan.
 - c. Pengelolaan lingkungan meliputi pengelolaan limbah, yang terdiri dari limbah medis dan limbah non medis.
 - d. Tata laksana pengelolaan limbah mengacu pada ketentuan perundang-undangan.
 - e. Pengelolaan Sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, gedung dan jalan dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - f. Pengelolaan sumber daya dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.
26. Standar Pelayanan Minimal
- a. Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit, Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dengan Peraturan Bupati.
 - b. Standar Pelayanan Minimal diusulkan oleh Direktur.
 - c. Standar Pelayanan Minimal harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.
 - d. Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan:
 - 1) fokus pada jenis pelayanan;
 - 2) terukur;
 - 3) dapat dicapai;
 - 4) relevan dan dapat diandalkan; dan
 - 5) tepat waktu.
 - e. Fokus pada jenis pelayanan mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
 - f. Terukur merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
 - g. Dapat dicapai merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.

- h. Relevan dan dapat diandalkan, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- i. Tepat waktu merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

27. Evaluasi dan Penilaian Kinerja

- a. Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD dilakukan setiap tahun oleh Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- b. Evaluasi dan penilaian kinerja bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan BLUD sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.
- c. Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam:
 - 1) memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - 2) memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas).
 - 3) memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - 4) kemampuan menerima dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- d. Penilaian kinerja dari aspek non keuangan dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

28. Informasi Medis

Rumah sakit mempunyai hak:

- 1) Menentukan jumlah, jenis dan kualifikasi sumberdaya manusia sesuai klasifikasi Rumah Sakit;
- 2) Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 3) Melakukan Kerjasama dengan pihak lain dalam mengembangkan pelayanan;
- 4) menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 5) menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- 6) mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan; dan
- 7) mempromosikan layanan Kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:

- 1) memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- 2) memberikan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan Pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- 3) memberikan pelayanan Gawat Darurat kepada Pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- 4) berperan aktif dalam memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya
- 5) menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- 6) melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan bagi Pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan Gawat

Darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan KLB, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;

- 7) membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani Pasien;
- 8) menyelenggarakan rekam medis;
- 9) menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, tempat parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
- 10) melaksanakan sistem rujukan;
- 11) menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 12) memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasien;
- 13) menghormati dan melindungi hak-hak Pasien;
- 14) melaksanakan etika Rumah Sakit;
- 15) memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- 16) melaksanakan program pemerintah di bidang Kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
- 17) membuat daftar Tenaga Medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan Tenaga Kesehatan lainnya;
- 18) men5rusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
- 19) melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- 20) memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

a. Hak dan Kewajiban Dokter Rumah Sakit

- 1) Dokter Rumah Sakit berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya.
- 2) Dokter Rumah Sakit berkewajiban untuk:
 - a) merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
 - b) menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, etika dan hukum profesi kedokteran.

b. Hak dan Kewajiban Pasien Rumah Sakit

- 1) Hak Pasien meliputi:
 - a) Mendapatkan informasi mengenai kesehatan dirinya;
 - b) Mendapatkan penjelasan yang memadai mengenai pelayanan kesehatnyang diterimanya;
 - c) Mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, standar profesi, dan pelayanan yang bermutu;
 - d) Menolak atau menyetujui tindakan medis yang diperlukan dalam rangka pencegahan penyakitmenular dan penanggulangan KLB atau wabah;
 - e) Mendapatkan akses atau informasi yang terdapat didalam rekam medis;
 - f) Meminta pendapat tenaga medis atau tenaga kesehatan lain dan mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 2) Kewajiban pasien meliputi:
 - a) Memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya;
 - b) Memenuhi nasehat petunjuk Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;

- c) Mematuhi ketentuan yang berlaku pada fasilitas pelayanan kesehatan; dan
- d) Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

29. Hak dan Kewajiban Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

a. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak:

- 1) Mendapatkan perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi, serta kebutuhan Kesehatan Pasien;
- 2) Mendapatkan informasi yang lengkap dan benar dari Pasien atau keluarganya;
- 3) Mendapatkan gaji/upah, imbalan jasa, dan tunjangan kinerja yang layak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 4) Mendapatkan pelindirngan atas keselamatan, Kesehatan kerja, dan keamanan;
- 5) Mendapatkan jaminan kesehatan dan jaminan ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 6) Mendapatkan perlindungan atas perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya;
- 7) Mendapatkan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 8) Mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pengembangan kompetensi, keilmuan, dan karier di bidang profesinya;
- 9) Menolak keinginan Pasien atau pihak lain yang bertentangan dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, kode etik, atau ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- 10) Mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik wajib:

- 1) Memberikan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi serta kebutuhan Kesehatan pasien;
- 2) Memperoleh persetujuan dari Pasien atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
- 3) Menjaga rahasia Kesehatan Pasien;
- 4) Membuat dan menyimpan catatan dan/ atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan; dan
- 5) Merujuk Pasien ke Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan lain yang mempunyai kompetensi dan kewenangan yang sesuai.

30. Tuntutan Hukum Dan Pemberian Bantuan Hukum

- a. Dalam hal pegawai Rumah Sakit dituntut berkaitan dengan hukuman pidana dan/atau perdata, maka tindak lanjut berdasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka Rumah Sakit bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan/SPO yang telah ditetapkan.
- c. Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu yang tidak mematuhi aturan/SPO yang telah

ditetapkan, maka Rumah Sakit tidak bertanggung jawab atas tuntutan tersebut.

- d. Apabila hasil penelitian menunjukkan kebenaran dugaan pelanggaran, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberlakukan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. Pemerintah Daerah Kabupaten Sanggau dapat menyediakan anggaran terhadap kasus penyelesaian hukum terhadap karyawan RSUD M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau sebagai perlindungan hukum dan bantuan hukum sesuai ketentuan PerUU yang berlaku.
- f. Pemberian bantuan hukum dilakukan sesuai mekanisme permohonan dari pihak berwajib/penegak hukum.
- g. Mekanisme pemberian bantuan hukum dilakukan dengan mekanisme permohonan dari Penegak Hukum melalui RSUD M.Th. Djaman Kabupaten Sanggau Disampaikan kepada Biro Hukum/Bagian Hukum Setda Kabupaten Sanggau Bidang bantuan Hukum.
- h. Pemberian bantuan hukum dengan anggaran APBD/BLUD RSUD M.Th. Djaman Kabupaten Sanggau.

31. Pengisian Jabatan

- a. Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati dari Pegawai Aparatur Sipil Negara/Non Aparatur Sipil Negara yang memenuhi syarat atas usul Sekretaris Daerah Kabupaten selaku Ketua Badan Pertimbangan Jabatan dan Kepangkatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- b. Jabatan Struktural selain Direktur diisi Pegawai Aparatur Sipil Negara atas usulan Direktur kepada Bupati sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- c. Pegawai Aparatur Sipil Negara yang menduduki jabatan pimpinan tinggi, jabatan administrator dan jabatan pengawas Rumah Sakit memenuhi persyaratan kompetensi:
 - 1) teknis;
 - 2) manajerial; dan
 - 3) sosial kultural.
- d. Selain memenuhi kompetensi Pegawai Aparatur Sipil Negara yang menduduki jabatan harus memenuhi kompetensi Pemerintahan.
- e. Kompetensi teknis diukur dari tingkat dan spesialisasi pendidikan, pelatihan teknis fungsional dan pengalaman bekerja secara teknis yang dibuktikan dengan sertifikasi.
- f. Kompetensi manajerial diukur dari tingkat pendidikan, pelatihan struktural atau manajemen dan pengalaman kepemimpinan.
- g. Kompetensi sosial kultural diukur dari pengalaman kerja berkaitan dengan masyarakat majemuk dalam hal agama, suku dan budaya sehingga memiliki wawasan kebangsaan.
- h. Kompetensi pemerintahan meliputi kompetensi pengetahuan, sikap, dan ketrampilan yang terkait dengan kebijakan desentralisasi, hubungan Pemerintah Pusat dan Daerah, pemerintahan umum, pengelolaan keuangan daerah, Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah, hubungan Pemerintah Daerah Kabupaten dengan Dewan Perwakilan Rakyat Kabupaten, serta etika pemerintahan.
- i. Kompetensi ditetapkan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

32. Manajemen Risiko

- a. Manajemen risiko merupakan proses yang proaktif dan berkesinambungan meliputi identifikasi, analisis, evaluasi,

pengendalian, informasi komunikasi, pemantauan, dan pelaporan risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola risiko dan potensinya.

- b. Rumah sakit menerapkan manajemen risiko dan rencana penanganan risiko untuk memitigasi dan mengurangi risiko bahaya yang ada atau mungkin terjadi.
- c. Rumah Sakit melakukan identifikasi kategori risiko meliputi, namun tidak terbatas pada risiko:
 - 1) Operasional adalah risiko yang terjadi saat rumah sakit memberikan pelayanan kepada pasien baik klinis maupun non klinis;
 - 2) Risiko klinis yaitu risiko operasional yang terkait dengan pelayanan kepada pasien (keselamatan pasien) meliputi risiko yang berhubungan dengan perawatan klinis dan pelayanan penunjang seperti kesalahan diagnostik, bedah atau pengobatan;
 - 3) Risiko non klinis yang juga termasuk risiko operasional adalah risiko PPI (terkait pengendalian dan pencegahan infeksi misalnya sterilisasi, laundry, gizi, kamar jenazah dan lain-lainnya), risiko MFK (terkait dengan fasilitas dan lingkungan, seperti kondisi bangunan yang membahayakan, risiko yang terkait dengan ketersediaan sumber air dan listrik, dan lain lain. Unit klinis maupun non klinis dapat memiliki risiko yang lain sesuai dengan proses bisnis/kegiatan yang dilakukan di unitnya. Misalnya unit humas dapat mengidentifikasi risiko reputasi dan risiko keuangan;
 - 4) Risiko keuangan; risiko kepatuhan (terhadap hukum dan peraturan yang berlaku);
 - 5) Risiko reputasi (citra rumah sakit yang dirasakan oleh masyarakat);
 - 6) Risiko strategis (terkait dengan rencana strategis termasuk tujuan strategis rumah sakit); dan
 - 7) Risiko kepatuhan terhadap hukum dan regulasi. Proses manajemen risiko yang diterapkan di rumah sakit meliputi:
 - a) Komunikasi dan konsultasi.
 - b) Menetapkan konteks.
 - c) Identifikasi risiko sesuai kategori risiko pada poin a) - e)
 - d) Analisis risiko.
 - e) Evaluasi risiko.
 - f) Penanganan risiko.
 - g) Pemantauan risiko.
- d. Rumah sakit harus menyusun Program manajemen risiko setiap tahun berdasarkan daftar risiko yang diprioritaskan dalam profil risiko meliputi:
 - 1) Proses manajemen risiko.
 - 2) Integrasi manajemen risiko di rumah sakit.
 - 3) Pelaporan kegiatan program manajemen risiko.
 - 4) Pengelolaan klaim tuntutan yang dapat menyebabkan tuntutan.

33. Pelaksanaan Peraturan Internal

Seluruh pelaksanaan dan petunjuk teknis dari Peraturan ini akan diatur dalam Surat Keputusan Direktur, Pedoman, Kebijakan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang ditetapkan oleh Direktur.

BAB III
PERATURAN STAF MEDIS RUMAH SAKIT

1. Kelompok Staf Medis

- 1) Untuk menjadi Kelompok Staf Medis Rumah Sakit seorang staf medis harus memiliki:
 - a) Kompetensi yang dibutuhkan;
 - b) Surat Tanda Registrasi (STR); dan
 - c) Surat Ijin Praktek (SIP).
- 2) Selain memenuhi syarat staf medis harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang laik untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.
- 3) Kelompok Staf Medis rumah sakit berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dibidang pelayanan medis.
- 4) Kelompok Staf Medis Fungsional dapat melimpahkan tindakan medis tertentu kepada Perawat berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.
- 5) Dalam melaksanakan fungsinya sebagaimana dimaksud dalam Kelompok Staf Medis mempunyai tugas:
 - a) melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promoti, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
 - b) membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu dan akurat;
 - c) Meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan;
 - d) menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran; dan
 - e) menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.
- 6) Dalam melaksanakan tugasnya Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- 7) Setiap kelompok Staf Medis minimal terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian sama.
- 8) Dalam hal persyaratan tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok Staf Medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.
- 9) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- 10) Ketua kelompok Staf Medis dapat dijabat oleh Dokter PNS atau Dokter Non PNS.
- 11) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur.
- 12) Ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- 13) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.
- 14) Tanggungjawab Kelompok Staf Medis meliputi :
 - a) melakukan evaluasi atas kinerja praktek Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
 - b) memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
 - c) memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktek kedokteran;
 - d) memberikan laporan secara teratur paling sedikit 1 (satu) kali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur atau Wakil

- Direktur Pelayanan tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
- e) melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen yang terkait.
- 15) Kewajiban Kelompok Staf Medis meliputi:
 - a) menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medik;
 - b) menyusun indikator mutu klinis; dan
 - c) menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.
 - 16) Terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi Staf Medis dilakukan penilaian kinerja oleh Direktur sesuai ketentuan yang berlaku.
 - 17) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite medik sesuai ketentuan yang berlaku.
 - 18) Staf Medis yang memberikan pelayanan medik dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggungjawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.
 - 19) Staf Medis Rumah Sakit terdiri dari:
 - a) Staf Medis ASN (PNS dan PPPK);
 - b) Staf Medis Non ASN;
 - c) Staf Medis Tamu.
 - 20) Staf Medis ASN, yaitu dokter ASN yang bekerja penuh waktu sebagai pegawai tetap rumah sakit, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada Direktur.
 - 21) Staf Medis Non ASN, yaitu dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang berstatus tenaga kontrak dan yang telah terikat perjanjian kerja dengan Rumah Sakit dan atau Institusi Pendidikan dan ditetapkan berdasarkan Keputusan Penempatan di Rumah Sakit oleh Direktur.
 - 22) Staf Medis Non ASN berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis Rumah Sakit apabila telah menyelesaikan masa kontrak 1 (satu) tahun atau berhenti atas persetujuan bersama.
 - 23) Staf Medis Non ASN yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja kembali untuk masa kontrak 1 (satu) berikutnya setelah menandatangani perjanjian kerja baru dengan pihak Rumah Sakit.
 - 24) Staf Medis, yaitu dokter dari luar Rumah Sakit yang karena reputasi dan/atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medik yang ada di Rumah sakit atau untuk melaksanakan tugas suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.
 - 25) Peserta PPDS yaitu Dokter yang secara sah diterima sebagai peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis, serta membantu memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dibidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan
- a. Kewenangan Klinis Staf Medis
 - 1) Setiap Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinis (clinical privilege) oleh Direktur sesuai standar profesi setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan buku putih (white paper).
 - 2) Kewenangan klinis seorang staf medis tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilan

tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (behavior).

- 3) Untuk dapat memberikan rekomendasi Komite medik menetapkan rincian kewenangan klinis (delineation of clinical privilege) dari syarat-syarat kompetensi yang dibutuhkan untuk setiap jenis pelayanan medis bagi setiap jenis pelayanan di rumah sakit.
- 4) Penetapan rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium spesialisasi dan didokumentasikan oleh Komite Medik dalam buku putih.
- 5) Buku putih menjadi dasar bagi Komite Medik dalam mengeluarkan rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk Staf Medis.

b. Surat Penugasan Klinis

- 1) Pemberian kewenangan klinis diberikan Direktur melalui penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- 2) Surat Penugasan Klinis diberikan kepada Staf Medis sebagai dasar untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit
- 3) Berdasarkan Surat Penugasan Klinis (Clinical Appointment), maka seorang staf medis tergabung menjadi anggota kelompok (member) staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medik di rumah sakit.
- 4) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (Clinical Appointment) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite medik atau alasan tertentu.
- 5) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (Clinical Appointment) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medik di rumah sakit.
- 6) Direktur dapat memberikan Surat Penugasan Klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*) kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti.
- 7) Dalam keadaan *emergency* atau bencana yang menimbulkan banyak korban, semua Staf Medis Rumah Sakit dapat diberikan kewenangan klinis oleh Direktur untuk melakukan tindakan penyelamatan diluar kewenangan klinis yang dimilikinya sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

c. Masa Kerja Staf Klinis

- 1) Staf Medis PNS , memiliki masa kerja sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang undangan.
- 2) Staf Medis PPPK, memiliki masa kerja sesuai dengan perjanjian sesuai Keputusan Bupati Sanggau.
- 3) Staf Medis Non ASN dan Tamu, memiliki masa kerja sesuai dengan perjanjian dan/atau Keputusan Direktur.
- 4) Staf Medis PNS yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Non ASN atau Staf Medis Tamu sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan tenaganya masih dibutuhkan oleh Rumah Sakit.
- 5) Untuk dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Non ASN atau diangkat kembali sebagai Staf Medis Tamu, harus terlebih dahulu mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan tersebut.
- 6) Dalam pengambilan keputusan untuk menerima atau menolak permohonan Direktur meminta Komite Medik untuk melakukan

kajian kompetensi calon staf medis melalui Subkomite Kredensial Staf Medis.

- 7) Selain Staf Medis Rumah sakit/ Direktur juga dapat mempekerjakan Staf Medis Spesialis Mandiri / dari luar yang diikat dengan Perjanjian Kerja Sama / Kontrak berdasarkan analisis kebutuhan yang dilakukan dengan membuat kajian terlebih dahulu oleh Komite Medik Sub Komite Kredensial.
- 8) Jangka waktu perjanjian kerjasama berdasarkan kesepakatan kedua belah pihak dengan mempertimbangkan efektivitas, efisien dan kemampuan keuangan.
- 9) Tata cara pelaksanaan Perjanjian Kerja Sama diatur dalam Peraturan Direktur sebagai pedoman dalam pengelolaan kerjasama di Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau.
- 10) Staf Medis diberhentikan dengan hormat karena :
 - a) telah memasuki masa pensiun;
 - b) permintaan sendiri;
 - c) tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai Staf Medis;
 - d) tidak masuk kerja selama 46 (empat puluh enam) hari kerja secara kumulatif selama 1(satu) tahun; dan
 - e) berhalangan tetap karena sakitnya sehingga tidak dapat melaksanakan tugas.
- 11) Staf Medis dapat diberhentikan dengan tidak hormat apabila terbukti melakukan perbuatan melawan hukum dengan ancaman pidana lebih dari 5 (lima) tahun berdasarkan putusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.

d. Penilaian Kinerja Staf Medis

Penilaian kinerja Staf Medis dilakukan oleh Komite Medik yang disampaikan kepada Direktur merupakan rekomendasi bagi Direktur untuk mengambil kebijakan.

e. Pembinaan dan Pengawasan

- 1) Pembinaan dan pengawasan Staf Medis dilakukan oleh Direktur melalui Komite Medik.
- 2) Pembinaan dan pengawasan anggota Staf Medis dilakukan oleh Kepala Bidang Pelayanan melalui ketua Staf Medis dari masing-masing kelompok.

f. Sanksi

- 1) Seluruh Staf Medis Rumah Sakit yang melakukan pelanggaran terhadap aturan perundang-undangan, aturan rumah sakit, klausul-klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- 2) Sanksi dapat berupa:
 - a) administrasi
 - b) teguran lisan atau tertulis;
 - c) penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - d) pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis PNS; atau
 - e) pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Non PNS yang masih berada dalam masa kontrak saja.
- 3) Pemberian sanksi sebagaimana dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Medik dalam hal ini Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.

- 4) Pemberlakuan sanksi ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan disampaikan kepada SMF yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- 5) Dalam hal SMF tidak dapat menerima sanksi maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis kepada Direktur dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan.
- 6) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

2. Komite Medik

a. Pembentukan

- 1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural di rumah sakit yang dibentuk dengan Keputusan Direktur. Perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- 2) Komite Medik bukan merupakan wadah perwakilan Staf Medis.
- 3) Komite Medik berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur, meliputi hal-hal yang berkaitan dengan :
 - a) mutu pelayanan medis;
 - b) pembinaan etik kedokteran; dan
 - c) pengembangan profesi medis
- 4) Komite Medik mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- 5) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan bagi Komite Medik untuk melaksanakan fungsinya.

b. Susunan, Fungsi, Tugas dan Kewenangan

Susunan Organisasi Komite medik terdiri dari:

- a) Ketua;
- b) Sekretaris; dan
- c) Subkomite.

- 1) Ketua komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- 2) Sekretaris komite medik dan ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- 3) Keanggotaan komite medis ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- 4) Jumlah keanggotaan komite medik disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit.
- 5) Dalam hal diperlukan Wakil Ketua Komite Medik, maka Wakil Ketua Komite Medik diusulkan oleh Ketua Komite Medik dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- 6) 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.
- 7) Komite Medik terbagi dalam 3 (tiga) Subkomite, yaitu:
 - a) subkomite Kredensial Staf Medis;

- b) subkomite Mutu Profesi Medis;
 - c) subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis.
- 8) Sub Komite terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
 - 9) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite medis berwenang:
 - a) memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - b) memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
 - c) memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - d) memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - e) memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
 - f) memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
 - g) memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
 - h) memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.
 - 10) Organisasi Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medik.
 - 11) Subkomite Kredensial Staf Medis mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis.
 - 12) Dalam melaksanakan tugas Sub Komite Kredensial Staf Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a) penyusunan dan pengkomplikasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku:
 - (1) kompetensi;
 - (2) kesehatan fisik dan mental;
 - (3) perilaku etika profesi.
 - b) penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian;
 - c) evaluasi data pendidikan professional kedokteran/kedokterangigi berkelanjutan;
 - d) wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e) penilaian dan putusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f) pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medis;
 - 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.
 - 13) Organisasi Subkomite Mutu Profesi Medis, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
 - 14) Subkomite Mutu profesi Medis mempunyai tugas memelihara mutu profesi staf medis.
 - 15) Dalam melaksanakan tugas subkomite Mutu profesi Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a) Pelaksanaan audit medis;
 - b) Rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;

- c) Rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis Rumah Sakit tersebut; dan
 - d) Rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
 - e) Pemantauan dan pengendalian mutu profesi dilakukan melalui:
 - (1) Pemantauan kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, journal reading;
 - (2) Tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.
- 16) Organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi Medis, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua Komite Medik.
 - 17) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis mempunyai tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi.
 - 18) Dalam melaksanakan tugas subkomite etika dan disiplin profesi medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a) pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b) pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c) rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan
 - d) pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
- c. Kredensial
- 1) Rekomendasi dari Komite medik untuk pemberian kewenangan klinis dilakukan melalui proses kredensial.
 - 2) Kredensial merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf medis yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
 - 3) Kredensial dilakukan terhadap seluruh Staf Medis, tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya.
 - 4) Rumah Sakit wajib melakukan proses kredensial untuk memverifikasi keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis agar yang bersangkutan bisa melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi.
 - 5) Upaya dilakukan dengan cara mengatur agar setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar memiliki kompetensi.
 - 6) Kompetensi meliputi 2 (dua) aspek yaitu:
 - a) kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, ketrampilan dan perilaku profesional; dan
 - b) kompetensi fisik dan mental.
 - 7) Setelah seorang staf medis dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
 - 8) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis seorang staf medis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
- d. Rekredensial
- 1) Paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum Penerbitan Surat Penugasan Klinis habis masa berlakunya, staf medis yang bersangkutan harus

mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.

- 2) Terhadap permohonan rumah sakit melalui Subkomite Kredensial Staf Medis harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan.
- 3) Mekanisme dan proses rekredensialing pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
- 4) Proses rekredensial menghasilkan rekomendasi Komite Medik kepada Direktur berupa:
- 5) Mekanisme kredensial dan rekredensial di Rumah Sakit merupakan tanggung jawab Komite Medik.
- 6) Proses kredensial dan rekredensial dilaksanakan oleh Subkomite Kredensial Staf Medis.

e. Rapat-Rapat

Rapat Komite Medik terdiri dari:

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

- 1) Rapat Rutin dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- 2) Rapat Rutin bersama semua kelompok Staf Medis dan/atau dengan semua staf medis, dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- 3) Rapat dipimpin oleh Ketua Medik atau Wakil Ketua dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu dari anggota yang hadir dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik tidak hadir.
- 4) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.
- 5) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.
- 6) Rapat khusus diadakan apabila:
 - a) ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
 - b) ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik.
- 7) Rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.
- 8) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- 9) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- 10) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.
- 11) Rapat tahunan Komite Medik, diselenggarakan sekali dalam setahun.

- 12) Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.
- 13) Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh Direktur, Kepala Bidang Pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.
- 14) Keputusan rapat Komite Medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- 15) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- 16) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.
- 17) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- 18) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

f. Panitia *Adhoc*

- 1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia adhoc.
- 2) Panitia adhoc ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- 3) Panitia adhoc berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- 4) Mitra bestari (per group) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
- 5) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/ atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

g. Pembinaan dan Pengawasan

- 1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh badan-badan yang berwenang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- 2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit
- 3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui:
 - a) advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b) pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c) monitoring dan evaluasi.
- 4) Dalam rangka pembinaan, pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

BAB IV
PENUTUP

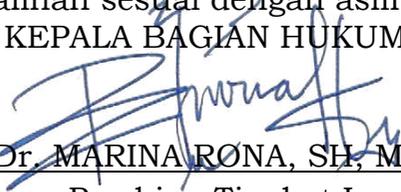
Peraturan Internal Rumah Sakit sebagai acuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah M.Th.Djaman Kabupaten Sanggau sehingga tercapai peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien serta tata kelola Rumah Sakit yang baik, sehingga terwujudnya penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit yang bermutu, profesional, dan bertanggung jawab sesuai dengan standar yang berlaku. Semua pihak baik tenaga kesehatan dan non kesehatan serta pemangku kepentingan lainnya dapat melaksanakan Pelayanan Kesehatan dengan bertanggungjawab, efektif, efisien dan berkelanjutan.

BUPATI SANGGAU,

ttd

PAOLUS HADI

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,


Dr. MARINA RONA, SH, MH

Pembina Tingkat I

NIP 19770315 200502 2 002