

GUBERNUR SUMATERA SELATAN

PERATURAN GUBERNUR SUMATERA SELATAN

NOMOR 7 TAHUN 2024

TENTANG

POLA TATA KELOLA, STANDAR PELAYANAN MINIMAL DAN RENCANA STRATEGIS BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT PROVINSI SUMATERA SELATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR SUMATERA SELATAN,

Menimbang : bahwa dalam rangka melaksanakan ketentuan Pasal 38 ayat (2), Pasal 41 ayat (2) dan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Pola Tata Kelola, Standar Pelayanan Minimal dan Rencana Strategis Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan;

Mengingat :

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 39 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4279) 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);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2021 tentang Harmonisasi Peraturan Perpajakan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6736);

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
5. Undang-Undang Nomor 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);
6. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2023 tentang Provinsi Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 56, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
7. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
8. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 141, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6897);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/ Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 92, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5533) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 142, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6523);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 94 Tahun 2021 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 202, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6718);
16. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 38);
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pedoman Pembentukan dan Klasifikasi Cabang Dinas dan Unit Pelaksana Teknis Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 451);
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1291);
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 912);

24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
26. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pedoman Pembentukan dan Klasifikasi Cabang Dinas dan Unit Pelaksana Teknis Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 451);
27. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
28. Peraturan Gubernur Nomor 8 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Pada Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2016 Nomor 8);
29. Peraturan Gubernur Nomor 24 Tahun 2020 tentang Unit Pelaksana Teknis Dinas Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2020 Nomor 27);
30. Peraturan Gubernur Nomor 28 Tahun 2021 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2021 Nomor 28);
31. Peraturan Gubernur Nomor 17 Tahun 2022 tentang Pedoman Pengadaan Barang/Jasa Pada Badan Layanan Umum Daerah Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2022 Nomor 17);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG POLA TATA KELOLA, STANDAR PELAYANAN MINIMAL DAN RENCANA STRATEGIS BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT PROVINSI SUMATERA SELATAN.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Provinsi adalah Provinsi Sumatera Selatan.
2. Pemerintah Provinsi adalah Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan.
3. Gubernur adalah Gubernur Sumatera Selatan.
4. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang selanjutnya disebut DPRD adalah Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi Sumatera Selatan.
5. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Provinsi Sumatera Selatan.
6. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan.

7. Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah yang selanjutnya disingkat BPKAD adalah Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Provinsi Sumatera Selatan.
8. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan.
9. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan.
10. Pejabat Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat PPKD adalah Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
11. Pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit adalah pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri dari Direktur dan Pejabat Eselon IV.
12. Pegawai Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disebut Pegawai ASN adalah Pegawai Negeri Sipil dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja yang diangkat oleh pejabat pembina kepegawaian dan diberi tugas dalam suatu jabatan pemerintahan atau disertai tugas negara lainnya dan digaji berdasarkan peraturan perundang-undangan.
13. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah warga negara Indonesia yang memenuhi syarat tertentu, diangkat sebagai pegawai ASN secara tetap oleh pejabat pembina kepegawaian untuk menduduki jabatan pemerintahan.
14. Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja yang selanjutnya disingkat PPPK adalah warga negara Indonesia yang memenuhi syarat tertentu, yang diangkat berdasarkan perjanjian kerja untuk jangka waktu tertentu dalam rangka melaksanakan tugas pemerintahan.
15. Pegawai Tidak Tetap adalah Pegawai bukan Aparatur Sipil Negara yang diangkat oleh Pemimpin BLUD dan/atau Pejabat Pemerintah untuk jangka waktu tertentu guna melaksanakan tugas yang bersifat teknis profesional dan administrasi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan keuangan BLUD.
16. Pemilik adalah Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan.
17. Representasi Pemilik adalah Dewan Pengawas BLUD Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan.
18. Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat yang selanjutnya disebut RSK Mata Masyarakat adalah Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan.
19. Tata Kelola Rumah Sakit adalah aturan dasar atau aturan Internal rumah sakit yang merupakan konstitusi (Anggaran Rumah Tangga) yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
20. Tata Kelola Korporasi adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi terselenggara dengan baik melalui hubungan antara pemilik, pengelola dan komite medik di Rumah Sakit.

21. Tata Kelola Staf Medis aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme kelompok staf medis di Rumah Sakit.
22. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
23. Fleksibilitas adalah keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
24. Praktek Bisnis Yang Sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu, berkesinambungan dan berdaya saing.
25. Pejabat Pelaksana Keuangan dan Pejabat Pelaksana Teknis adalah Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.
26. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
27. Unit Organisasi Bersifat Khusus yang selanjutnya disingkat UOBK adalah Rumah Sakit Daerah yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
28. Rencana Strategis Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat Renstra BLUD adalah dokumen perencanaan 5 (lima) tahun yang disusun untuk menjelaskan strategi pengelolaan BLUD dengan mempertimbangkan alokasi sumber daya dan kinerja dengan menggunakan teknik analisis bisnis.
29. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran BLUD Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan.
30. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
31. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
32. Tenaga Medis adalah dokter umum, dokter spesialis, dokter subspecialis, yang merupakan Staf Medis fungsional.

33. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter umum, dokter spesialis, dokter subspesialis, di rumah sakit yang dikelompokkan sesuai bidang spesialisasinya.
34. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
35. Manajer Pelayanan Pasien/*Case Manager* adalah staf fungsional yang diberi tugas dan tanggung jawab oleh direktur untuk membantu direktur dalam mengkoordinasikan, mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan, mutu dan keselamatan pasien.
36. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
37. Unit kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
38. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
39. Surat Izin Praktik medis dan paramedis yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis maupun Surat Tugas untuk melakukan praktik kedokteran yang dikeluarkan oleh Pemerintah Provinsi kepada Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
40. Surat Ijin Praktik Khusus Rumah Sakit Pendidikan adalah Surat Ijin Praktik yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit Pusat Pendidikan Utama dan berlaku pula di Rumah Sakit Pendidikan Jejaring Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan, begitu juga sebaliknya dari Rumah Sakit Pendidikan Jejaring Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan ke Rumah Sakit Pendidikan Utama.
41. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
42. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.

43. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
44. Panitia Urusan Piutang Negara yang selanjutnya disingkat PUPN adalah Panitia Interdepartemental yang mengurus Piutang Negara yang berasal dari Instansi Pemerintah atau badan-badan yang dikuasai oleh Negara.
45. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
46. Piutang Negara sementara belum dapat ditagih yang selanjutnya disebut PSBDT adalah suatu penyusunan Piutang Negara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
47. Kompetisi Pemikiran Kritis Mahasiswa yang selanjutnya disingkat KPKM merupakan agenda tahunan DIKTI yang mewadahi Mahasiswa dalam bidang penulisan yang berorientasi pada hasil dari pemikiran kritis Mahasiswa.
48. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
49. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
50. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran atau administrasi pelayanan guna menunjang pelaksanaan tugas- tugas pelayanan.
51. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit non struktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
52. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
53. Dokter Program Pendidikan Dokter Spesialis adalah Dokter peserta didik Spesialisasi dari Rumah Sakit Pendidikan Utama dimana Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan merupakan jejaring Rumah Sakit Pendidikan tersebut yang sedang melaksanakan praktik di Rumah Sakit.

54. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
55. *Infection Prevention and Control Nurse* selanjutnya disingkat IPCN adalah tenaga profesional dan praktisi dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.
56. *Infection Prevention and Control Link Nurse* selanjutnya disingkat IPCLN adalah perawat pelaksana harian atau penghubung dengan IPCN.
57. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
58. Sumber Daya Manusia Rumah Sakit yang selanjutnya disebut SDM Rumah Sakit adalah semua tenaga yang bekerja di Rumah Sakit baik tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan.
59. Bagian Sumber Daya Manusia yang selanjutnya disebut bagian SDM adalah bagian kepegawaian di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan.
60. Remunerasi adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/atau pensiun yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit.
61. Jasa Pelayanan adalah imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik dan atau pelayanan lainnya.
62. Kelompok Kerja adalah Tim yang dibentuk oleh Direktur dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas-tugas Rumah Sakit dengan keanggotaan yang berasal dari unit kerja dan atau instalasi lingkup Rumah Sakit.
63. Pengaduan adalah penyampaian keluhan yang disampaikan pengadu kepada pengelola pengaduan pelayanan publik atas pelayanan pelaksana yang tidak sesuai dengan standar pelayanan, atau pengabaian kewajiban dan/atau pelanggaran larangan oleh penyelenggara.
64. Standar pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggara pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.

65. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat K3RS adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit.
66. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi yang selanjutnya disebut APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan.

Bagian Kedua

Maksud, Tujuan dan Fungsi

Pasal 2

- (1) Maksud Pembentukan Peraturan Gubernur ini adalah sebagai pedoman dalam penyelenggaraan rumah sakit yang menerapkan tata kelola yang baik berdasarkan prinsip-prinsip transparansi, akuntabilitas, indenpendensi dan responsibilitas, kesetaraan dan kewajaran.
- (2) Tujuan Pembentukan Peraturan Gubernur ini adalah untuk:
 - a. meningkatkan kinerja layanan secara profesional kepada masyarakat;
 - b. memperkuat daya saing secara berkesinambungan, mengelola sumber daya dan risiko secara lebih efektif dan efisien; serta
 - c. meningkatkan *value* rumah sakit dan kepercayaan masyarakat.

Pasal 3

Fungsi Peraturan Gubernur ini adalah:

- a. sebagai pedoman bagi Rumah Sakit dalam melakukan pengawasan;
- b. sebagai pedoman bagi Direktur dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional;
- c. sarana menjamin efektivitas, efisiensi dan mutu layanan;
- d. sarana perlindungan hukum;
- e. sebagai pedoman penyelesaian konflik; dan
- f. untuk memenuhi persyaratan akreditasi.

Pasal 4

Peraturan Gubernur ini 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, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada rumah sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak dan diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- c. Responsibilitas, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat dengan 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.

BAB II RUANG LINGKUP

Pasal 5

Ruang lingkup dalam Peraturan Gubernur ini meliputi:

- a. Pola Tata Kelola Rumah sakit;
- b. Rencana Strategis; dan
- c. Standar Pelayanan Minimal;

BAB III POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Identitas Rumah Sakit dan Visi, Misi, Motto dan Maklumat
Pelayanan

Paragraf 1

Identitas rumah sakit

Pasal 6

- (1) Identitas Rumah Sakit ditetapkan sebagai berikut:
 - a. Nama Rumah Sakit yaitu RSK Mata Masyarakat, yang merupakan Rumah Sakit Khusus Milik Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan;
 - b. Kelas RSK Mata Masyarakat yaitu kelas B selanjutnya mengikuti perkembangan penetapan kelas rumah sakit oleh Lembaga yang berwenang;
 - c. Alamat rumah sakit adalah Jalan Kol. H Burlian KM 6 Pelembang; dan
 - d. Logo RSK Mata Masyarakat adalah Logo RSK Mata Masyarakat sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.
- (2) Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Direktur yang merupakan seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakit.
- (3) Lagu MARS RSK Mata Masyarakat adalah Lagu MARS Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat yang ditetapkan lebih lanjut dengan Keputusan Pemimpin BLUD.

- (4) Jenis RSK Mata Masyarakat yaitu Rumah Sakit khusus.

Paragraf 2

Visi, Misi, Motto, dan Maklumat Pelayanan

Pasal 7

- (1) Visi RSK Mata Masyarakat yaitu “Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Menjadi Salah Satu Pusat Pelayanan Kesehatan Mata Terbaik di Indonesia”.
- (2) Misi RSK Mata Masyarakat yaitu:
 - a. memberikan kepuasan kepada pelanggan (pasien) melalui pelayanan yang bermutu, profesional dan terjangkau;
 - b. menjalin kerja sama lintas sektor dan swasta untuk meningkatkan peran serta aktif masyarakat dalam upaya pencegahan kebutaan dan gangguan penglihatan;
 - c. melakukan perbaikan terus menerus sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan kualitas pelayanan; dan
 - d. menunjang tercapainya tujuan pendidikan profesi kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya.
- (3) Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.
- (4) Perubahan misi RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan oleh Gubernur.

Pasal 8

Motto RSK Mata Masyarakat adalah Kepuasan Pelanggan atau (Pasien) adalah Tugas Kami.

Pasal 9

Maklumat Pelayanan RSK Mata Masyarakat yaitu” Dengan ini, kami Pimpinan dan segenap pegawai Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat berjanji akan memberikan pelayanan yang professional, bermutu dan sesuai standar pelayanan, apabila tidak menepati janji, kami siap menerima sanksi sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku”.

Bagian Kedua

Pedoman Pelayanan

Pasal 10

- (1) 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.

- (2) Kepala unit/kepala instalasi pelayanan bertanggung jawab membuat pedoman pelayanan tentang pelayanan yang dikepalai.
- (3) Pedoman pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) 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.
- (4) Kepala unit/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.
- (5) Kepala unit/kepala instalasi pelayanan menjamin adanya mekanisme aduan pelayanan pasien yang jelas demi pelayanan yang optimal kepada pasien.

Bagian Ketiga

Hak dan Kewajiban Rumah Sakit, Dokter dan Pasien

Paragraf 1

Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 11

- (1) Rumah Sakit berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku.
- (2) Rumah Sakit wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (3) Rekam medik dapat diberikan kepada:
 - a. pasien ataupun pihak lain atas izin pasien secara tertulis; dan
 - b. pengadilan untuk kepentingan peradilan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Paragraf 2

Hak dan Kewajiban Dokter Rumah Sakit

Pasal 12

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.

Paragraf 3

Hak dan Kewajiban Pasien Rumah Sakit

Pasal 13

- (1) Pasien Rumah Sakit berhak untuk:

- a. memperoleh informasi tentang tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - c. memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi;
 - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Operasional Prosedur;
 - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
 - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
 - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai SIP baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
 - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya termasuk data-data medisnya;
 - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
 - k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
 - l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
 - m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya;
 - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
 - o. mengajukan usul, saran, perbaikan, atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
 - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 - q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
 - r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui medis cetak dan elektronik sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Pasien Rumah Sakit berkewajiban untuk:

- a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya; dan
- b. mentaati seluruh prosedur yang berlaku di Rumah Sakit.

Bagian Keempat
Tuntutan Hukum dan Pemberian Bantuan Hukum
Pasal 14

- (1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit dituntut berkaitan dengan hukuman pidana dan/atau perdata, maka tindak lanjut berdasarkan pada Ketentuan Peraturan perundang-undangan.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka Rumah Sakit bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan/Standar Operasional Prosedur yang telah ditetapkan.
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu yang tidak mematuhi aturan/Standar Operasional Prosedur yang telah ditetapkan, maka Rumah Sakit tidak bertanggung jawab atas tuntutan tersebut.
- (4) Apabila hasil penelitian menunjukkan kebenaran dugaan pelanggaran, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberlakukan sanksi sesuai Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

BAB IV
STRUKTUR ORGANISASI RSK MATA MASYARAKAT

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 15

- (1) Struktur organisasi menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan Ketentuan Peraturan-undangan.
- (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 efektivitas pencapaian tujuan organisasi.
- (4) Struktur organisasi RSK Mata Masyarakat terdiri dari:
 - a. Struktural; dan
 - b. Non Struktural.
- (5) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, meliputi:

- a. Direktur;
 - b. Kepala Sub Bagian Tata Usaha;
 - c. Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan; dan
 - d. Kepala Seksi Penunjang Medik.
- (6) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b, meliputi:
- a. Satuan pengawas internal;
 - b. Komite;
 - c. Instalasi; dan
 - d. Manager Pelayanan Pasien.
- (7) Struktur organisasi BLUD RSK Mata Masyarakat terdiri dari:
- a. Pejabat Pengelola; dan
 - b. Pegawai.
- (8) Pejabat Pengelola BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf a terdiri dari:
- a. Pemimpin;
 - b. Pejabat Keuangan; dan
 - c. Pejabat Teknis.
- (9) Pemimpin sebagaimana dimaksud pada ayat (8) huruf a, adalah Direktur.
- (10) Pejabat Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (8) huruf b, adalah Kepala Sub Bagian Tata Usaha.
- (11) Pejabat Teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (8) huruf c terdiri dari:
- a. Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan; dan
 - b. Kepala Seksi Penunjang Medik
- (12) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Pejabat Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (10) dijabat oleh Pegawai Negeri Sipil yang berkompeten sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (13) Pejabat keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (10) dibantu oleh bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran.
- (14) Pejabat keuangan, bendahara penerimaan, dan bendahara pengeluaran harus dijabat oleh Pegawai Negeri Sipil.

Bagian Kedua
Pengisian Jabatan
Pasal 16

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur dari Pegawai ASN yang memenuhi syarat atas usul Sekretaris Daerah Provinsi selaku Ketua Badan Pertimbangan Jabatan dan Kepangkatan sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Jabatan Struktural selain Direktur diisi Pegawai ASN atas usulan Direktur kepada Gubernur sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

- (3) Pegawai ASN yang menduduki jabatan pengawas rumah sakit memenuhi persyaratan kompetensi:
 - a. teknis;
 - b. manajerial; dan
 - c. sosial kultural.
- (4) Selain memenuhi persyaratan kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Pegawai ASN yang menduduki jabatan harus memenuhi kompetensi Pemerintahan.
- (5) Kompetensi teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a diukur dari tingkat dan spesialisasi pendidikan, pelatihan teknis fungsional dan pengalaman bekerja secara teknis yang dibuktikan dengan sertifikasi.
- (6) Kompetensi manajerial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b diukur dari tingkat pendidikan, pelatihan struktural atau manajemen dan pengalaman kepemimpinan.
- (7) Kompetensi sosial kultural sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c diukur dari pengalaman kerja berkaitan dengan masyarakat majemuk dalam hal agama, suku dan budaya sehingga memiliki wawasan kebangsaan.
- (8) Kompetensi pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) 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.
- (9) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) ditetapkan sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Bagian Ketiga

Pejabat Struktural

Pasal 17

- (1) Pejabat struktural RSK Mata Masyarakat dilarang memangku jabatan rangkap sebagai:
 - a. direksi badan usaha milik negara;
 - b. direksi pada rumah sakit swasta; dan
 - c. jabatan lain yang berhubungan dengan pengurusan perusahaan.
- (2) Pejabat struktural RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (3) Perubahan susunan pejabat struktural sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Gubernur.
- (4) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.

- (5) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatannya.
- (6) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (4) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (7) Pejabat struktural diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.

Paragraf 1

Kedudukan Pejabat struktural

Pasal 18

- (1) Untuk melaksanakan kegiatan operasional Rumah Sakit sehari-hari Gubernur menetapkan Direktur RSK Mata Masyarakat yang dibantu Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.
- (2) Direktur RSK Mata Masyarakat merupakan pimpinan tertinggi di Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Gubernur 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.

Paragraf 2

Persyaratan Pengangkatan Pejabat Struktural

Pasal 19

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:

- a. berkewarganegaraan Indonesia;
- b. seorang dokter, dokter spesialis, yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakit;
- c. seorang dokter, dokter spesialis, sebagaimana dimaksud pada huruf b tidak boleh diduduki dari pemilik Rumah Sakit;
- d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- e. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- f. bersedia membuat surat pernyataan sesanggupan dan bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan dan menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus PNS; dan
- h. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Pasal 20

Persyaratan untuk diangkat menjadi Kepala Sub Bagian Tata Usaha harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. berpendidikan minimal S1 (Strata 1); dan
- b. berstatus PNS dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 21

Persyaratan untuk diangkat menjadi Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan apabila memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. berpendidikan Dokter atau Dokter Spesialis atau S2 (Strata 2) bidang kesehatan atau bidang lainnya; dan
- b. berstatus ASN dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 22

Persyaratan untuk diangkat menjadi Kepala Seksi penunjang Medik harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. berpendidikan minimal S1(Strata 1); dan
- b. berstatus ASN dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Bagian Keempat

Tugas, Fungsi dan Kewenangan Direktur

Paragraf 1

Tugas

Pasal 23

Direktur selaku Pemimpin BLUD mempunyai Tugas:

- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD agar lebih efisien dan produktivitas;
- b. merumuskan penetapan kebijakan teknis BLUD serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Gubernur;
- c. menyusun Renstra;
- d. menyiapkan RBA;
- e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Gubernur sesuai dengan ketentuan;
- f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundangan-undangan;
- g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan BLUD yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada Gubernur melalui kepala Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Daerah; dan

- h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Gubernur dan/atau Kepala Dinas sesuai dengan kewenangannya.

Paragraf 2

Fungsi

Pasal 24

Direktur dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 dan mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan.

Pasal 25

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebijakan dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan Rumah Sakit, susunan keanggotaan, kualifikasi anggota dan jumlah anggota.

Pasal 26

Direktur selaku Pemimpin bertindak selaku Kuasa Pengguna Anggaran/Kuasa Pengguna Barang. Dalam hal pemimpin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 huruf a tidak berasal dari Pegawai Negeri Sipil, pejabat keuangan ditunjuk sebagai Kuasa Pengguna Anggaran/Kuasa Pengguna Barang.

Pasal 27

Pemimpin selaku KPA mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. menyusun rencana kerja dan anggaran;
- b. menyusun dokumen pelaksanaan anggaran;
- c. menandatangani surat perintah membayar;
- 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 dan pejabat penatausahaan keuangan; dan
- g. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan Daerah.

Bagian Kelima

Tugas dan Fungsi Kepala Sub Bagian Tata Usaha

Pasal 28

- (1) Tugas Kepala Sub Bagian tata Usaha adalah membantu Direktur di bidang ketatausahaan, umum dan sumber daya manusia, keuangan, perencanaan dan aset, kerumahtanggaan, kepegawaian, pendidikan dan pelatihan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kepala Sub Bagian Tata Usaha mempunyai fungsi:

- a. penyusunan bahan rencana strategis, rencana kerja dan anggaran serta rencana bisnis anggaran;
 - b. penyusunan rencana kebutuhan barang dan rencana pemeliharaan barang;
 - c. pengkoordinasian penyusunan rencana strategis, rencana kerja dan anggaran serta rencana bisnis anggaran;
 - d. pelaksanaan monitoring, pengendalian dan evaluasi pelaksanaan rencana strategis, rencana kerja dan anggaran serta rencana bisnis anggaran;
 - e. pelaksanaan pengelolaan administrasi kepegawaian, keuangan dan aset;
 - f. pelaksanaan pengelolaan ketatausahaan dan kerumahtanggaan;
 - g. pelaksanaan publikasi kegiatan dan pengaturan acara;
 - h. pelaksanaan pengelolaan teknologi informasi kesehatan;
 - i. pelaksanaan pengelolaan kearsipan data dan informasi;
 - j. pelaksanaan penatausahaan, penyeteroran dan pelaporan penerimaan retribusi;
 - k. pengkoordinasian penyusunan laporan keuangan, kinerja, kegiatan dan akuntabilitas;
 - l. pelaksanaan kegiatan kehumasan dan pemasaran; dan
 - m. pelaksanaan tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh pimpinan.
- (3) Kepala Sub Bagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian Tata Usaha yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.

Bagian Keenam

Tugas Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

Pasal 29

Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan mempunyai tugas:

- a. mengelola dan mengkoordinasikan fungsi dan jenis pelayanan medik dan pelayanan asuhan keperawatan;
- b. melaksanakan evaluasi, pengendalian dan pengawasan serta melaporkan kinerja sumber daya manusia di bidang pelayanan medik dan keperawatan;
- c. mengawasi pelaksanaan kegiatan pelayanan medik promotif, preventif dan kuratif;
- d. menyusun dan mengembangkan program kegiatan dan kebijakan pelayanan medik dan keperawatan;
- e. menyusun dan mengajukan kebutuhan sumber daya manusia dan sarana prasarana pelayanan medik;
- f. melakukan tata organisasi instalasi di bidang pelayanan medik meliputi spesialis mata, pelayanan rawat inap, *respiratory intensive care* unit, pelayanan bedah dan lainnya;

- g. pemberian petunjuk/bimbingan untuk melaksanakan tugas bagi tenaga medis dan tenaga keperawatan;
- h. penyusunan laporan kegiatan monitoring dan evaluasi; dan
- i. pelaksanaan tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh pimpinan.

Bagian Ketujuh
Tugas Kepala Seksi Penunjang Medik
Pasal 30

Tugas Kepala Seksi Penunjang Medik adalah:

- a. melaksanakan urusan administrasi seksi penunjang medik;
- b. melaksanakan fungsi pelayanan penunjang medik;
- c. mengevaluasi dan melaporkan kinerja dan sumber daya manusia seksi penunjang medik;
- d. mengendalikan pelaksanaan kegiatan penunjang medik;
- e. melakukan pengendalian dan pengawasan sumber daya manusia dan sarana penunjang medik;
- f. menyusun program kegiatan dan kebijakan penunjang medik;
- g. menyusun rencana kebutuhan logistik, sarana dan prasarana;
- h. melaksanakan tata organisasi instalasi di bidang penunjang medik unit rekam medik, laboratorium, apotik, gizi, kesehatan lingkungan; dan
- i. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh pimpinan.

Bagian Kedelapan
Tugas Pemimpin BLUD, Pejabat Keuangan, Pejabat Teknis
Paragraf 1

Tugas Pemimpin BLUD
Pasal 31

Direktur selaku Pemimpin BLUD mempunyai tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23.

Paragraf 2
Tugas Pejabat Keuangan
Pasal 32

- (1) Pejabat Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (8) huruf b mempunyai tugas:
- a. merumuskan kebijakan terkait pengelolaan keuangan;
 - b. mengoordinasikan penyusunan RBA;
 - c. menyiapkan DPA;
 - d. melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja;
 - e. menyelenggarakan pengelolaan kas;
 - f. melakukan pengelolaan utang, piutang, dan investasi;
 - g. menyusun kebijakan pengelolaan barang milik daerah yang berada dibawah penguasaannya;

- h. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
 - i. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan; dan
 - j. tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pejabat keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab keuangan.
- (3) Pejabat keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran.

Paragraf 3

Tugas Pejabat Teknis

Pasal 33

- (1) Pejabat teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (8) huruf c mempunyai tugas:
- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidangnya;
 - b. melaksanakan kegiatan teknis operasional dan pelayanan sesuai dengan RBA;
 - c. memimpin dan mengendalikan kegiatan teknis operasional dan pelayanan dibidangnya; dan
 - d. tugas lainnya yang ditetapkan oleh pemimpin sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam melaksanakan tugas mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab kegiatan teknis operasional dan pelayanan dibidangnya.
- (3) Pelaksanaan tugas pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia dan peningkatan sumber daya lainnya.

Bagian Kesembilan

Evaluasi Kinerja Direktur, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi

Pasal 34

- (1) Evaluasi Kinerja Direktur:
- a. evaluasi kinerja direktur berdasarkan pencapaian kinerja dan mutu Rumah Sakit berdasarkan RBA;
 - b. evaluasi kinerja direktur terdiri dari pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu non keuangan dan uraian tugas dalam bentuk sasaran kinerja pegawai (SKP); dan
 - c. dewan pengawas diberikan delegasi oleh Gubernur untuk melakukan evaluasi kinerja direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.

- (2) Evaluasi Kinerja Kepala Sub bagian dan Kepala Seksi :
- a. evaluasi kinerja Kepala Sub bagian dan Kepala Seksi berdasarkan pencapaian kinerja Kepala Sub bagian dan Kepala Seksi;
 - b. evaluasi kinerja Kepala Sub bagian dan Kepala Seksi terdiri dari kinerja dan uraian tugas dalam bentuk sasaran kinerja pegawai (SKP); dan
 - c. evaluasi kinerja dinilai oleh direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.

Bagian Kesepuluh

Pemberhentian Direktur, Kepala Sub Bagian Tata Usaha dan Kepala Seksi

Pasal 35

Direktur dan Kepala Sub Bagian Tata Usaha dan Kepala Seksi dapat diberhentikan karena:

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan secara tetap tanpa keterangan paling lama 46 (empat puluh enam) hari secara terus menerus dalam satu tahun;
- c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik sesuai standar kinerja yang diatur dalam peraturan perundang-undangan;
- d. mengundurkan diri; dan
- e. terbukti terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih berdasarkan keputusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.

Bagian Kesebelas

Jabatan Non Struktural

Pasal 36

- (1) Untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengendalian pelayanan secara menyeluruh di Rumah Sakit, dibentuk manajer pelayanan pasien.
- (2) Manajer pelayanan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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 oleh Direktur.
- (4) Manajer pelayanan pasien berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur secara langsung atau melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan.
- (5) Manajer Pelayanan Pasien terdiri dari ASN yang menguasai bidang perumahsakititan.

BAB V
KEPEGAWAIAN RUMAH SAKIT
Bagian Kesatu
Klasifikasi Pegawai
Pasal 37

Pegawai Rumah Sakit meliputi:

- a. ASN; dan
- b. Pegawai Tidak Tetap.

Bagian Kedua
Pengelolaan Kepegawaian
Pasal 38

- (1) Sebagai UOBK Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan bidang Kepegawaian.
- (2) Direktur RSK Mata Masyarakat dapat mengusulkan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian pegawai yang berasal dari ASN kepada pejabat yang berwenang sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Direktur memiliki kewenangan dalam menyelenggarakan pembinaan pegawai yang berasal dari ASN 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.

Pasal 39

Kedudukan, Hak dan Kewajiban Pegawai RSK Mata Masyarakat yang berasal dari ASN sebagaimana dimaksud Pasal 11 tunduk pada Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Bagian Ketiga
Tenaga Profesional Tertentu
Pasal 40

- (1) Selain Pegawai rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 Rumah Sakit dapat mempekerjakan Tenaga profesional tertentu.
- (2) Tenaga profesional tertentu yang mempunyai keahlian khusus yang dibutuhkan, dapat dilakukan kontrak kerja profesional.
- (3) Tenaga medis yang mempunyai keahlian khusus yang dibutuhkan, dapat dilakukan kontrak kerja profesional, dengan batasan usia mengikuti STR yang dikeluarkan oleh ketua Konsil Kedokteran Indonesia.
- (4) Kontrak kerja profesional akan diatur lebih lanjut pada Peraturan Direktur RSK Mata Masyarakat.

Bagian Keempat
Pengadaan Tenaga
Pasal 41

- (1) Pengadaan tenaga didasarkan pada formasi kebutuhan yang disusun berdasar:
 - a. jenis dan sifat pelayanan yang diberikan;
 - b. kemampuan pendapatan operasional/kemampuan keuangan;
 - c. sarana dan prasarana yang tersedia; dan
 - d. Profesionalisme uraian dan/ peta jabatan/analisa beban kerja.
- (2) Formasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan terlebih dahulu kepada PPKD untuk mendapatkan persetujuan.
- (3) Untuk melaksanakan pengadaan Pegawai Tidak Tetap, Direktur membentuk tim pengadaan tenaga rumah sakit.
- (4) Susunan Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi:
 - a. pembina;
 - b. penanggungjawab;
 - c. ketua;
 - d. wakil ketua;
 - e. sekretaris; dan
 - f. anggota tetap dan tidak tetap.
- (5) Tim pengadaan tenaga Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) 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 Tidak Tetap berdasarkan persetujuan Direktur;
 - g. Ketua tim mengumumkan calon Pegawai Tidak Tetap; dan
 - h. melakukan pemanggilan kepada Calon Pegawai Tidak Tetap yang dinyatakan lulus semua tahapan tes.
- (6) Ketentuan mengenai Formasi diatur lebih lanjut dengan Keputusan Direktur selaku pemimpin BLUD.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai Persyaratan dan tata cara seleksi penerimaan tenaga selanjutnya diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

- (8) Disamping dapat dilaksanakan oleh Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dapat juga dilaksanakan dengan kerjasama pihak ketiga.
- (9) Sumber biaya pada Pegawai Tidak Tetap yaitu berasal dari APBD dan/atau anggaran Pendapatan BLUD.

Pasal 42

- (1) Pengadaan tenaga dilaksanakan melalui seleksi Penerimaan tenaga oleh Tim Pengadaan tenaga yang ditetapkan oleh Direktur dan/atau pihak ketiga yang ditunjuk.
- (2) Seleksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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); dan
 - d. psikologi dan *minnesota multiphasic personality inventory* (MMPI).
- (3) Selain materi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Rumah Sakit dapat menambah materi seleksi sesuai dengan formasi yang ada (*Kredensial* bagi Tenaga Kesehatan).

Bagian Kelima

Pengangkatan tenaga

Pasal 43

- (1) Bagi Calon tenaga yang dinyatakan lulus tes selanjutnya ditetapkan menjadi Pegawai Tidak Tetap.
- (2) Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib mengikuti orientasi.
- (3) Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selama melakukan orientasi akan dievaluasi oleh atasan langsung.
- (4) Penetapan Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Perjanjian Kerja dan ditandatangani oleh Direktur selaku pemimpin BLUD.

Pasal 44

- (1) Perjanjian Kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (4) berlaku selama 6 (enam) bulan dan dapat diperpanjang berdasarkan hasil evaluasi dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan BLUD.
- (2) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. penilaian sasaran kerja pegawai yang meliputi uraian tugas jabatan;
 - b. penilaian perilaku kerja pegawai yang meliputi:
 1. orientasi pelayanan;
 2. integritas;
 3. komitmen;

4. disiplin; dan
 5. kerjasama.
- c. kebutuhan tenaga.

Bagian Keenam
Evaluasi Kinerja

Pasal 45

- (1) Evaluasi kinerja Pegawai ASN dilakukan:
 - a. evaluasi kinerja bagi pegawai ASN dilaksanakan setiap 1 (satu) tahun sekali tertuang di dalam Sasaran Kerja Pegawai (SKP) dan penilaian perilaku kerja pegawai (PKP);
 - b. evaluasi dilakukan berdasarkan kinerja individu dan kinerja mutu; dan
 - c. evaluasi kinerja pegawai ASN mengacu pada Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Evaluasi kinerja Pegawai Tidak Tetap dilakukan:
 - a. evaluasi awal dilakukan pada saat orientasi umum dan khusus.
 - b. evaluasi kinerja dilakukan setiap 6 (enam) bulan sekali yang tertuang didalam penilaian kinerja pegawai dan menjadi dasar pertimbangan perpanjangan perjanjian kerja;
 - c. evaluasi dilakukan berdasarkan kinerja individu dan kinerja mutu; dan
 - d. evaluasi dilakukan oleh minimal pejabat struktural eselon IV/pejabat pengawas berdasarkan rekomendasi dari kepala ruangan/kepala instalasi.

Bagian Ketujuh

Hak, Kewajiban dan Larangan Pegawai Tidak Tetap

Paragraf 1

Hak

Pasal 46

- (1) Pegawai Tidak Tetap berhak:
 - a. menerima Remunerasi tetap setiap bulan yang besarnya ditetapkan dengan Keputusan Gubernur yang mengatur tentang Standar Biaya Umum atau Ketetapan Direktur sesuai dengan kemampuan Rumah Sakit;
 - b. menerima penghasilan lainnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - c. mendapatkan izin tidak masuk kerja maksimal 6 (enam) hari kerja selama 1 (satu) periode perjanjian kerja.
 - d. mendapatkan izin tidak masuk kerja karena melahirkan sampai anak ketiga maksimal 60 (enam puluh) hari kalender.

- (2) Direktur dapat menaikkan honorarium sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a secara berkala sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan dan kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Paragraf 2

Kewajiban

Pasal 47

Pegawai Tidak Tetap 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 materil;
- 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 paling singkat 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;
- v. ikut berperan serta dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit; dan
- w. bersedia ditempatkan sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit oleh Tim Kepegawaian.

Paragraf 3

Larangan

Pasal 48

Pegawai Tidak Tetap 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 Gubernur/ Wakil Gubernur 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; dan

5. mengadakan kegiatan yang mengarah kepada keberpihakan terhadap pasangan calon yang menjadi peserta pemilu sebelum, selama, dan sesudah masa kampanye meliputi pertemuan, ajakan, himbauan, 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. menganiaya dan/atau berkelahi, menghina secara kasar atau mengancam pimpinan dan/atau keluarganya, teman sekerja didalam dan/ atau di luar lingkungan kerja; dan
- q. dengan sengaja atau ceroboh merusak, merugikan atau membiarkan dalam keadaan bahaya barang dan/atau fasilitas Rumah Sakit.

Bagian Kedelapan

Penghargaan

Pasal 49

- (1) Pegawai Tidak Tetap dapat memperoleh penghargaan berupa:
 - a. uang atau barang yang setara dengan uang;
 - b. piagam penghargaan; dan
 - c. peningkatan kompetensi diri.
- (2) Persyaratan dan Pemberian penghargaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Daerah.

Bagian Kesembilan

Pembinaan Pegawai Tidak Tetap

Pasal 50

- (1) Pegawai Tidak Tetap yang tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 dan/atau melakukan pelanggaran terhadap larangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 dapat dijatuhi hukuman disiplin.
- (2) Penjatuhan hukuman disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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.

Bagian Kesepuluh

Kategori Pemberian Hukuman

Pasal 51

Kategori pemberian hukuman bagi ASN dan PPPK yang berpedoman pada Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 52

- (1) Kategori hukuman Pegawai Tidak Tetap:

- a. tidak menerapkan kode etik pegawai dan tidak sesuai dengan standar pelayanan;
 - b. tidak masuk kerja/terlambat/pulang cepat tanpa alasan yang sah;
 - c. tidak bersikap dan berperilaku sebagaimana mestinya seperti kurang peka/kurang responsif terhadap pelayanan; dan
 - d. tidak terampil/kompeten.
- (2) Kategori hukuman Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
- a. jika didapat 1 (satu) kali melanggar kode etik pegawai akan dipanggil oleh bagian SDM sebagai klarifikasi, teguran lisan maupun tertulis dan dilakukan pembinaan; dan
 - b. jika didapat lebih dari 1 (satu) kali melanggar kode etik pegawai akan dikenakan sanksi berupa surat peringatan sampai dengan pemutusan hubungan kerja.
- (3) Kategori hukuman Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi:
- a. akumulasi terlambat masuk kerja selama 1 (satu) bulan lebih dari 30 (tiga puluh) menit, maka akan dikenakan sanksi berupa teguran lisan;
 - b. apabila selama 3 (tiga) bulan berturut-turut akumulasi terlambat masuk kerja selama 1 (satu) bulan lebih dari 30 (tiga puluh) menit, maka akan dikenakan sanksi berupa Surat Peringatan;
 - c. apabila tidak masuk kerja 1 (satu) hari tanpa alasan/pemberitahuan dalam 1 (satu) bulan, maka akan dikenakan sanksi berupa teguran lisan;
 - d. apabila tidak masuk kerja lebih dari 1 (satu) hari tanpa alasan/pemberitahuan dalam 1 (satu) bulan, maka akan dikenakan sanksi berupa Surat Peringatan dan rotasi ke unit lain; dan
 - e. apabila melakukan pelanggaran terhadap peraturan yang berlaku atau butir yang terdapat dalam klausul isi perjanjian kontrak kerja, maka Pegawai Tidak Tetap akan dikenakan sanksi berupa pemutusan hubungan kerja secara sepihak atau pemberhentian dengan tidak hormat.
- (4) Kategori hukuman Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c akan berdampak pada pengurangan penilaian kinerja akhir tahun.
- (5) Kategori hukuman Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d meliputi:
- a. untuk menghadap guna mencari tahu akar masalah dan penyebab pegawai tidak terampil/kompeten;
 - b. jika didapat penyebab pegawai tidak terampil/kompeten dari segi kurang pengetahuan dan pengalaman maka akan diberikan edukasi, pengarahan, pelatihan, yang dilanjutkan dengan kegiatan monitoring dan evaluasi setiap bulannya namun apabila tetap tidak ada perubahan kecakapan kerja, maka akan dilakukan mutasi kerja sampai dengan pemutusan hubungan kerja; dan

- c. jika didapat penyebab pegawai tidak terampil/kompeten dari segi pribadi ataupun hubungan kerja sesama rekan kerja maka akan dilakukan penyelesaian secara internal pada unit tertentu terlebih dahulu dengan cara komunikasi dan diskusi, bila tidak terdapat perbaikan maka akan dilakukan pembinaan oleh bagian SDM.

Bagian Kesebelas

Pejabat yang Berwenang Memberikan Hukuman

Pasal 53

- (1) Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi menetapkan penjatuhan hukuman lisan bagi Pegawai Tidak Tetap.
- (2) Direktur menetapkan hukuman disiplin bagi Pegawai Tidak Tetap untuk hukuman tertulis Surat Peringatan 1 dan Surat Peringatan 2.
- (3) Direktur menetapkan hukuman disiplin bagi Pegawai Tidak Tetap untuk hukuman tertulis Surat Peringatan 3 yang sekaligus pemutusan hubungan kerja.

Bagian Kedua Belas

Tata Cara Pemanggilan, Pemeriksaan, Penjatuhan, dan Penyampaian Keputusan Hukuman Disiplin

Pasal 54

- (1) Pegawai Tidak Tetap yang diduga melakukan pelanggaran disiplin dipanggil secara lisan oleh atasan langsung untuk dilakukan pembinaan.
- (2) Pemanggilan kepada Pegawai Tidak Tetap 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Pegawai Tidak Tetap yang bersangkutan tetap tidak hadir, maka pejabat yang berwenang menghukum menjatuhkan hukuman disiplin berdasarkan alat bukti dan keterangan yang ada tanpa dilakukan pemeriksaan.

Pasal 55

- (1) Sebelum Pegawai Tidak Tetap dijatuhi hukuman tertulis Surat Peringatan 1 (satu) dan Surat Peringatan 2 (dua), setiap atasan langsung wajib memeriksa terlebih dahulu pegawai yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.
- (2) Pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara tertutup dan hasilnya dituangkan dalam berita acara pemeriksaan.
- (3) Jika tenaga terbukti melakukan pelanggaran disiplin, atasan langsung melaporkan secara tertulis ke bagian SDM untuk dapat diterbitkan Surat Peringatan.

- (4) Untuk kasus tertentu, pemeriksaan dapat dilakukan secara tertutup melibatkan unit kerja yang membidangi hukum dan hasilnya dituangkan dalam berita acara pemeriksaan.
- (5) Surat peringatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diproses oleh bagian SDM untuk ditanda tangani oleh Direktur.

Pasal 56

- (1) Khusus untuk pelanggaran disiplin terkait dengan profesi dapat dibentuk Tim Pemeriksa yang bekerjasama dengan Komite yang membidangi profesi tersebut.
- (2) Tim Pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari atasan langsung, Komite Etik Rumah Sakit, unsur kepegawaian atau pejabat lain yang ditunjuk.
- (3) Tim Pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 57

Apabila diperlukan, atasan langsung, Tim Pemeriksa atau pejabat yang berwenang menghukum dapat meminta keterangan dari pihak lain.

Pasal 58

- (1) Berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 ayat (2) harus ditandatangani oleh pejabat yang memeriksa dan Tenaga yang diperiksa.
- (2) Dalam hal Tenaga yang diperiksa tidak bersedia menandatangani berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berita acara pemeriksaan tersebut tetap dijadikan sebagai dasar untuk menjatuhkan hukuman disiplin.
- (3) Tenaga yang diperiksa, berhak mendapat salinan berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Pasal 59

- (1) Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dituangkan dalam berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 ayat (2), pejabat yang berwenang menghukum sebagaimana dimaksud Pasal 50 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.
- (2) Dalam keputusan hukuman disiplin dan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disebutkan pelanggaran disiplin dan profesi yang dilakukan oleh Pegawai Tidak Tetap yang bersangkutan.

Pasal 60

- (1) Pegawai Tidak Tetap 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.
- (2) Pegawai Tidak Tetap 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.

Pasal 61

- (1) Setiap penjatuhan hukuman disiplin dan profesi ditetapkan dengan keputusan pejabat yang berwenang menghukum.
- (2) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan secara tertutup oleh pejabat yang berwenang menghukum atau pejabat lain yang ditunjuk kepada Pegawai Tidak Tetap yang bersangkutan serta tembusannya disampaikan kepada pejabat terkait.
- (3) Penyampaian keputusan hukuman disiplin dan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak keputusan ditetapkan.
- (4) Dalam hal Pegawai Tidak Tetap yang dijatuhi hukuman disiplin dan profesi tidak hadir pada saat penyampaian keputusan hukuman, keputusan dikirim kepada yang bersangkutan.

Bagian Ketiga Belas

Batas Usia Pegawai Tidak Tetap

Pasal 62

- (1) Batas usia Pegawai Tidak Tetap adalah 58 (lima puluh delapan) tahun.
- (2) Direktur dapat mempekerjakan tenaga Medis Spesialis, subspecialis dan profesi lainnya sesuai kebutuhan yang berusia lebih dari 58 (lima delapan) tahun apabila:
 - a. sepanjang tenaga yang bersangkutan masih memiliki kompetensi yang dibuktikan dengan STR yang dikeluarkan oleh konsil kedokteran indonesia;
 - b. keahliannya sangat dibutuhkan oleh Rumah Sakit;
 - c. keahlian yang dimiliki tergolong langka; dan
 - d. sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (3) Tenaga medis spesialis, subspecialis dan profesi lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) akan diikat dengan perjanjian kerja.

Bagian Keempat Belas
Pemberhentian Pegawai Tidak Tetap

Paragraf 1

Umum

Pasal 63

- (1) Pegawai Tidak Tetap dapat mengakhiri hubungan kerja secara bersama-sama maupun secara sepihak.
- (2) Pemutusan hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan cara:
 - a. pemberhentian dengan hormat atas permintaan sendiri dari Pegawai Tidak Tetap; dan
 - b. pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri dari Pegawai Tidak Tetap.
- (3) Dalam hal dilakukan pemutusan hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pegawai Tidak Tetap tidak dapat menuntut pemberian kompensasi dalam bentuk apapun.

Paragraf 2

Pemberhentian dengan Hormat atas Permintaan Sendiri

Pasal 64

- (1) Pemberhentian dengan hormat atas permintaan sendiri sebagai Pegawai Tidak Tetap, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (2) huruf a dapat diberikan dalam hal:
 - a. masa berlaku perjanjian kerja sebagai Pegawai Tidak Tetap telah berakhir dan tidak melakukan perpanjangan;
 - b. mengajukan permohonan pengunduran;
 - c. meninggal dunia; dan
 - d. tidak sehat jasmani atau rohani, sehingga tidak dapat melaksanakan tugas.
- (2) Pemberhentian dengan hormat atas permintaan sendiri Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan Surat Keterangan dari Direktur.
- (3) Pemberhentian dengan hormat atas permintaan sendiri sebagai Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berkait pada timbulnya hak untuk menuntut pesangon/bonus/pensiun atau istilah lainnya yang bersifat membebani keuangan Rumah Sakit.

Paragraf 3

Pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri

Pasal 65

- (1) Pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (2) huruf b 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; dan
 - f. mendapatkan Surat Peringatan ketiga.
- (2) Pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Surat Keterangan Direktur.

BAB VI

MANAJEMEN DALAM RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Manajemen Sumber Daya

Paragraf 1

Umum

Pasal 66

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.

Pasal 67

- (1) 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.
- (2) Rumah Sakit tidak melakukan uji coba (*trial*) teknologi medik dan obat.
- (3) Dalam rangka pemilihan obat dan teknologi medik Direktur membentuk Tim Penapisan.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Tim Penapisan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), mendapatkan rekomendasi dari Staf Klinis dan/atau organisasi profesi dalam pemilihan teknologi medik dan obat di Rumah Sakit.

Paragraf 2
Perencanaan
Pasal 68

- (1) Rumah Sakit menyusun analisa kebutuhan Sumber Daya yang merupakan Usulan dari seluruh komponen rumah sakit dan dituangkan dalam Rencana Kerja Unit.
- (2) Rencana Kerja Unit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat masing-masing Unit dalam format yang seragam dan di tetapkan oleh 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.

Paragraf 3
Pengadaan Barang/Jasa
Pasal 69

- (1) Pengadaan barang/jasa pada BLUD yang bersumber dari APBD dilaksanakan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai pengadaan barang/jasa pemerintah.
- (2) Pengadaan barang/jasa pada BLUD yang bersumber dari:
 - a. jasa layanan;
 - b. hibah tidak terikat;
 - c. hasil kerja sama dengan pihak lain; dan
 - d. lain-lain pendapatan BLUD yang sah.
- (3) Pengadaan barang dan/atau jasa yang dananya berasal dari hibah terikat dilakukan sesuai dengan:
 - a. kebijakan pengadaan dari pemberi hibah; atau
 - b. Peraturan Gubernur di Provinsi.

Pasal 70

- (1) Pengadaan Barang/Jasa dilakukan oleh Instalasi Pengadaan Barang/Jasa yang ditetapkan oleh Daerah.
- (2) Pengadaan barang/Jasa harus mengacu pada DPA yang telah disahkan.
- (3) Rumah Rumah Sakit dalam pembelian alat kesehatan, bahan medis bekas pakai dan obat yang beresiko termasuk vaksin, harus memperhatikan persyaratan sebagai berikut:
 - a. akte pendirian perusahaan dan pengesahan dari Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia;
 - b. surat izin usaha perusahaan;
 - c. nomor pokok wajib pajak;
 - d. izin pedagang besar farmasi-penyialur alat kesehatan;
 - e. perjanjian kerja sama antara distributor dan prinsipal serta Rumah Sakit;

- f. nama dan surat izin kerja apoteker untuk apoteker penanggung jawab pedagang besar farmasi;
 - g. alamat dan denah kantor pedagang besar farmasi; dan
 - h. surat garansi jaminan keaslian produk yang didistribusikan (dari prinsipal).
- (4) Selain persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) untuk mengetahui keaslian produk yang akan diadakan 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.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai mekanisme Pengadaan Barang/Jasa pada BLUD RSK diatur lebih lanjut dalam Peraturan Daerah.

Paragraf 4
Pengelolaan
Pasal 71

- (1) Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan sarana dan prasarana mengikuti Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (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.

Pasal 72

- (1) Sarana dan prasarana Rumah Sakit adalah barang milik Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang merupakan aset yang tidak terpisahkan dari aset Pemerintahan Daerah.
- (2) 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.
- (3) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan barang pakai habis, barang untuk diolah atau dijual, barang lainnya yang tidak memenuhi pernyataan sebagai aset tetap.
- (4) Hasil penjualan barang inventaris sebagai akibat dari pengalihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan pendapatan BLUD.
- (5) Hasil penjualan barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dituangkan secara memadai dalam Laporan Keuangan BLUD.

Pasal 73

- (1) BLUD tidak boleh mengalihkan dan/atau menghapus aset tetap kecuali atas persetujuan pejabat yang berwenang.
- (2) Penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi BLUD harus mendapat penetapan Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Sarana dan prasarana yang berupa tanah yang dikuasai Rumah Sakit harus disertifikatkan.
- (4) Sarana dan prasarana Rumah Sakit yang berupa bangunan harus dilengkapi dengan bukti status kepemilikan dan ditatausahakan secara tertib.

Bagian Kedua

Manajemen Budaya Keselamatan Kerja

Pasal 74

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan K3RS.
- (2) Penyelenggaraan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. membentuk dan mengembangkan Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit; dan
 - b. menerapkan standar K3RS.
- (3) Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi:
 - a. penetapan kebijakan K3RS;
 - b. perencanaan K3RS;
 - c. pelaksanaan rencana K3RS;
 - d. pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS; dan
 - e. peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS.
- (4) Penetapan kebijakan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a meliputi:
 - a. penetapan kebijakan dan tujuan dari program K3RS;
 - b. penetapan organisasi K3RS; dan
 - c. penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana.
- (5) Penetapan kebijakan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan secara tertulis dengan Keputusan Kepala atau Direktur Rumah Sakit dan disosialisasikan ke seluruh SDM Rumah Sakit.
- (6) Perencanaan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b dibuat berdasarkan manajemen risiko K3RS, peraturan perundang-undangan, dan persyaratan lainnya.
- (7) Perencanaan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (6) ditetapkan oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit.
- (8) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c meliputi:
 - a. manajemen risiko K3RS;
 - b. keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit;
 - c. pelayanan kesehatan kerja;
 - d. pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3) dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja;
 - e. pencegahan dan pengendalian kebakaran;

- f. pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja;
 - g. pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja; dan
 - h. kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.
- (9) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (8) harus didukung oleh SDM di bidang K3RS, sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai.
 - (10) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d dilakukan oleh sumber daya manusia di bidang K3RS yang ditugaskan oleh Direktur.
 - (11) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (10) dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal SMK3 Rumah Sakit.
 - (12) Hasil pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (11) digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.
 - (13) Peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf e dilakukan untuk menjamin kesesuaian dan efektivitas penerapan SMK3 Rumah Sakit.
 - (14) Peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (13) dilakukan terhadap penetapan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan rencana, dan pemantauan dan evaluasi.
 - (15) Hasil peninjauan sebagaimana dimaksud pada ayat (14) digunakan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja K3RS.

Bagian Ketiga
Manajemen Kerjasama/Kontrak
Paragraf 1
Umum
Pasal 75

- (1) Rumah Sakit dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain, untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan.
- (2) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan saling menguntungkan.
- (3) Prinsip saling menguntungkan sebagaimana pada ayat (2) dapat berbentuk finansial dan/atau non finansial.
- (4) Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. kerja sama operasional dan perjanjian operasional; dan
 - b. kerja sama pemanfaatan BMD.
- (5) Penatalaksanaan Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemimpin BLUD, Peraturan Pemimpin BLUD mengenai kerja sama BLUD.

Paragraf 2
Evaluasi Kontrak
Pasal 76

- (1) Rumah Sakit perlu melakukan evaluasi Rutin 6 (enam) bulan atau satu tahun sekali untuk menilai kualitas/efektivitas Kerja sama.
- (2) Kontrak dan perjanjian kerja sama lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan berdasarkan kontrak tersebut.
- (3) Setiap kerja sama /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 Manajemen dibawah tanggung jawabnya.

Bagian Keempat
Manajemen Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

Paragraf 1
Pendidikan dan Pelatihan
Pasal 77

- (1) Setiap staf mendapat kesempatan meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilannya 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diselenggarakan di Rumah Sakit maupun dengan mengirim ke lembaga atau institusi penyelenggara pendidikan dan pelatihan.

Pasal 78

Monitoring dan kendali mutu pendidikan dan pelatihan dilaksanakan oleh Satuan Pengendali Internal (SPI) Rumah Sakit.

Pasal 79

- (1) Rumah Sakit dalam menjalankan fungsinya sebagai Rumah Sakit pendidikan dengan menjadi lahan praktik klinik mahasiswa.
- (2) Pengelolaan pelaksanaan praktik klinik bagi mahasiswa kedokteran dan mahasiswa tenaga keperawatan serta mahasiswa tenaga kesehatan lainnya diatur oleh ketetapan Direktur.

Pasal 80

- (1) Rumah Sakit memberikan pembekalan kepada mahasiswa praktik klinik sebelum menjalankan praktik 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); dan
 - g. komunikasi efektif.
- (2) Rumah Sakit menyediakan pendamping klinik dan atau pembimbing klinik.

Paragraf 2

Penelitian

Pasal 81

- (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.

Bagian Kelima

Manajemen Etik

Pasal 82

- (1) Rumah Sakit menetapkan kerangka etika atau pedoman etika atau regulasi etik sebagai sarana edukasi untuk seluruh staf Rumah Sakit.
- (2) Kerangka etika atau pedoman etika atau regulasi etik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengatur:
 - a. 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;
 - b. penerapan etika dengan bobot yang sama pada kegiatan bisnis/ manajemen maupun kegiatan klinis/pelayanan Rumah Sakit;
 - c. acuan keselarasan antara kinerja dan sikap organisasi tenaga kesehatan dan staf Rumah Sakit dengan visi, misi dan pernyataan nilai nilai Rumah Sakit, serta kebijakan SDM;

- d. 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;
- e. pertimbangan norma-norma nasional dan internasional berkaitan dengan penyusunan kerangka etik dan pedoman lainnya.

Pasal 83

Rumah Sakit membentuk dan menetapkan Komite/Panitia/Tim yang mengelola etik Rumah Sakit dengan ketetapan Direktur.

Pasal 84

Rumah Sakit dalam menjalankan kegiatan secara etik harus:

- a. mengungkapkan kepemilikan dan konflik kepentingan;
- b. menjelaskan pelayanan pada pasien secara jujur;
- c. melindungi kerahasiaan informasi pasien;
- d. menyediakan kebijakan yang jelas mengenai pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien;
- e. menagih biaya untuk pelayanan yang diberikan secara akurat dan memastikan bahwa insentif finansial dan pengaturan pembayaran tidak mengganggu pelayanan pasien;
- f. mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran kinerja klinis dan kinerja organisasi;
- g. 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;
- h. mendukung lingkungan yang memperkenankan diskusi secara bebas mengenai masalah/isu etis tanpa ada ketakutan atas sanksi;
- i. menyediakan resolusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etis yang ada;
- j. memastikan praktik nondiskriminasi dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum serta budaya negara Indonesia; dan
- k. mengurangi kesenjangan dalam akses untuk pelayanan kesehatan dan hasil klinis.

Bagian Keenam

Manajemen Budaya Keselamatan

Pasal 85

- (1) Direktur RSK Mata Masyarakat menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

- (2) Direktur RSK Mata Masyarakat melaksanakan, melakukan monitor, dan mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area Rumah Sakit.
- (3) Direktur RSK Mata Masyarakat menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf Rumah Sakit. Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan adalah:
 - a. perilaku yang tidak layak (*inappropriate*) seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat atau memaki;
 - b. 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, yakni komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain;
 - c. perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama dan suku termasuk gender; dan
 - d. pelecehan seksual.
- (4) Hal-hal penting menuju budaya keselamatan:
 - a. Staf Rumah Sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit beresiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman;
 - b. regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera;
 - c. Direktur RSK Mata Masyarakat mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan; dan
 - d. mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.
- (5) Direktur RSK Mata Masyarakat melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data dan diskusi kelompok.
- (6) Direktur RSK Mata Masyarakat mendorong agar terbentuk kerjasama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini.
- (7) Direktur RSK Mata Masyarakat 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.

- (8) Direktur RSK Mata Masyarakat mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas.
- (9) Direktur RSK Mata Masyarakat mengidentifikasi, mendokumentasi, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima.
- (10) Direktur RSK Mata Masyarakat mengidentifikasi, mendokumentasi, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima.
- (11) Direktur RSK Mata Masyarakat menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam rumah sakit.
- (12) Direktur RSK Mata Masyarakat 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.
- (13) Direktur RSK Mata Masyarakat melakukan investigasi secara tepat waktu terhadap laporan terkait budaya keselamatan Rumah Sakit.
- (14) Dilakukan identifikasi masalah pada sistem yang menyebabkan tenaga kesehatan melakukan perilaku yang berbahaya.
- (15) Direktur RSK Mata Masyarakat menggunakan pengukuran/indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam Rumah Sakit serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tersebut.
- (16) Direktur RSK Mata Masyarakat menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian/dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan.

Bagian Ketujuh
Manajemen Penanganan Pengaduan
Pasal 86

- (1) Pengaduan Internal adalah pengaduan di lingkup RSK Mata Masyarakat.
- (2) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. pengaduan ketidakpuasan, dan/atau keluhan pegawai Rumah Sakit terhadap manajemen Rumah Sakit;
 - b. pelanggaran pelaksanaan tugas dan fungsi yang dilakukan pegawai; dan
 - c. informasi tentang dugaan pelanggaran kode etik dan perilaku.
- (3) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat disampaikan dengan Surat resmi maupun secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.
- (4) Penanganan terhadap ketidakpuasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit, harus diselesaikan dengan cara musyawarah dan mufakat.

- (5) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan oleh Atasan Langsung Pegawai dimaksud secara berjenjang.

Pasal 87

- (1) Pengaduan Eksternal adalah pengaduan yang dilakukan oleh masyarakat baik perseorangan maupun kelompok terhadap Rumah Sakit.
- (2) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa informasi/pemberitahuan berisi keluhan, dan/atau ketidakpuasan terkait dengan perilaku/pelayanan langsung maupun tidak langsung yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit.
- (3) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat disampaikan melalui kotak saran, media elektronik, media cetak, dan secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.
- (4) Penanganan Pengaduan sebagaimana pada dimaksud ayat (3) dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit melalui Tim Layanan Pengaduan, penanganan pengaduan dilakukan berjenjang dari mulai kepala instalasi, kepala ruangan dengan tetap berkoordinasi dengan manajemen terkait, jika belum dapat diselesaikan dilanjutkan oleh tim pengaduan dengan berkoordinasi dengan legal konsultan serta manajemen terkait diketahui oleh direksi.
- (5) Jika tidak dapat di selesaikan secara musyawarah mufakat maka diselesaikan lewat jalur Hukum sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Tim pelayanan pengaduan meliputi:
 - a. Direktur;
 - b. Seluruh ASN eselon IV;
 - c. Seluruh Kepala Instalasi;
 - d. Penanggung Jawab Unit;
 - e. Case manager;
 - f. PPID; dan
 - g. Personal Care.

Bagian Kedelapan

Manajemen Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit dan Sumber Daya Lain

Pasal 88

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

Pasal 89

- (1) Pengelolaan lingkungan RS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 88 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah:
 - a. limbah medis; dan
 - b. limbah non medis.
- (2) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada Ketentuan Perundang-undangan.

Pasal 90

- (1) Pengelolaan Sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, gedung dan jalan dilakukan sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Pengelolaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.

Bagian Kesembilan

Manajemen Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 91

- (1) Direktur RSK Mata Masyarakat merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (2) Direktur RSK Mata Masyarakat, para pimpinan klinis, dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien.
- (3) Direktur RSK Mata Masyarakat bertanggungjawab memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen Rumah Sakit terhadap mutu.
- (4) Direktur RSK Mata Masyarakat mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi Rumah Sakit serta dukungan pemilik Rumah Sakit yang membentuk suatu budaya mutu di Rumah Sakit.
- (5) Direktur RSK Mata Masyarakat memilih pendekatan yang digunakan oleh Rumah Sakit untuk mengukur, menilai serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
- (6) Pengukuran mutu dilakukan menggunakan indikator mutu di tingkat Rumah Sakit dan di tingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.
- (7) Direktur RSK Mata Masyarakat menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien untuk mengatur dan mengarahkan pelaksanaan setiap harinya.
- (8) Direktur RSK Mata Masyarakat dapat membentuk Peningkatan Mutu dan Komite Keselamatan Pasien.

- (9) Direktur RSK Mata Masyarakat menerapkan suatu 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.
- (10) Direktur Rumah Sakit bertanggungjawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik sebagai berikut:
- a. setiap 3 (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;
 - b. setiap 6 (enam) bulan Direktur Rumah Sakit melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik antara lain mencakup:
 1. jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya;
 2. apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut;
 3. tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respon terhadap kejadian tersebut; dan/atau
 4. apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.
 - c. khusus untuk kejadian sentinel, Direktur Rumah Sakit wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 x 24 (dua kali dua puluh empat) jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 (empat puluh lima) hari.
- (11) Direktur RSK Mata Masyarakat menetapkan Regulasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang dapat berbentuk pedoman dan prosedur-prosedur lainnya antara lain berisi sebagai berikut:
- a. penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur, serta mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - b. peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - c. 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;

- d. peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai area *focus* untuk perbaikan;
 - e. monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan dan bagaimana melakukan monitoringnya;
 - f. proses pengumpulan data, analisis, feedback, dan pemberian informasi kepada staf;
 - g. bagaimana alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik rumah sakit; dan
 - h. bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan *surveillance* infeksi.
- (12) Direktur RSK Mata Masyarakat dengan para pimpinan dan Komite/Tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas Rumah Sakit dengan memperhatikan beberapa hal:
- a. misi Rumah Sakit;
 - b. data-data permasalahan yang ada (komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, terdapat kejadian tidak diharapkan);
 - c. 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;
 - d. 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;
 - e. dampak pada perbaikan sistem sehingga efek perbaikan dapat terjadi di seluruh Rumah Sakit, misalnya sistem manajemen obat di Rumah Sakit; dan
 - f. riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk Rumah Sakit pendidikan.

- (13) Direktur RSK Mata Masyarakat 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.
- (14) Dalam Pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit, Direktur dapat menetapkan kebijakan dan/atau Standar Operasional Prosedur (SOP).
- (15) Rangka pengawasan kegiatan operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pengawasan mutu pelayanan, Direktur dapat menetapkan Tim atau Panitia Teknis Pengawasan Mutu yang bekerja dibawah koordinasi Satuan Pengendali Internal (SPI).

Bagian Kesepuluh

Manajemen Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 92

- (1) Direktur RSK Mata Masyarakat menetapkan Komite PPI dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Direktur RSK Mata Masyarakat Bertanggung jawab terhadap tersedianya fasilitas sarana dan prasaran termasuk anggaran yang dibutuhkan untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (3) Direktur RSK Mata Masyarakat menentukan kebijakan strategi pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi:
 - a. pelaksanaan kebersihan tangan;
 - b. penggunaan APD yang tepat sesuai level resiko;
 - c. surveilans resiko infeksi;
 - d. investigasi wabah (*outbreak*) penyakit infeksi;
 - e. meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikroba secara aman;
 - f. *assessment* berkala terhadap resiko;
 - g. menerapkan sasaran penurunan resiko; dan
 - h. mengukur dan mereview resiko infeksi.
- (4) Direktur RSK Mata Masyarakat mengadakan evaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan saran dari Komite PPI.
- (5) Direktur RSK Mata Masyarakat mengadakan evaluasi kebijakan pemakaian antibiotika yang rasional dan desinfektan di Rumah Sakit berdasarkan saran dari komite PPI.
- (6) Direktur RSK Mata Masyarakat menutup suatu unit perawatan atau instalasi yang dianggap potensial menularkan penyakit untuk beberapa waktu sesuai kebutuhan berdasarkan saran dari Komite PPI.

- (7) Dalam pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit terkait Pencegahan dan pengendalian Infeksi, Direktur mengesahkan Regulasi dan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berkaitan dengan PPI.
- (8) Direktur RSK Mata Masyarakat memfasilitasi kebutuhan program kesehatan kerja atau karyawan terutama bagi petugas di area beresiko.
- (9) Komite PPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam melaksanakan fungsinya dibantu oleh IPCN dan IPCLN di tingkat unit.

BAB VII

STRUKTUR ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 93

- (1) Struktur anggaran BLUD, meliputi:
 - a. pendapatan BLUD;
 - b. belanja BLUD; dan
 - c. pembiayaan BLUD.
- (2) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bersumber dari:
 - a. jasa layanan;
 - b. hibah;
 - c. hasil kerja sama dengan pihak lain;
 - d. APBD; dan
 - e. lain-lain pendapatan BLUD yang sah.

Bagian Kedua

Pendapatan BLUD

Pasal 94

- (1) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (2) huruf a berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (2) huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain.
- (3) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah terikat sebagaimana dimaksud ayat (2), digunakan sesuai dengan tujuan pemberian hibah, sesuai dengan peruntukannya yang selaras dengan tujuan BLUD sebagaimana tercantum dalam naskah perjanjian hibah.
- (4) Pendapatan BLUD yang bersumber dari Hasil kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (2) huruf c dapat berupa hasil yang diperoleh dari kerja sama BLUD.
- (5) Pendapatan BLUD yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (2) huruf d berupa pendapatan yang berasal dari DPA APBD.

- (6) Lain-lain pendapatan BLUD yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (2) huruf e, 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;
 - f. pengembangan usaha; dan
 - g. Pendapatan BLUD lainnya.

Pasal 95

- (1) Pengembangan usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94 ayat (6) huruf f dilakukan melalui pembentukan unit usaha untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat.
- (2) Unit usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari BLUD yang bertugas melakukan pengembangan layanan dan mengoptimalkan sumber pendanaan untuk mendukung kegiatan BLUD.

Pasal 96

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran BLUD sesuai RBA.
- (2) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan dari yang berasal dari APBD dan hibah terikat.
- (3) Seluruh pendapatan RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kas Rumah Sakit serta dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan BLUD RSK Mata Masyarakat.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada PPKD setiap bulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), berpedoman pada Peraturan Perundang-undangan.

Bagian Ketiga

Belanja BLUD

Pasal 97

- (1) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (1) huruf b meliputi:
 - a. belanja operasi; dan
 - b. belanja modal.
- (2) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mencakup seluruh belanja BLUD untuk menjalankan tugas dan fungsi.

- (3) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja bunga dan belanja lain.
- (4) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b 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.
- (5) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi belanja tanah, belanja peralatan dan mesin, belanja gedung dan bangunan, belanja jalan, irigasi dan jaringan, belanja aset tetap lainnya dan aset lainnya.

Bagian Keempat
Pembiayaan BLUD

Pasal 98

- (1) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (1) huruf c meliputi:
 - a. penerimaan pembiayaan; dan
 - b. pengeluaran pembiayaan.
- (2) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun anggaran berikutnya.

Pasal 99

- (1) Penerimaan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya;
 - b. divestasi; dan
 - c. penerimaan utang/pinjaman.
- (2) Pengeluaran pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (1) huruf b meliputi:
 - a. investasi; dan
 - b. pembayaran pokok utang/pinjaman.

BAB VIII

PENGELOLAAN KEUANGAN RUMAH SAKIT DAN BLUD

Bagian Kesatu

Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit

Pasal 100

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan penatausahaan barang milik daerah.

- (3) Dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur bertanggungjawab kepada Kepala Dinas Kesehatan melalui penyampaian laporan keuangan, laporan pengelolaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit.
- (4) Penyampaian laporan keuangan, laporan penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 101

- (1) Direktur dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 100 ayat (1) bertanggungjawab secara administratif/dalam bentuk laporan kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Direktur dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 100 ayat (1) bertanggungjawab secara substantif kepada Gubernur melalui PPKD.
- (3) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur melakukan penyusunan laporan keuangan yang merupakan bagian dari laporan kinerja sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disajikan sebagai lampiran laporan keuangan dinas.
- (5) Tata cara dan format penyusunan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai Ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 102

- (1) Dalam melaksanakan otonomi dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 101 ayat (1), Direktur bertindak selaku kuasa pengguna anggaran sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Kepala Dinas Kesehatan selaku Pengguna Anggaran melimpahkan kewenangannya atas pengelolaan keuangan rumah sakit kepada Direktur selaku Kuasa Pengguna Anggaran.
- (3) Selain bertindak selaku kuasa pengguna anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur Rumah Sakit memiliki tugas dan kewenangan:
 - a. menyusun RBA;
 - b. menyusun DPA;
 - c. menandatangani 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 menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah; dan
 - g. mengusulkan bendahara pengeluaran, bendahara penerimaan dan bendahara pembantu kepada gubernur melalui PPKD.
- (4) RBA dan DPA sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a dan huruf b disampaikan kepada tim anggaran pemerintah daerah (TAPD) melalui PPKD untuk diverifikasi sesuai pada Ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
 - (5) Direktur menandatangani SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c meliputi uang persediaan (UP), Ganti Uang (GU), tambahan uang persediaan (TUP), langsung (LS) yang berpedoman pada ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
 - (6) Direktur mengelola utang dan piutang Daerah yang menjadi tanggungjawabnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d yang merupakan konsekuensi dari pelaksanaan DPA yang berpedoman pada ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 103

- (1) RBA Rumah Sakit merupakan lampiran dan bagian yang tidak terpisahkan dari DPA.
- (2) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 100 ayat (1) Direktur melaksanakan belanja sesuai DPA yang berpedoman pada ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Rumah Sakit juga melaksanakan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan.

Pasal 104

- (1) Seluruh pendapatan Rumah Sakit dapat digunakan langsung untuk membiayai belanja Rumah Sakit.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi seluruh pendapatan Rumah Sakit selain dari APBD dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN).
- (3) Pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dicantumkan dalam DPA pada kelompok pendapatan asli daerah (PAD), jenis lain-lain PAD yang sah dan objek pendapatan BLUD RSK Mata Masyarakat.

Pasal 105

- (1) Pagu anggaran belanja Rumah Sakit dalam DPA yang sumber dananya berasal dari pendapatan Rumah Sakit dan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dirinci dalam satu program, satu kegiatan, satu *output* dan jenis belanjanya.

- (2) Rincian lebih lanjut dari pagu anggaran belanja RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam RBA.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan lampiran dari DPA RSK Mata Masyarakat.

Pasal 106

- (1) Pembiayaan RSK Mata Masyarakat merupakan lampiran dari DPA RSK Mata Masyarakat.
- (2) RSK Mata Masyarakat dapat melakukan pergeseran rincian belanja yang ada di RBA, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sepanjang tidak melebihi pagu anggaran perjenis belanja di DPA.

Bagian Kedua

Pengelolaan Keuangan BLUD

Paragraf 1

Umum

Pasal 107

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektivitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Dalam rangka penerapan prinsip dan azas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka dalam pengelolaan keuangan diterapkan Sistem Akuntansi berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

Pasal 108

- (1) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 105 ayat (1) RSK Mata Masyarakat dengan status BLUD memperoleh fleksibilitas berupa:
 - a. perencanaan dan anggaran;
 - b. pengelolaan pendapatan dan belanja;
 - c. pengelolaan kas;
 - d. pengelolaan utang;
 - e. pengelolaan piutang;
 - f. pengelolaan investasi;
 - g. pengelolaan barang milik daerah;
 - h. pengadaan barang/jasa;
 - i. Penyusunan akuntansi pelaporan dan pertanggungjawaban;
 - j. pengelolaan SiLPA dan SiKPA;
 - k. kerjasama dengan pihak lain;
 - l. remunerasi;
 - m. Pengelolaan tarif; dan
 - n. perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berpedoman pada Peraturan Perundang-undangan.

Paragraf 2
Perencanaan dan Penganggaran
Pasal 109

- (1) RSK Mata Masyarakat menyusun Renstra BLUD.
- (2) Renstra BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan Rumah Sakit.
- (3) Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan.
- (4) Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang dan kendala yang ada atau mungkin timbul.
- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Pasal 110

Renstra BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109 ayat (1), dipergunakan sebagai dasar penyusunan RBA dan Evaluasi kinerja.

Pasal 111

RBA merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan Kegiatan RSK Mata Masyarakat dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan Rumah Sakit.

Pasal 112

- (1) Renstra BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109 mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi.

- (2) Sebelum ditetapkan oleh Gubernur, Rancangan Renstra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Dewan Pengawas, untuk mendapat persetujuan.
- (3) Rumah Sakit yang menerapkan BLUD menyusun RBA mengacu pada Renstra.
- (4) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (3) 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.
- (5) Anggaran berbasis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a merupakan analisis kegiatan yang berorientasi pada pencapaian *output* dengan penggunaan sumber daya secara efisien.
- (6) Standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku di suatu daerah.
- (7) BLUD menyusun standar satuan harga yang ditetapkan dengan Ketetapan Direktur.
- (8) Dalam hal BLUD belum menyusun standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (6), BLUD menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan oleh Keputusan Gubernur.
- (9) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c merupakan pagu belanja yang dirinci menurut belanja operasi dan belanja modal.

Pasal 113

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 111, 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*.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu presentase ambang batas tertentu.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disertai dengan SPM.

Pasal 114

- (1) Ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113 ayat (1) huruf a merupakan ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) Rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113 ayat (1) huruf b merupakan rencana anggaran untuk seluruh kegiatan tahunan yang dinyatakan dalam satuan uang yang tercermin dari rencana pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (3) Perkiraan harga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113 ayat (1) huruf c, merupakan estimasi harga jual produk barang dan/atau jasa setelah memperhitungkan biaya persatuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari Tarif Layanan.
- (4) Besaran persentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113 ayat (1) huruf d, merupakan besaran persentase perubahan anggaran yang bersumber dari pendapatan operasional yang diperkenankan dan ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional BLUD.
- (5) Perkiraan maju atau *forward estimate* sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113 ayat (1) huruf e, 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.

Pasal 115

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA RSK Mata Masyarakat pada akun pendapatan daerah pada kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan dari BLUD RSK Mata Masyarakat.
- (2) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (1) huruf b yang sumber dananya berasal dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e dan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD, diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA RSK Mata Masyarakat pada akun belanja daerah yang selanjutnya dirinci dalam 1 (satu) program, 1 (satu) kegiatan, 1 (satu) *output* dan jenis belanja.

- (3) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan serta kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan.
- (4) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (1) diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA RSK Mata Masyarakat selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan pada akun pembiayaan pada Satuan Kerja Pengelolaan Keuangan Daerah selaku Bendahara Umum Daerah.
- (5) BLUD dapat melakukan pergeseran rincian belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), sepanjang tidak melebihi pagu anggaran dalam jenis belanja pada DPA untuk selanjutnya disampaikan kepada PPKD.
- (6) Rincian belanja dicantumkan dalam RBA.

Pasal 116

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 111 diintegrasikan/dikonsolidasikan dan merupakan kesatuan dari RKA.
- (2) RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan rancangan peraturan daerah tentang APBD.

Pasal 117

- (1) PPKD menyampaikan RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 ayat (2) kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah untuk dilakukan penelaahan.
- (2) Hasil penelaahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain digunakan sebagai dasar pertimbangan alokasi dana APBD untuk BLUD.

Pasal 118

- (1) Tim Anggaran Pemerintah Daerah menyampaikan kembali RKA beserta RBA yang telah dilakukan penelaahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 117 ayat (1) kepada PPKD.
- (2) Tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan RBA mengikuti tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan APBD.

Paragraf 3

Pelaksanaan Anggaran dan Pengelolaan Belanja

Pasal 119

RSK Mata Masyarakat menyusun DPA berdasarkan peraturan daerah tentang APBD untuk diajukan kepada PPKD.

Pasal 120

- (1) DPA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 119 memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) PPKD mengesahkan DPA sebagai dasar pelaksanaan anggaran BLUD.

Pasal 121

- (1) DPA yang telah disahkan oleh PPKD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 ayat (2) menjadi dasar pelaksanaan anggaran yang bersumber dari APBD.
- (2) Pelaksanaan anggaran yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk belanja pegawai, belanja barang dan/atau jasa, dan belanja modal yang mekanismenya berpedoman kepada Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Pelaksanaan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) 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.
- (4) Pelaksanaan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dengan melampirkan RBA.

Pasal 122

- (1) DPA yang telah disahkan dan RBA menjadi lampiran perjanjian kinerja yang ditandatangani oleh Gubernur dan pemimpin.
- (2) Perjanjian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain memuat kesanggupan untuk meningkatkan:
 - a. kinerja pelayanan bagi masyarakat;
 - b. kinerja keuangan; dan
 - c. manfaat bagi masyarakat.

Pasal 123

- (1) Dalam pelaksanaan anggaran, Direktur menyusun laporan pendapatan BLUD, laporan belanja BLUD, dan laporan pembiayaan BLUD secara berkala kepada PPKD.
- (2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab yang ditandatangani oleh Direktur.
- (3) Berdasarkan laporan yang melampirkan surat pernyataan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur menerbitkan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan untuk disampaikan kepada PPKD.

- (4) Berdasarkan surat permintaan pengesahan pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), PPKD melakukan pengesahan dengan menerbitkan surat pengesahan pendapatan, belanja dan pembiayaan.

Pasal 124

- (1) Untuk pengelolaan kas Rumah Sakit, Direktur membuka rekening kas BLUD sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Rekening kas Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk menampung penerimaan dan pengeluaran kas yang dananya bersumber dari pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e.

Pasal 125

- (1) 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.
- (2) Penerimaan BLUD dilaporkan setiap hari kepada Direktur melalui pejabat keuangan.

Pasal 126

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.

Pasal 127

- (1) Pengelolaan belanja Rumah Sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan belanja yang disesuaikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA dan DPA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilaksanakan terhadap belanja Rumah Sakit yang bersumber dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, huruf e, dan hibah tidak terikat.

- (4) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan besaran persentase realisasi belanja yang diperkenankan melampaui anggaran dalam RBA dan DPA.
- (5) Dalam hal belanja BLUD melampaui ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), terlebih dahulu mendapat persetujuan Gubernur.
- (6) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, BLUD mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada PPKD.

Pasal 128

- (1) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 127 ayat (4) dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal kas.
- (2) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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.
- (3) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dicantumkan dalam RBA dan DPA.
- (4) Pencantuman ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa catatan yang memberikan informasi besaran presentase ambang batas.
- (5) Pesentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (6) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), digunakan apabila pendapatan BLUD sebagaimana Pasal 93 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e diprediksi melebihi target pendapatan yang telah ditetapkan RBA dan DPA tahun yang dianggarkan.

Paragraf 4

Pengelolaan Piutang dan Utang/Pinjaman BLUD

Pasal 129

- (1) Rumah Sakit mengelola piutang sehubungan dengan penyerahan barang, jasa, dan/atau transaksi yang berhubungan langsung atau tidak langsung dengan kegiatan BLUD.
- (2) RSK Mata Masyarakat melaksanakan penagihan piutang pada saat piutang jatuh tempo, dilengkapi administrasi penagihan.

- (3) Dalam hal piutang sulit tertagih, keputusan penagihan piutang diputuskan setelah dikonsultasikan kepada Gubernur dengan melampirkan bukti yang sah.

Pasal 130

- (1) Piutang dapat dihapus secara mutlak atau bersyarat.
- (2) Pengelolaan dan penagihan piutang diatur dengan ketentuan-ketentuan:
- a. RSK Mata Masyarakat mengelola piutang sehubungan dengan layanan dan perikatan perjanjian dan/atau akibat peristiwa lainnya;
 - b. Piutang RSK Mata Masyarakat dikelola dan diselesaikan secara tertib, efisien, ekonomis, transparan, dan bertanggung jawab serta dapat memberikan nilai tambah sesuai dengan praktik bisnis yang sehat;
 - c. Pengelolaan piutang mencakup:
 1. prosedur dan persyaratan piutang;
 2. penatausahaan dan akuntansi piutang;
 3. tata cara penagihan piutang; dan
 4. pelaporan piutang.
 - d. RSK Mata Masyarakat melakukan penagihan secara maksimal atas piutang;
 - e. Dalam hal penagihan piutang tidak terselesaikan secara maksimal, Direktur menyerahkan pengurusan penagihan tersebut kepada panitia urusan piutang negara (PUPN) setelah mendapat persetujuan Gubernur; dan
 - f. Pengurusan piutang dinyatakan optimal, dalam hal telah dinyatakan sebagai piutang sementara belum dapat ditagih (PSBDT) oleh PUPN.
- (3) Pelaksanaan penghapusan piutang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan ketentuan-ketentuan:
- a. terhadap piutang yang telah dinyatakan PSBDT oleh PUPN, Maka dilakukan penghapusan secara bersyarat dengan cara:
 1. menerbitkan surat keputusan penghapusan;
 2. fungsi akuntansi melakukan penghapusan piutang dari pembukuan piutang, tanpa menghapuskan hak tagih RSK Mata Masyarakat; dan
 3. dokumen yang dilengkapi berupa daftar nominatif para penanggung utang, besaran piutang yang dihapuskan, dan surat pernyataan PSBDT dari PUPN.
 - b. RSK Mata Masyarakat dapat mengajukan penghapusan secara mutlak kepada Gubernur tembusan Kepala Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang (KPKNL) regional Sumatera Selatan setelah lewat waktu 2 (dua) tahun sejak tanggal penetapan penghapusan secara bersyarat, disampaikan secara tertulis dengan dilampiri dokumen paling sedikit:

1. daftar nominatif para penanggung utang;
 2. surat keputusan penghapusan secara bersyarat atas piutang yang diusulkan untuk penghapusan secara mutlak; dan
 3. surat pertimbangan penghapusan secara mutlak atas piutang RSK Mata Masyarakat dari Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang (KPKNL) regional Sumatera Selatan;
- c. kewenangan penghapusan secara bersyarat terhadap piutang RSK Mata Masyarakat ditetapkan oleh:
1. Direktur untuk jumlah sampai dengan Rp. 200.000.000 (dua ratus juta rupiah) per penanggung utang;
 2. Direktur dengan persetujuan Dewan Pengawas untuk jumlah lebih dari Rp. 200.000.000 (dua ratus juta rupiah) sampai dengan Rp. 500.000.000 (lima ratus juta rupiah) per penanggung utang;
 3. Gubernur untuk jumlah lebih dari Rp. 500.000.000 (lima ratus juta rupiah) sampai dengan Rp. 5.000.000.000 (lima miliar rupiah) per penanggung utang; dan
 4. Gubernur dengan persetujuan DPRD untuk jumlah lebih dari Rp. 5.000.000.000 (lima miliar rupiah) per penanggung hutang.

Pasal 131

- (1) BLUD dapat melakukan utang/pinjaman sehubungan dengan kegiatan operasional dan/atau perikatan pinjaman dengan pihak lain.
- (2) Utang/pinjaman sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa utang/pinjaman jangka pendek atau utang/pinjaman jangka panjang.

Pasal 132

- (1) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 131 ayat (2) merupakan utang/pinjaman yang memberikan manfaat kurang dari 1 (satu) tahun yang timbul karena kegiatan operasional dan/atau yang 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.
- (2) Pembayaran utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang harus dilunasi dalam tahun anggaran berkenaan.
- (3) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dalam bentuk perjanjian utang/pinjaman yang ditandatangani oleh Direktur dan pemberi utang/pinjaman.

- (4) Pembayaran kembali utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab Pemerintah Provinsi melalui Rumah Sakit.
- (5) Kriteria utang/pinjaman jangka pendek:
 - a. memberikan manfaat kurang dari 1 (satu) tahun;
 - b. timbul karena kegiatan operasional; dan/atau
 - c. bertujuan untuk menutup defisit kas (selisih antara jumlah kas yang tersedia ditambah proyeksi jumlah penerimaan kas dengan proyeksi jumlah pengeluaran kas dalam 1 (satu) tahun.
- (6) Jangka waktu utang/pinjaman jangka pendek paling lama 1 (satu) tahun dihitung mulai tanggal penandatanganan perjanjian utang/pinjaman, dengan batas akhir tidak melampaui 1 (satu) tahun anggaran.
- (7) Pembayaran utang/pinjaman jangka pendek merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang harus dilunasi dalam tahun anggaran berkenaan, meliputi pokok utang/pinjaman, bunga, dan/atau kewajiban lainnya yang telah jatuh tempo berdasarkan perjanjian utang/pinjaman.
- (8) Direktur dapat melakukan pelampauan pembayaran pokok utang/pinjaman, bunga, dan/atau kewajiban lainnya sepanjang tidak melebihi nilai ambang batas yang telah ditetapkan dalam RBA.

Pasal 133

- (1) Utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 131 ayat (2) 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.
- (2) Utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya untuk pengeluaran belanja modal.
- (3) Pembayaran utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang meliputi pokok utang/pinjaman, bunga dan biaya lain yang harus dilunasi pada tahun anggaran berikutnya sesuai dengan persyaratan perjanjian utang/pinjaman yang bersangkutan.
- (4) Kriteria utang/pinjaman jangka panjang:
 - a. memberikan manfaat lebih dari 1 (satu) tahun;
 - b. masa pembayaran kembali atas utang/pinjaman lebih dari 1 (satu) tahun; dan
 - c. hanya untuk pengeluaran investasi/modal.
- (5) Jangka waktu utang/pinjaman jangka panjang paling sedikit diatas 1 (satu) tahun dihitung mulai tanggal penandatanganan perjanjian utang/pinjaman.

- (6) Pembayaran utang/pinjaman jangka panjang merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang harus dilunasi dalam tahun anggaran berikutnya, meliputi pokok utang/pinjaman, bunga, dan/atau kewajiban lainnya yang telah jatuh tempo berdasarkan perjanjian utang/pinjaman.
- (7) Mekanisme pengajuan utang/pinjaman jangka panjang dilaksanakan sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Paragraf 5

Investasi

Pasal 134

- (1) RSK Mata Masyarakat dapat melakukan investasi sepanjang memberi manfaat bagi peningkatan pendapatan dan peningkatan pelayanan kepada masyarakat serta tidak mengganggu likuiditas keuangan RSK Mata Masyarakat dengan tetap memperhatikan rencana pengeluaran.
- (2) Investasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa investasi jangka pendek yaitu investasi yang dapat segera dicairkan dan dimaksudkan untuk dimiliki selama 12 (dua belas) bulan atau kurang.
- (3) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. deposito pada bank umum dengan jangka waktu 3 (tiga) sampai dengan 12 (dua belas) bulan dan/atau yang dapat diperpanjang secara otomatis; dan
 - b. surat berharga negara jangka pendek.
- (4) Karakteristik investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
 - a. dapat segera diperjualbelikan dicairkan;
 - b. ditujukan untuk manajemen kas; dan
 - c. instrumen keuangan dengan risiko rendah.
- (5) Besaran alokasi dana Investasi paling tinggi 80% (delapan puluh persen) dari dana kas RSK Mata Masyarakat dengan memperhatikan biaya pengeluaran dan disesuaikan dengan hasil evaluasi *cash flow* dana kas.
- (6) Investasi jangka pendek dilaksanakan dengan melalui tahapan sebagai berikut:
 1. usulan investasi; dan
 2. pelaksanaan investasi.
- (7) Usulan investasi diajukan oleh Pejabat Keuangan kepada Pimpinan untuk mendapatkan persetujuan setelah mendapat pertimbangan dari Dewan Pengawas.
- (8) RSK Mata Masyarakat menyusun pelaporan dan pertanggungjawaban pengelolaan Investasi dalam laporan keuangan sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

- (9) Evaluasi terhadap Investasi RSK Mata Masyarakat dilakukan secara berkala oleh Dewan Pengawas.

Paragraf 6

Pengelolaan Barang Milik Daerah

Pasal 135

- (1) Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan Barang Milik Daerah.
- (2) Otonomi dalam pengelolaan Barang Milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perencanaan, penatausahaan dan pengendalian 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, penilaian, penatausahaan, penggunaan, pemanfaatan, pengamanan dan pemeliharaan, 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 pemindahtanganan/mutasi 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 Gubernur 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, merekonsiliasi dan menyampaikan laporan barang pengguna semesteran dan tahunan yang berada dalam penguasaannya kepada Pengelola Barang; dan
- k. hasil pemanfaatan barang milik daerah merupakan pendapatan RSK Mata Masyarakat.

Paragraf 7

Pengadaan barang/jasa

Pasal 136

- (1) Pengadaan GU belanja barang/jasa dan pemeliharaan dengan nilai kurang dari Rp. 2.000.000 (dua juta rupiah) dengan syarat nota/kwitansi/faktur pembelian/bukti pembayaran.
- (2) Belanja perjalanan dinas, pendidikan dan pelatihan GU dan LS jika perjalanan dinas lebih dari Rp. 5.000.000 (lima juta rupiah) dengan syarat pembayaran:
 - a. surat tugas (untuk melaksanakan tugas luar/pendidikan/pelatihan);
 - b. surat perintah perjalanan dinas (SSPD);
 - c. laporan perjalanan dinas/laporan hasil pendidikan/pelatihan;
 - d. bukti riil perjalanan (tiket transportasi, akomodasi, kwitansi pembayaran pendidikan dan pelatihan);
 - e. transaksi dan rincian biaya perjalanan dinas;
 - f. nominatif perjalanan dinas; dan
 - g. Persetujuan dana dari pejabat keuangan (untuk LS).
- (3) Pengadaan (belanja jasa dan pemeliharaan) GU dan LS (khusus *urgensi*/darurat) dengan nilai Rp. 2.000.000 (dua juta rupiah) sampai dengan kurang dari Rp. 20.000.000 (sepuluh juta rupiah) dengan syarat pembayaran:
 - a. usulan unit (jika tidak bersifat *urgensi*/darurat) atau surat tagihan;
 - b. nota/kwitansi/faktur pembelian;
 - c. *e-billing* dan bukti setor pajak (bendahara); dan
 - d. faktur pajak.
- (4) Pengadaan (pembelian barang) GU dan LS (khusus obat, *urgensi*/darurat) dengan nilai Rp. 2.000.000 (dua juta rupiah) sampai dengan kurang dari Rp. 20.000.000 (sepuluh juta rupiah) dengan syarat pembayaran:
 - a. usulan unit (jika tidak bersifat *urgensi*/darurat);
 - b. nota/kwitansi/faktur pembelian;
 - c. *e-billing* dan bukti setor pajak (bendahara); dan

- d. faktur pajak.
- (5) Pengadaan langsung pembelian barang/jasa nilai Rp. 10.000.000 (sepuluh juta rupiah) sampai dengan Rp. 50.000.000 (lima puluh juta) dengan syarat pembayaran:
- a. nota atau kwitansi;
 - b. nomor pokok wajib pajak;
 - c. *e-billing*/SSP (surat setoran pajak);
 - d. faktur pajak;
 - e. berita acara pemeriksaan;
 - f. berita acara serah terima; dan
 - g. nota dinas persetujuan dana dari pejabat keuangan.
- (6) Pengadaan langsung jasa dan pemeliharaan dengan nilai Rp. 10.000.000 (sepuluh juta rupiah) sampai dengan Rp. 50.000.000 (lima puluh juta rupiah) dengan syarat pembayaran:
- a. nota atau kwitansi;
 - b. nomor pokok wajib pajak;
 - c. *e-billing*/SSP (surat setoran pajak);
 - d. faktur pajak;
 - e. progres pekerjaan (untuk pekerjaan pemeliharaan rumah dinas dan gedung);
 - f. berita acara pemeriksaan;
 - g. berita acara serah terima; dan
 - h. persetujuan dana dari pejabat keuangan.
- (7) Pengadaan langsung pembelian barang dengan nilai Rp. 50.000.000 (lima puluh juta rupiah) sampai dengan Rp. 200.000.000 (dua ratus juta rupiah) dengan syarat pembayaran:
- a. surat perintah kerja (SPK);
 - b. kwitansi;
 - c. nomor pokok wajib pajak;
 - d. referensi bank;
 - e. *e-billing*/SSP (surat setoran pajak);
 - f. faktur pajak;
 - g. berita acara pemeriksaan;
 - h. berita acara serah terima; dan
 - i. persetujuan dana dari pejabat keuangan.
- (8) Pengadaan langsung jasa dan pemeliharaan dengan nilai Rp. 50.000.000 (lima puluh juta rupiah) sampai dengan Rp. 200.000.000 (dua ratus juta rupiah) dengan syarat pembayaran:
- a. surat perintah kerja (SPK);
 - b. kwitansi;
 - c. nomor pokok wajib pajak;
 - d. referensi bank;
 - e. *e-billing*/SSP (surat setoran pajak);

- f. faktur pajak;
 - g. progres pekerjaan (untuk pekerjaan pemeliharaan rumah dinas dan gedung);
 - h. berita acara pemeriksaan;
 - i. berita acara serah terima; dan
 - j. persetujuan dana dari pejabat keuangan.
- (9) Pengadaan langsung jasa pengawasan/konstruksi/DED (perencanaan) dengan nilai Rp. 50.000.000 (lima puluh juta rupiah) sampai dengan Rp. 100.000.000 (seratus juta rupiah) dengan syarat pembayaran:
- a. surat perintah kerja (SPK);
 - b. kwitansi;
 - c. nomor pokok wajib pajak;
 - d. referensi bank;
 - e. *e-billing*/SSP (surat setoran pajak);
 - f. faktur pajak;
 - g. progres pekerjaan;
 - h. berita acara pemeriksaan;
 - i. berita acara serah terima;
 - j. jaminan uang muka dan rincian penggunaan uang muka (jika ada);
 - k. jaminan pemeliharaan (jika ada); dan
 - l. persetujuan dana dari pejabat keuangan.
- (10) Pengadaan langsung pembelian barang dengan nilai Rp. 200.000.000 (dua ratus juta rupiah) sampai dengan Rp. 500.000.000 (lima ratus juta rupiah) dengan syarat pembayaran:
- a. surat perintah kerja (SPK);
 - b. kwitansi;
 - c. nomor pokok wajib pajak;
 - d. referensi bank;
 - e. *e-billing*/SSP (surat setoran pajak);
 - f. faktur pajak;
 - g. berita acara pemeriksaan;
 - h. berita acara serah terima; dan
 - i. persetujuan dana dari pejabat keuangan.
- (11) Pengadaan langsung biasa dan pemeliharaan dengan nilai Rp. 200.000.000 (dua ratus juta rupiah) sampai dengan Rp. 500.000.000 (lima ratus juta rupiah) dengan syarat pembayaran:
- a. surat perintah kerja (SPK);
 - b. kwitansi;
 - c. nomor pokok wajib pajak;
 - d. referensi bank;
 - e. *e-billing*/SSP (Surat setoran pajak);
 - f. faktur pajak;

- g. progres pekerjaan (untuk pekerjaan pemeliharaan rumah dinas dan gedung);
 - h. berita acara pemeriksaan;
 - i. berita acara serah terima; dan
 - j. persetujuan dana dari pejabat keuangan.
- (12) Pengadaan langsung jasa pengawasan/konstruksi/DED (perencanaan) dengan nilai Rp. 100.000.000 (seratus juta rupiah) sampai dengan Rp. 500.000.000 (lima ratus juta rupiah) dengan syarat pembayaran:
- a. surat perintah kerja (SPK);
 - b. kwitansi;
 - c. nomor pokok wajib pajak;
 - d. referensi bank;
 - e. *e-billing*/SSP (surat setoran pajak);
 - f. faktur pajak;
 - g. progres pekerjaan;
 - h. berita acara pemeriksaan/PHO/FHO;
 - i. berita acara serah terima/PHO dan FHO;
 - j. surat pernyataan penyelesaian pekerjaan pemeliharaan (jika waktu pemeliharaan lewat tahun anggaran);
 - k. jaminan uang muka dan rincian penggunaan uang muka (jika ada);
 - l. jaminan pelaksanaan;
 - m. jaminan pemeliharaan (jika ada); dan
 - n. persetujuan dana dari pejabat keuangan.
- (13) Pengadaan langsung pembelian barang di atas Rp. 500.000.000 (lima ratus juta) dengan syarat pembayaran:
- a. surat perintah kerja (SPK);
 - b. kwitansi;
 - c. nomor pokok wajib pajak;
 - d. referensi bank;
 - e. *e-billing*/SSP (surat setoran pajak);
 - f. faktur pajak;
 - g. berita acara pemeriksaan;
 - h. berita acara serah terima;
 - i. jaminan uang muka (jika ada);
 - j. jaminan pelaksanaan; dan
 - k. persetujuan dana dari pejabat keuangan.
- (14) Pengadaan langsung jasa dan pemeliharaan di atas Rp. 500.000.000 (lima ratus juta) dengan syarat pembayaran:
- a. surat perintah kerja (SPK);
 - b. kwitansi;
 - c. nomor pokok wajib pajak;
 - d. referensi bank;
 - e. *e-billing*/SSP (Surat setoran pajak);
 - f. faktur pajak;
 - g. progres pekerjaan (untuk pekerjaan pemeliharaan rumah dinas dan gedung);

- h. berita acara pemeriksaan;
 - i. berita acara serah terima; dan
 - j. Persetujuan dana dari pejabat keuangan.
- (15) Pengadaan langsung jasa pengawasan/konstruksi/DED (perencanaan) di atas Rp. 500.000.000 (lima ratus juta) dengan syarat pembayaran:
- a. surat perintah kerja (SPK);
 - b. kwitansi;
 - c. nomor pokok wajib pajak;
 - d. referensi bank;
 - e. *e-billing*/SSP (surat setoran pajak);
 - f. faktur pajak;
 - g. progres pekerjaan;
 - h. berita acara pemeriksaan/PHO/FHO;
 - i. berita acara serah terima/PHO dan FHO;
 - j. surat pernyataan penyelesaian pekerjaan pemeliharaan (jika waktu pemeliharaan lewat tahun anggaran);
 - k. jaminan uang muka dan rincian penggunaan uang muka (jika ada);
 - l. jaminan pelaksanaan;
 - m. jaminan pemeliharaan (jika ada); dan
 - n. Persetujuan dana dari pejabat keuangan.

Paragraf 8

Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 137

- (1) BLUD menyelenggarakan akuntansi dan menyusun laporan keuangan.
- (2) Dalam rangka akuntabilitas keuangan laporan keuangan BLUD sebelum dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal Pemerintah dilakukan *review* oleh Satuan Pengendali Internal (SPI).

Pasal 138

- (1) BLUD menyusun pelaporan dan pertanggungjawaban berupa laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - 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).
- (3) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disusun berdasarkan standar akuntansi pemerintahan (SAP).
- (4) Dalam hal standar akuntansi pemerintahan tidak mengatur jenis usaha BLUD, BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi.
- (5) BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) yang diatur dengan Peraturan Gubernur.

- (6) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil atau keluaran BLUD.
- (7) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 139

- (1) RSK Mata Masyarakat menyusun laporan keuangan semesteran dan tahunan.
- (2) Laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan laporan kinerja paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir, setelah dilakukan *review* oleh Inspektorat Provinsi.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaporkan oleh BLUD kepada PPKD dan diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan Dinas, untuk selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan Pemerintah Daerah.
- (4) Hasil *review* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesatuan dari laporan keuangan BLUD tahunan.

Paragraf 9

Pengelolaan SiLPA dan Defisit Anggaran

Pasal 140

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihitung berdasarkan laporan realisasi anggaran pada I (satu) periode anggaran.
- (3) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat digunakan dalam tahun anggaran berikutnya, kecuali atas perintah Gubernur 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan likuiditas.
- (5) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (5) apabila dalam kondisi mendesak dapat dilaksanakan mendahului APBD perubahan.
- (7) Kriteria kondisi mendesak sebagaimana dimaksud pada ayat (6) mencakup:
 - a. program dan kegiatan pelayanan dasar masyarakat yang anggarannya belum tersedia dan/atau belum cukup anggarannya pada tahun anggaran berjalan; dan
 - b. keperluan mendesak lainnya yang apabila ditunda akan menimbulkan kerugian yang lebih besar bagi pemerintah daerah dan masyarakat.

Pasal 141

Pengelolaan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD diatur dengan ketentuan-ketentuan:

- a. SiLPA RSK Mata Masyarakat merupakan selisih lebih antara realisasi penerimaan dan pengeluaran BLUD RSK Mata Masyarakat selama 1 (satu) tahun anggaran;
- b. SiLPA RSK Mata Masyarakat dihitung berdasarkan Laporan Realisasi Anggaran dalam 1 (satu) periode anggaran;
- c. SiLPA RSK Mata Masyarakat dapat digunakan dalam tahun anggaran berikutnya, kecuali atas perintah Gubernur disetorkan sebagian atau seluruhnya ke Kas Daerah dengan mempertimbangkan posisi likuiditas dan rencana pengeluaran RSK Mata Masyarakat, berdasarkan kajian yang mendalam;
- d. Pemanfaatan SiLPA RSK Mata Masyarakat dalam tahun anggaran berikutnya dapat digunakan sepanjang memberi manfaat bagi peningkatan pelayanan kepada masyarakat dan untuk memenuhi kebutuhan likuiditas dengan mempertimbangkan posisi likuiditas RSK Mata Masyarakat melalui mekanisme APBD;
- e. Pemanfaatan SiLPA RSK Mata Masyarakat dalam tahun anggaran berikutnya apabila dalam kondisi mendesak dapat dilaksanakan melalui mendahului Perubahan APBD;
- f. Kriteria kondisi mendesak mencakup:
 - 1. program dan kegiatan pelayanan dasar masyarakat yang anggarannya belum tersedia dan/ atau belum cukup anggarannya pada tahun anggaran berjalan; dan
 - 2. keperluan mendesak lainnya yang apabila ditunda akan menimbulkan kerugian yang lebih besar bagi Pemerintah Daerah dan masyarakat.
- g. kondisi mendesak ditetapkan oleh Direktur;
- h. dalam hal anggaran RSK Mata Masyarakat diperkirakan defisit, ditetapkan pembiayaan untuk menutupi defisit tersebut antara lain dari SiLPA RSK Mata Masyarakat pada tahun anggaran sebelumnya dan penerimaan pinjaman;

- i. Prosedur penggunaan SiLPA:
 1. nilai SiLPA yang diperoleh dilaporkan Gubernur dan Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah untuk diperhitungkan dan dapat digunakan di awal tahun anggaran berikutnya; dan
 2. laporan SiLPA disertai dengan rincian rencana penggunaan anggaran pendapatan dan biayanya.
- j. penyetoran SiLPA:
 1. SiLPA dapat disetorkan sebagian atau seluruhnya dengan mempertimbangkan posisi likuiditas dan rencana pengeluaran RSK Mata Masyarakat melalui kajian yang mendalam;
 2. penyetoran dana SiLPA dari Rekening Kas BLUD RSK Mata Masyarakat ke Rekening Kas Umum Daerah atas perintah Gubernur;
 3. penyetoran dana SiLPA dilakukan untuk:
 - a. pembinaan pengelolaan keuangan BLUD RSK Mata Masyarakat; dan/atau
 - b. optimalisasi Kas Daerah.
 4. penyetoran SiLPA merupakan penyetoran tanpa kewajiban pengembalian;
 5. atas penyetoran SiLPA, Provinsi dapat mengalokasikan anggaran dalam rangka *sharing* program dan kegiatan prioritas RSK Mata Masyarakat pada tahun anggaran berikutnya sesuai dengan kemampuan keuangan Daerah;
 6. perintah penyetoran dana SiLPA dilakukan setelah mendapatkan pertimbangan PPKD dan diketahui berdasarkan laporan keuangan terjadi surplus anggaran BLUD RSK Mata Masyarakat dengan tidak mengganggu likuiditas dan rencana pengembangan layanan tahun berjalan dan/ atau 1 (satu) tahun berikutnya;
 7. Gubernur menetapkan Keputusan Gubernur Sumatera Selatan tentang Perintah Penyetoran SiLPA BLUD RSK Mata Masyarakat ke Rekening Kas Umum Daerah, paling sedikit memuat:
 - a. besaran SiLPA yang disetorkan;
 - b. batas waktu penyetoran SiLPA RSK Mata Masyarakat ke kas daerah; dan
 - c. rekening asal dan rekening tujuan.
 8. berdasarkan Keputusan Gubernur, Direktur menyetorkan SiLPA ke Rekening Kas Umum Daerah melalui bank yang ditunjuk;
 9. penyetoran dilakukan sebagai transaksi non anggaran;
 10. direktur menyampaikan salinan bukti penyetoran SiLPA ke Rekening Kas Daerah melalui PPKD; dan
 11. RSK Mata Masyarakat dan PPKD mencatat dan melaporkan setiap transaksi penyetoran SiLPA.
- k. Pemantauan dan Evaluasi:

1. terhadap pelaksanaan pemanfaatan SiLPA dilakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
2. pemantauan dilakukan untuk mengetahui tingkat keberhasilan penggunaan SiLPA dalam membiayai program dan kegiatan BLUD RSK Mata Masyarakat; dan
3. laporan Keuangan dapat digunakan sebagai bahan untuk pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pemanfaatan SiLPA.

Pasal 142

- (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.

Pasal 143

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.

Paragraf 10

Remunerasi

Pasal 144

- (1) Pejabat Pengelola dan pegawai BLUD diberikan remunerasi sesuai dengan tanggung jawab dan profesionalisme.
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang diberikan dalam komponen yang meliputi:
 - a. gaji yaitu imbalan kerja berupa uang yang bersifat tetap setiap bulan;
 - b. tunjangan tetap yaitu imbalan kerja berupa uang yang bersifat tambahan pendapatan di luar gaji setiap bulan;
 - c. insentif yaitu imbalan kerja berupa uang yang bersifat tambahan pendapatan di luar gaji;
 - d. bonus atas prestasi yaitu imbalan kerja berupa uang yang bersifat tambahan pendapatan di luar gaji, tunjangan tetap dan insentif, atas prestasi kerja yang dapat diberikan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun anggaran setelah BLUD memenuhi syarat tertentu;
 - e. pesangon yaitu imbalan kerja berupa uang santunan purna jabatan sesuai dengan kemampuan keuangan; dan/atau
 - f. pensiun yaitu imbalan kerja berupa uang.
- (3) Pejabat Pengelola menerima remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
 - a. bersifat tetap berupa gaji;

- b. bersifat tambahan berupa tunjangan tetap, insentif, dan bonus atas prestasi; dan
 - c. pesangon bagi Pegawai Pemerintah dengan perjanjian kerja dan profesional lainnya atau pensiun bagi Pegawai Negeri Sipil.
- (4) Pegawai menerima remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
- a. bersifat tetap berupa gaji;
 - b. bersifat tambahan berupa insentif dan bonus atas prestasi; dan
 - c. pesangon bagi pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja dan profesional lainnya atau pensiun bagi Pegawai Negeri Sipil.
- (5) Pemberian gaji, tunjangan dan pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) bagi pegawai negeri sipil sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 145

- (1) Remunerasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 144 ayat (1), diatur dengan peraturan kepala daerah berdasarkan usulan pemimpin.
- (2) Pengaturan remunerasi dalam peraturan kepala daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempertimbangkan prinsip proporsionalitas, kesetaraan, kepatutan, kewajaran dan kinerja.
- (3) Selain mempertimbangkan prinsip sebagaimana dimaksud pada ayat (2), pengaturan remunerasi dapat memperhatikan indeks harga daerah/wilayah.
- (4) Untuk mengatur remunerasi BLUD, kepala daerah dapat membentuk tim yang keanggotaannya dapat berasal dari unsur:
- a. SKPD yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah;
 - c. perguruan tinggi; dan
 - d. lembaga profesi.
- (5) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan dengan keputusan kepala daerah.

Pasal 146

Pengaturan remunerasi dalam peraturan kepala daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 145 ayat (2) dihitung berdasarkan indikator penilaian, meliputi:

- a. pengalaman dan masa kerja;
- b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku;
- c. resiko kerja;
- d. tingkat kegawat daruratan;
- e. jabatan yang disandang; dan
- f. hasil/capaian kinerja.

Pasal 147

Selain indikator penilaian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146, penetapan remunerasi bagi pemimpin, mempertimbangkan faktor:

- a. ukuran dan jumlah aset yang dikelola, tingkat pelayanan serta produktivitas;
- b. pelayanan sejenis;
- c. kemampuan pendapatan; dan
- d. kinerja operasional berdasarkan indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.

Pasal 148

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

Pasal 149

- (1) Remunerasi dalam bentuk honorarium diberikan kepada Dewan Pengawas dan sekretaris Dewan Pengawas sebagai imbalan kerja berupa uang, bersifat tetap dan diberikan setiap bulan.
- (2) Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan sebagai berikut:
 - a. honorarium ketua Dewan Pengawas paling banyak sebesar 40% (empat puluh persen) dari gaji dan tunjangan pemimpin;
 - b. honorarium anggota Dewan Pengawas paling banyak sebesar 36% (tiga puluh enam persen) dari gaji dan tunjangan pemimpin; dan honorarium sekretaris Dewan Pengawas paling banyak sebesar 15% (lima belas persen) dari gaji dan tunjangan pemimpin.

Paragraf 11

Tarif Layanan

Pasal 150

- (1) RSK Mata Masyarakat dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan (*unit cost*) dan per kegiatan (*activity based costing*).
- (3) Dalam hal penyusunan tarif dengan *unit cost* yang tidak bisa dilakukan maka tarif dapat ditetapkan dengan berpedoman kepada Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Sasaran penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) 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.
- (5) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan RSK Mata Masyarakat.

Pasal 151

- (1) Besaran Tarif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 150 ayat (2) merupakan penyusunan Tarif dalam bentuk:
 - a. nilai nominal uang; dan/atau

- b. presentase atas harga patokan, indeks harga, kurs, pendapatan kotor/bersih, dan/atau penjualan kotor/bersih.
- (2) Pola Tarif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 150 ayat (2) merupakan penyusunan Tarif Layanan dalam bentuk formula.

Pasal 152

- (1) Pimpinan menyusun Tarif Layanan BLUD dengan mempertimbangkan aspek kontinuitas, pengembangan layanan, kebutuhan, daya beli masyarakat, asas keadilan dan kepatutan, dan kompetisi yang sehat dalam penetapan besaran Tarif Layanan yang dikenakan kepada masyarakat serta batas waktu penetapan Tarif.
- (2) Pimpinan mengusulkan Tarif Layanan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada kepala daerah.
- (3) Usulan Tarif Layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa usulan Tarif Layanan baru dan/atau usulan perubahan Tarif Layanan.
- (4) Usulan Tarif Layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan secara keseluruhan atau per unit layanan.
- (5) Untuk penyusunan Tarif Layanan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2), pemimpin dapat membentuk tim yang keanggotaannya berasal dari:
 - a. SKPD yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah;
 - c. unsur perguruan tinggi; dan
 - d. lembaga profesi.
- (6) Tarif Layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan peraturan kepala daerah dan disampaikan kepada pimpinan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.

Pasal 153

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.

BAB IX

TATA KELOLA KORPORASI

Bagian Kesatu

Tanggung Jawab dan Kewenangan Pemilik

Pasal 154

- (1) Gubernur sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Gubernur berwenang:
 - a. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku Representasi Pemilik;
 - b. mengesahkan Tata Kelola Rumah Sakit;

- c. mengesahkan Renstra Rumah Sakit Umum Daerah sebagai UOBK yang berstatus BLUD penuh;
 - d. mengesahkan RBA melalui Pejabat yang ditunjuk yaitu PPKD dengan diketahui Dewan Pengawas;
 - e. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai peraturan yang berlaku;
 - f. mengevaluasi kinerja pejabat pengelola baik kinerja keuangan, maupun non keuangan 1 (satu) kali dalam satu tahun melalui Institusi yang ditunjuk;
 - g. menyetujui, menetapkan, dan mengesahkan Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, Nilai-nilai Dasar dan Janji Layanan Rumah Sakit;
 - h. menyediakan anggaran operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis Rumah Sakit;
 - i. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumber daya manusia Rumah Sakit;
 - j. memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit; dan
 - k. memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi Rumah Sakit, serta melakukan evaluasi secara berkala misi Rumah Sakit.
- (3) Memberikan advokasi dan tanggung gugat kepada pihak manajemen Rumah Sakit dan para pekerja profesional kesehatan di Rumah Sakit.
- (4) Pemberian advokasi dan tanggung gugat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) 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.
- (5) Gubernur dapat mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur dalam melaksanakan fleksibilitas dalam rangka efisien dan efektivitas melaksanakan BLUD meliputi:
- a. pengelompokan jenis pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b. menetapkan formula remunerasi Rumah Sakit;
 - c. melaksanakan perjanjian kerja sama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan pada Rumah Sakit;
 - d. dalam keadaan darurat, melakukan pemenuhan kebutuhan BLUD;
 - e. menyusun tata cara kerja sama dalam Peraturan Direktur;
 - f. menetapkan standar satuan harga BLUD;
 - g. melakukan publikasi visi dan misi Rumah Sakit;
 - h. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi; dan
 - i. melakukan pengesahan evaluasi Renstra.

- (6) Kinerja pemilik merupakan bagian dalam Laporan Pertanggungjawaban Gubernur dan dilakukan penilaian setiap tahun.

Paragraf 1

Kedudukan, Tugas, dan Wewenang

Pasal 155

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit yang secara fungsional dan bersifat independen serta dibentuk dan bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk pada Rumah Sakit sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakititan secara internal di Rumah Sakit.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (5) Dewan Pengawas selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (5) juga melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Rumah Sakit sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan yaitu:
 - a. memantau perkembangan kegiatan RSK Mata Masyarakat;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan Rumah Sakit dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola RSK Mata Masyarakat;
 - 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 Gubernur mengenai:
 1. BA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan Rumah Sakit; dan
 3. kinerja RSK Mata Masyarakat.

Pasal 156

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pengendali Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;

- c. 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*);
- d. 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*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Paragraf 2

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas

Pasal 157

- (1) Dewan Pengawas berkewajiban melaporkan hasil penilaian kinerjanya kepada Gubernur 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);
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran; dan
 - e. Penilaian kinerja nonkeuangan diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) kepada Gubernur secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (4) Penilaian Kinerja terhadap Dewan Pengawas dilakukan oleh Gubernur.
- (5) Penilaian didasarkan pada laporan pelaksanaan tugas dan kepatuhan terhadap Peraturan Perundang-undangan.

Bagian Kedua

Paragraf 1

Dewan Pengawas BLUD RSK Mata Masyarakat

Pasal 158

- (1) Dewan Pengawas dapat dibentuk oleh kepala daerah.
- (2) Pembentukan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan oleh BLUD yang memiliki realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir atau nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir.

- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (4) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang.
- (5) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (Tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk BLUD yang memiliki:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); dan
 - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).
- (6) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk BLUD yang memiliki:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
 - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).

Pasal 159

- (1) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 158 ayat (2) terdiri atas unsur:
 - a. 1 (satu) orang Pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. 1 (satu) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan Kegiatan BLUD.
- (2) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 158 ayat (3) terdiri atas unsur:
 - a. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan Kegiatan BLUD.
- (3) Tenaga Ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan BLUD.

- (4) Pengangkatan Anggota Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dapat disingkat menjadi Anggota Dewan Pengawas pada 3 BLUD.
- (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 BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan Pemerintahan Daerah;
 - d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD;
 - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
 - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2);
 - h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpinnya dinyatakan pailit;
 - i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon Kepala Daerah atau calon wakil Kepala Daerah, dan/atau calon anggota legislatif.

Paragraf 2

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 160

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun dan 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 Gubernur karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; dan
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sewaktu-waktu 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.

Paragraf 3

Tata Kerja Dewan Pengawas

Pasal 161

- (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 sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang - undangan;
 - b. manajemen menghormati tugas dan wewenang Dewan Pengawas untuk melakukan pengawasan dan memberikan nasihat terhadap kebijakan pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan 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; dan
 - f. Manajemen bertanggung jawab atas penyampaian informasi Rumah Sakit kepada dewan pengawas secara tepat waktu, lengkap, terukur dan akurat.

Paragraf 4

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 162

- (1) Gubernur dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.

Paragraf 5

Pembiayaan dan Operasional Dewan Pengawas

Pasal 163

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit sebagai BLUD dan dimuat dalam RBA.

Pasal 164

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Anggaran Fungsional BLUD RSK Mata Masyarakat dan dimuat dalam RBA.

Paragraf 6

Rapat Dewan Pengawas

Pasal 165

- (1) Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadwal 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) RSK Mata Masyarakat dan Komite-Komite serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di RSK Mata Masyarakat.
- (3) Rapat Rutin dilaksanakan paling sedikit 4 (empat) kali dalam setahun dengan interval tetap 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 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 166

- (1) 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.
- (2) Dewan pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:

- a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; dan
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
 - (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
 - (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 167

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Paragraf 7

Undangan Rapat

Pasal 168

Setiap Undangan dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Paragraf 8

Peserta Rapat

Pasal 169

Setiap Rapat Rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Direksi dan Komite Medik serta pihak lain yang ada di lingkungan RSK Mata Masyarakat dan/atau di luar lingkungan RSK Mata Masyarakat apabila diperlukan.

Pasal 170

- (1) 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.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Paragraf 9

Kuorum

Pasal 171

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) 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.
- (4) 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.

Paragraf 10

Risalah Rapat

Pasal 172

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) 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.

Paragraf 11

Pemungutan Suara

Pasal 173

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para Anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Paragraf 12

Pengambilan Keputusan Dewan Pengawas

Pasal 174

Penanggung jawab prosedur pengambilan keputusan adalah Ketua Dewan Pengawas atau Anggota Dewan Pengawas yang ditunjuk oleh Ketua Dewan Pengawas dan disetujui oleh seluruh anggota Dewan Pengawas secara kolektif kolegial.

Pasal 175

- (1) Unsur-unsur yang terlibat dalam pengambilan keputusan Dewan Pengawas adalah:

- a. Dewan Pengawas; dan
 - b. Pejabat Pengelola.
- (2) Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi:
- a. Direktur;
 - b. Pejabat Keuangan; dan
 - c. Pejabat teknis.
- (3) Mekanisme pengambilan keputusan adalah:
- a. setiap keputusan dewan pengawas harus disetujui oleh ketua dan seluruh anggota dewan pengawas;
 - b. keputusan diambil secara musyawarah mufakat dalam lingkup dewan pengawas, baik melalui forum rapat atau forum di luar rapat; dan
 - c. keputusan yang diambil diluar forum rapat dapat dilakukan melalui komunikasi elektronik, telepon maupun surat tertulis dituangkan dalam notulen rapat.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dituangkan dalam bentuk tertulis dan ditandatangani oleh Ketua Dewan Pengawas.
- (5) Tugas dan Fungsi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Paragraf 13

Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 176

- (1) 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.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolakny usulan.

Paragraf 14

Stempel Dewan Pengawas

Pasal 177

- (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 sebagaimana tercantum pada ayat (2) diatas harus dilaporkan pada rapat Dewan Pengawas berikutnya untuk memperoleh pengakuan.

- (4) Setiap dokumen yang menggunakan Stempel Dewan Pengawas harus ditandatangani oleh sekurangnya dua orang anggota Dewan Pengawas.

Bagian Ketiga

Hubungan-Hubungan dalam Peraturan Tata Kelola Rumah Sakit

Paragraf 1

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas Pasal 178

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh pejabat pengelola.
- (2) Pejabat pengelola bertanggungjawab secara substantif kepada Gubernur melalui dewan pengawas.
- (3) Pejabat pengelola bertanggungjawab secara administratif dalam bentuk menyampaikan laporan kinerja kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (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 gubernur melalui dewan pengawas sehingga dalam pertanggungjawaban tugas dan kewajiban antara pengelola, dan gubernur selaku pemilik adalah bersifat tanggung renteng.

Paragraf 2

Hubungan Dewan Pengawas dengan Komite Medik Pasal 179

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam organisasi komite medik.

Paragraf 3

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Komite Medik Pasal 180

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Paragraf 4

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Satuan Pengawas Internal Pasal 181

- (1) Satuan pengawas internal dapat dibentuk oleh Pimpinan untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (2) Satuan pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu pengawas internal yang berkedudukan langsung dibawah pemimpin.
- (3) Pembentukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dengan mempertimbangkan:
 - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - b. kompleksitas manajemen; dan
 - c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.

Pasal 182

- (1) Tugas satuan pengawas internal, membantu manajemen untuk:
 - a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
 - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai satuan pengawas internal yang bersangkutan harus memenuhi syarat:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
 - d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
 - e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
 - f. berijazah paling rendah D-3 (Diploma 3);
 - g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;
 - h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;
 - i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
 - j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - k. mempunyai sikap independen dan obyektif.

BAB X
TATA KELOLA KSM
Bagian Kesatu
Klasifikasi Staf Medis
Pasal 183

Staf Medis Rumah Sakit meliputi:

- a. Staf Medis ASN;
- b. Staf Medis Tidak Tetap; dan
- c. Staf Medis Tamu.

Pasal 184

Staf Medis ASN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 183 huruf a, yaitu dokter umum, dokter spesialis yang berstatus sebagai PNS atau PPPK RSK Mata Masyarakat yang bekerja purna waktu sebagai pegawai tetap Rumah Sakit, berkedudukan sebagai subkoordinasi yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 185

- (1) Staf Medis Tidak Tetap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 183 huruf b, yaitu dokter, dokter spesialis, yang berstatus tenaga kontrak dan yang telah terikat perjanjian kerja dengan RSK Mata Masyarakat.
- (2) Staf Medis Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis Rumah Sakit apabila telah menyelesaikan masa kontrak 1 (satu) tahun atau berhenti atas persetujuan bersama.
- (3) Staf Medis Tidak Tetap yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat bekerja kembali untuk masa kontrak 1 (satu) tahun berikutnya setelah menandatangani perjanjian kerja baru dengan pihak RSK Mata Masyarakat.

Pasal 186

Staf Medis Tamu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 183 huruf c, yaitu dokter dari luar RSK Mata Masyarakat yang karena reputasi, keahliannya, dan/atau diundang secara khusus oleh RSK Mata Masyarakat untuk membantu memberikan pelayanan dan/atau menangani kasus-kasus yang belum mampu ditangani oleh staf medis di RSK Mata Masyarakat atau untuk melaksanakan tugas suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Pasal 187

Selain dokter sebagaimana dimaksud dalam Pasal 186 terdapat juga Dokter Program Pendidikan Dokter Spesialis yang membantu memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka Pendidikan.

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis Staf Medis
Pasal 188

- (1) Setiap Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh Direktur sesuai standar profesi setelah dilakukan kredensial dan telah mendapat rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan buku putih (*white paper*).
- (2) Kewenangan klinis seorang staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (*behavior*).

Pasal 189

- (1) Untuk dapat memberikan rekomendasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 188 ayat (1) Komite medik menetapkan rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical previlege*) dari syarat-syarat kompetensi yang dibutuhkan untuk setiap jenis pelayanan medis bagi setiap jenis pelayanan di Rumah Sakit.
- (2) Penetapan rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium spesialisasi dan di dokumentasikan oleh Komite Medik dalam buku putih (*white paper*).
- (3) Buku putih (*white paper*) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menjadi dasar bagi Komite Medik dalam mengeluarkan rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk Staf Medis.

Bagian Ketiga
Penugasan Klinis Staf Medis
Pasal 190

- (1) Pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 189 ayat (2) diberikan Direktur melalui penerbitan Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*).
- (2) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Staf Medis sebagai dasar untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.
- (3) Berdasarkan Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka seorang staf medis tergabung menjadi anggota KSM yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medik di Rumah Sakit.
- (4) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite medik dan/atau alasan tertentu.
- (5) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medik di Rumah Sakit.

Pasal 191

Direktur dapat memberikan Surat Penugasan Klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*) kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti.

Pasal 192

Dalam keadaan kahar, *emergency* 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.

Pasal 193

- (1) Staf Medis ASN yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis atau Staf Medis Tamu sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan tenaganya masih dibutuhkan oleh Rumah Sakit.
- (2) Untuk dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis atau diangkat kembali sebagai Staf Medis Tamu, harus terlebih dahulu mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan tersebut.
- (3) Dalam pengambilan keputusan untuk menerima atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur meminta Komite Medik untuk melakukan kajian kompetensi calon staf medis melalui Subkomite Kredensial Staf Medis.

Bagian Keempat

Pemberhentian Staf Medis

Pasal 194

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.

Pasal 195

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.

Bagian Kelima

Syarat KSM

Pasal 196

- (1) Untuk menjadi KSM RSK Mata Masyarakat seorang staf medis harus memenuhi syarat:
 - a. kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. Surat Tanda Registrasi (STR); dan
 - c. SIP.
- (2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf medis harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang baik untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.

Pasal 197

- (1) KSM dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- (2) Ketua KSM dapat dijabat oleh Dokter PNS atau Dokter Non PNS.
- (3) Pemilihan Ketua KSM diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur.
- (4) Ketua KSM ditetapkan dengan Ketetapan Direktur.
- (5) Masa bakti Ketua KSM adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Bagian Keenam

Tugas, Fungsi dan Tanggung Jawab KSM

Paragraf 1

Tugas dan Fungsi

Pasal 198

- (1) KSM Rumah Sakit berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dibidang pelayanan medis.
- (2) KSM Fungsional dapat melimpahkan tindakan medis tertentu kepada Perawat berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.

Pasal 199

Dalam melaksanakan fungsinya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 198 ayat (1) KSM mempunyai tugas:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, 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.

Pasal 200

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/ keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian sama.
- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk KSM yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Paragraf 2

Tanggung Jawab

Pasal 201

Tanggungjawab KSM meliputi :

- a. melakukan evaluasi atas kinerja praktik 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 praktik kedokteran;
- d. memberikan laporan secara teratur paling sedikit 1 (satu) kali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur atau Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan 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 Operasional Prosedur serta dokumen-dokumen yang terkait.

Bagian Ketujuh

Program Mutu KSM

Pasal 202

- (1) Tiap KSM 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.
- (2) Pemilihan dan penetapan panduan praktik klinik, alur klinis, atau protokol sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi kriteria:
 - a. sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi Rumah Sakit;
 - b. disesuaikan dengan teknologi, obat, sumber daya lain di Rumah Sakit atau norma profesional yang berlaku secara nasional;

- c. dilakukan *assessment* terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang;
 - d. disetujui resmi atau digunakan oleh Rumah Sakit;
 - e. dilaksanakan dan diukur efektivitasnya;
 - f. dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau *pathways*; dan
 - g. secara berkala diperbaharui berdasar atas bukti serta evaluasi proses dan hasil proses.
- (3) Panduan praktik klinik, alur klinis, atau protokol dijadikan acuan dan bahan evaluasi KSM.

Pasal 203

- (1) Tiap ketua KSM menetapkan secara bersama-sama minimal 5 (lima) panduan klinis prioritas setiap tahun untuk diimplementasikan di unit pelayanan.
- (2) Tiap-tiap unit pelayanan melakukan komunikasi dan koordinasi dengan unit pelayanan terkait agar dapat membantu penerapan dan evaluasi penerapan panduan klinis prioritas.

Pasal 204

Komite medis bersama-sama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/ Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) terhadap panduan praktik klinis.

Pasal 205

- (1) Terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi Staf Medis dilakukan penilaian kinerja oleh Direktur sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite medik sesuai ketentuan yang berlaku.
- (3) Staf Medis yang memberikan pelayanan medik dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggungjawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Paragraf 1

Penilaian Kinerja Staf Medis

Pasal 206

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

Paragraf 2

Sanksi

Pasal 207

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. administrasi;
 - b. teguran lisan atau tertulis;
 - c. penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - d. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis ASN; atau
 - e. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis yang masih berada dalam masa kontrak.
- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Medik dalam hal ini Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.
- (4) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan ketetapan Direktur dan disampaikan kepada Staf medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (5) Dalam hal Staf medis tidak dapat menerima sanksi maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis kepada Direktur dalam waktu 15 (lima belas) hari kerja sejak diterimanya Keputusan.
- (6) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari kerja sejak diterimanya Surat Sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

BAB XI

KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu

Kedudukan dan Susunan Organisasi

Pasal 208

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural di Rumah Sakit yang dibentuk dengan Ketetapan Direktur, yang merupakan 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 berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur, meliputi hal-hal yang berkaitan dengan:
 - a. mutu pelayanan medis;
 - b. pembinaan etik kedokteran; dan
 - c. dan pengembangan profesi medis.
- (3) Komite Medik mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (4) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan bagi Komite Medik untuk melaksanakan fungsinya.

Pasal 209

Susunan Organisasi Komite medik meliputi:

- a. ketua;
- b. sekretaris; dan
- c. subkomite.

Pasal 210

- (1) Ketua komite medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 209 huruf a, ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (2) Sekretaris komite medik dan ketua Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 209 huruf b dan huruf c ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari KSM.
- (3) Keanggotaan komite medis ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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.

Pasal 211

- (1) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. subkomite kredensial staf medis;
 - b. subkomite mutu profesi medis; dan
 - c. subkomite etika dan disiplin profesi medis.
- (3) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) 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.
- (4) Susunan keanggotaan subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (3), meliputi:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris, dan
 - c. anggota.yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik

Bagian Kedua

Tugas,Fungsi, dan Kewenangan Komite Medik dan Subkomite

Paragraf 1

Tugas,Fungsi, dan Kewenangan Komite Medik

Pasal 212

Komite Medik 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.

Pasal 213

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.

Paragraf 2

Tugas, Fungsi, dan Kewenangan Subkomite

Pasal 214

- (1) Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 211 ayat (2) huruf a mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Sub Komite Kredensial Staf Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkomplikasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari KSM berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku; dan
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan professional kedokteran berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis;
 - 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.

Pasal 215

- (1) Subkomite Mutu profesi Medis sebagaimana dimaksud Pasal 211 ayat (2) huruf b mempunyai tugas memelihara mutu profesi staf medis.

- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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. penyusunan dan pengkomplikasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari KSM berdasarkan norma keprofesian yang berlaku:
 1. pemantauan kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading*; dan
 2. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Pasal 216

- (1) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud Pasal 211 ayat (2) huruf c mempunyai tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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.

Bagian Ketiga

Kredensial dan Rekredensial

Paragraf 1

Pasal 217

- (1) Rekomendasi dari Komite medik untuk pemberian kewenangan klinis dilakukan melalui proses kredensial.
- (2) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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.

- (4) Rumah Sakit wajib melakukan proses kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk memverifikasi keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis agar yang bersangkutan bisa melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi.
- (5) Upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan cara mengatur agar setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar memiliki kompetensi dibidangnya.

Pasal 218

- (1) 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.
- (2) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang staf medis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

Paragraf 2

Rekredensial

Pasal 219

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Rumah Sakit melalui Subkomite Kredensial Staf Medis harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan.
- (3) Mekanisme dan proses rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
- (4) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Medik 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.

Pasal 220

- (1) Mekanisme kredensial dan rekredensial di Rumah Sakit merupakan tanggung jawab Komite Medik.
- (2) Proses kredensial dan rekredensial dilaksanakan oleh Subkomite Kredensial Staf Medis.

Bagian Keempat

Rapat Komite Medik

Pasal 221

Rapat Komite Medik meliputi:

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

Pasal 222

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 221 huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (2) Rapat Rutin bersama semua KSM 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.

Pasal 223

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 221 huruf b diadakan apabila:
 - a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis; dan
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik.
- (2) 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.
- (3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.

- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 224

- (1) Rapat tahunan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 221 huruf c, diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) 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.

Pasal 225

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 221 huruf b dan huruf c wajib dihadiri oleh Direktur, Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan serta pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.

Pasal 226

- (1) Keputusan rapat Komite Medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.

Pasal 227

- (1) 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.
- (2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Kelima

Panitia *Ad hoc*

Pasal 228

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc*.
- (2) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.

- (4) Mitra bestari (per *group*) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis dan/atau instansi pendidikan kedokteran.

Bagian Keenam
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 229

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh pihak-pihak yang berwenang sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan anggota KSM dilakukan oleh Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan melalui ketua KSM dari masing-masing kelompok.

Pasal 230

- (1) Pembinaan dan pengawasan Staf Medis dilakukan oleh Direktur melalui Komite Medik.
- (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 XII
TATA KELOLA STAF KEPERAWATAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 231

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

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis
Pasal 232

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. jenjang perawat praklinik;
 - b. jenjang perawat klinik I;
 - c. jenjang perawat klinik II;
 - d. jenjang perawat klinik III;
 - e. jenjang perawat klinik IV; dan
 - 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; dan
 - c. kewenangan klinis bersyarat.
- (5) Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dijabarkan dalam buku putih (*white paper*).
- (6) Buku Putih (*white paper*) sebagaimana dimaksud pada ayat (5) disusun oleh Panitia *ad hoc* yang dibentuk oleh komite keperawatan dengan melibatkan mitra bestari.

Pasal 233

- (1) 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.
- (2) Komite keperawatan menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf keperawatan sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf keperawatan.
- (3) Rekomendasi Subkomite Kredensial dapat berupa:
 - a. rekomendasi pemberian kewenangan klinis;
 - b. tidak diberi rekomendasi; dan
 - c. rekomendasi dengan syarat.

Bagian Ketiga
Penugasan Klinis
Pasal 234

- (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.

BAB XIII
KOMITE KEPERAWATAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 235

- (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) merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

Bagian Kedua

Susunan Organisasi

Pasal 236

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan paling sedikit meliputi:
 - a. ketua komite keperawatan;
 - b. sekretaris komite keperawatan; dan
 - c. subkomite keperawatan.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c meliputi:
 - a. subkomite kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (3) Masing-masing anggota subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berjumlah 3 (tiga) orang.

Pasal 237

Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.

Pasal 238

- (1) Ketua Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 236 huruf a ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Persyaratan Ketua Komite Keperawatan:
 - a. ASN;
 - b. pendidikan minimal S.Kep.Ners;
 - c. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;

- d. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - e. peka terhadap perkembangan perumah- sakitan;
 - f. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - g. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya;
 - h. mempunyai jiwa kepemimpinan, integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi;
 - i. bekerja di RSK Mata Masyarakat minimal 1 (satu) tahun;
 - j. memiliki pengalaman klinis minimal 2 (dua) tahun dan memiliki pengalaman managerial; dan
 - k. memiliki pengalaman menjadi anggota komite keperawatan.
- (3) Sekretaris Komite Keperawatan dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Kepala/Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari Tenaga Keperawatan Rumah Sakit.

Bagian ketiga

Tugas, Fungsi dan Wewenang Komite Keperawatan dan Subkomite

Paragraf 1

Tugas, Fungsi dan Wewenang Komite Keperawatan Pasal 239

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan, dengan tugas sebagai berikut:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan subkomite mutu profesi;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Keperawatan memiliki tugas, sebagai berikut:
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih (*white paper*);
 - 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; dan
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Direktur melalui Ketua Komite Keperawatan.

- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan kepada tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit keperawatan;
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (4) 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;
 - f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan; dan
 - g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 2

Tugas, Fungsi dan Wewenang Subkomite

Pasal 240

- (1) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 236 ayat (2) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (2) Tugas dan Wewenang Subkomite Kredensial:
 - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
 - b. menyusun buku putih (*white paper*) yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan sesuai dengan standar kompetensinya. Buku Putih (*white paper*) disusun oleh Komite Keperawatan dengan melibatkan Mitra Bestari (*peer group*) dari berbagai unsur organisasi profesi keperawatan, kolegium keperawatan, unsur pendidikan tinggi keperawatan;
 - c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial dari bagian Kepegawaian RSK Mata Masyarakat;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. subkomite kredensial membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke Direktur RSK Mata Masyarakat.

- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub komite Kredensial memiliki kewenangan memberikan rekomendasi rincian Kewenangan klinis untuk memperoleh surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*).

Pasal 241

- (1) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 236 ayat (2) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (2) Tugas subkomite mutu profesi:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. audit asuhan keperawatan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, subkomite mutu profesi mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan, pendidikan keperawatan berkelanjutan serta pendampingan.

Pasal 242

- (1) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 236 ayat (2) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.
- (2) Tugas subkomite etik dan disiplin profesi:
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
 - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
 - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis (*clinincal appointment*); dan
 - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, subkomite etik dan disiplin profesi mempunyai kewenangan memberikan usul rekomendasi pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu, memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*), serta memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

- (4) Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf keperawatan berupa:
 - a. peringatan tertulis;
 - b. limitasi (reduksi) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - c. bekerja di bawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan keperawatan tersebut; dan
 - d. pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.

Bagian Keempat
Kredensial dan Rekredensial

Paragraf 1

Pasal 243

- (1) Rekomendasi dari Komite Keperawatan untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada Staf Keperawatan dilakukan melalui proses Kredensial.
- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur rumah sakit kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu.
- (3) Proses Kredensial Komite Keperawatan dilakukan oleh Subkomite 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 memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas; dan
 - c. pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga keperawatan yang berada di semua level pelayanan.

Pasal 244

- (1) 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.
- (2) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang tenaga keperawatan tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

Paragraf 2
Rekredensial
Pasal 245

- (1) 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 RSK Mata Masyarakat.
- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rumah sakit melalui Subkomite Kredensial Komite Keperawatan harus melakukan rekredensial terhadap staf keperawatan yang bersangkutan.
- (3) Proses rekredensial Komite Keperawatan dilakukan oleh Subkomite Kredensial Komite Keperawatan.
- (4) Mekanisme dan proses rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
- (5) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) 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.

Bagian Kelima
Rapat Komite Keperawatan
Pasal 246

Rapat Komite Keperawatan meliputi:

- a. rapat komite; dan
- b. rapat koordinasi dengan unit terkait lainnya.

Pasal 247

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 246 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua anggota komite Komite Keperawatan yang dilakukan 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
- (2) Rapat koordinasi dengan unit terkait lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 246 huruf b adalah rapat yang dilakukan oleh Ketua Komite dengan anggota atau dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 248

- (1) Keputusan rapat Komite Keperawatan didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka keputusan hasil dikembalikan kepada Ketua dengan mempertimbangkan kepentingan RSK Mata Masyarakat.
- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Keperawatan yang hadir.

Pasal 249

- (1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat komite atau rapat tim komite Keperawatan, sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Keenam

Panitia *Ad hoc*

Pasal 250

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh Panitia *ad hoc*.
- (2) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Keperawatan.
- (3) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah sakit lain, organisasi profesi perawat dan/atau institusi pendidikan keperawatan.

Bagian Ketujuh

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 251

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Keperawatan dilakukan oleh Direktur dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

Pasal 252

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 251 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Keperawatan dalam rangka menjamin mutu pelayanan keperawatan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

BAB XIV
TATA KELOLA STAF TENAGA KESEHATAN LAINNYA
Bagian Kesatu
Umum
Pasal 253

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari beberapa profesi tenaga kesehatan, meliputi:
 - a. apoteker dan tenaga teknis kefarmasian;
 - b. tenaga gizi;
 - c. tenaga kesehatan lingkungan;
 - d. perekam medis dan informasi kesehatan;
 - e. ahli teknologi laboratorium medik refraksionis optisien/optometris;
 - f. radiographer;
 - g. elektromedik;
 - h. pembimbing kesehatan kerja;
 - i. penata anastesi; dan
 - j. promosi kesehatan.

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis
Pasal 254

- (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.

BAB XV
KOMITE TENAGA KESEHATAN LAINNYA
Bagian Kesatu
Umum
Pasal 255

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya meliputi:
 - a. apoteker dan tenaga teknis kefarmasian;

- b. tenaga gizi;
 - c. tenaga kesehatan lingkungan;
 - d. perekam medis dan informasi kesehatan;
 - e. ahli teknologi laboratorium medik;
 - f. refraksionis optisien/optometris;
 - g. radiografer;
 - h. elektromedik;
 - i. pembimbing kesehatan kerja;
 - j. penata anastesi; dan
 - k. promosi kesehatan.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lainnya.

Bagian Kedua
Susunan Organisasi Keanggotaan
Pasal 256

- (1) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya paling sedikit meliputi:
- a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c meliputi:
- a. subkomite kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (3) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dan masukan dari tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di Rumah Sakit.

Pasal 257

Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.

Bagian Ketiga
Tugas, fungsi dan Wewenang Komite Tenaga Kesehatan
Lainnya dan Subkomite
Paragraf 1

Tugas, fungsi dan Wewenang Komite Tenaga Kesehatan
Lainnya
Pasal 258

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya dengan tugas sebagai berikut:
- 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.

- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain dan buku putih (*white paper*);
 - 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; dan
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada ketua komite tenaga kesehatan lain untuk diteruskan kepada Direktur.
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) 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.

Paragraf 2

Tugas, fungsi dan Wewenang Subkomite

Pasal 259

- (1) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 256 ayat (2) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lainnya.
- (2) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud dalam 256 ayat (2) huruf b bertugas melakukan audit tenaga kesehatan lainnya dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lainnya.
- (3) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 256 ayat (2) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Bagian Keempat

Kredensial dan Rekredensial

Paragraf 1

Pasal 260

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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; dan
 - 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang tenaga kesehatan lainnya tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

Paragraf 2
Rekredensial
Pasal 261

- (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 RSK Mata Masyarakat.
- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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 rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
- (5) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) 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.

Bagian Kelima
Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
Pasal 262

- Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya meliputi:
- a. rapat komite; dan
 - b. rapat anggota komite.

Pasal 263

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 262 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua Staf komite yang dilakukan 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

- (2) Rapat Anggota Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 262 huruf b adalah rapat yang dilakukan dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 264

- (1) Keputusan rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka ketua atau wakil ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang hadir.

Pasal 265

- (1) 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.
- (2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Keenam

Panitia *Ad hoc*

Pasal 266

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

Bagian Ketujuh
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 267

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite Tenaga kesehatan Lainnya dilakukan oleh Direktur dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

Pasal 268

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 267 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dalam rangka menjamin mutu pelayanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

BAB XVI
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 269

- (1) SPM merupakan panduan bagi RSK Mata Masyarakat dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk memenuhi kepuasan masyarakat, meliputi :
 - a. kejelasan prosedur dan persyaratan pelayanan;
 - b. kedisiplinan;
 - c. tanggung jawab dan kemampuan petugas pelayanan;
 - d. kecepatan pelayanan;
 - e. keadilan mendapatkan pelayanan;
 - f. kesopanan dan keramahan petugas;
 - g. kewajaran dan kepastian biaya;
 - h. kepastian jadwal;
 - i. kenyamanan lingkungan; dan
 - j. keamanan pelayanan.
- (3) Perencanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi rencana pencapaian SPM 5 (lima) tahunan.
- (4) Uraian rencana pencapaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran II, yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

Bagian Kedua
Sistematika Penyusunan SPM
Pasal 270

- (1) Sistematika penyusunan SPM meliputi:
- BAB I : PENDAHULUAN
 - a. Latar Belakang
 - b. Maksud dan Tujuan
 - BAB II : STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
 - a. Jenis Pelayanan
 - b. Indikator dan Standar Pelayanan
 - BAB III : PENUTUP
- (2) Uraian indikator tiap jenis pelayanan sebagai panduan untuk penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM.
- (3) isi dan uraian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan uraian Indikator tiap jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran II, yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

Bagian Ketiga
Pelaksanaan
Pasal 271

- (1) RSK Mata Masyarakat wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Gubernur ini.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 269 dilaksanakan oleh masing-masing unit pelayanan dan atau penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan tugas pada unit terkait di lingkungan RSK Mata Masyarakat.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai.

Bagian Keempat
Pembinaan
Pasal 272

- (1) Dinas Kesehatan melakukan pembinaan terhadap pelaksanaan SPM.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup :
- a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

BAB XVI
RENCANA STRATEGIS
Pasal 273

- (1) Renstra sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 ayat (1) disusun dengan sistematika sebagai berikut:
 - a. BAB I : PENDAHULUAN
 - b. BAB II : GAMBARAN PELAYANAN RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT
 - c. BAB III : PERNYATAAN VISI DAN MISI RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT PROVINSI SUMATERA SELATAN
 - d. BAB IV : STRATEGI RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT PROVINSI SUMATERA SELATAN
 - e. BAB V : TARGET PENDAPATAN DAN RENCANA KEBUTUHAN ANGGARAN
 - f. BAB VI : PROSEDUR PELAKSANAAN DAN AKUNTABILITAS PROGRAM
 - g. BAB VII : PENUTUP
- (2) Uraian lebih lanjut dari sistematika Renstra sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

BAB XVIII
KETENTUAN LAIN-LAIN
Pasal 274

- (1) Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain atau perubahannya yang tidak tercantum di dalam Peraturan Gubernur ini ditetapkan lebih lanjut dengan Ketetapan Direktur RSK Mata Masyarakat.
- (2) Hal-hal yang belum diatur dalam peraturan ini yang menyangkut teknis operasional dan administrasi akan ditetapkan oleh Direktur RSK Mata Masyarakat.

Pasal 275

Petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis dari Peraturan Gubernur ini diatur lebih lanjut dalam Standar Operasional Prosedur yang ditetapkan oleh Direktur.

BAB XIX
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 276

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku:

- a. Peraturan Gubernur Nomor 10 Tahun 2014 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2014 Nomor 10);
- b. Peraturan Gubernur Nomor 6 Tahun 2015 tentang Pedoman Pengelolaan Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2015 Nomor 6);

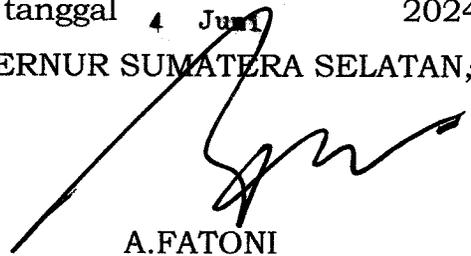
- c. Peraturan Gubernur Nomor 8 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2016 Nomor 8); dan
 - d. Peraturan Gubernur Nomor 17 Tahun 2016 tentang Pola Tata Kelola RSK Mata Masyarakat (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2016 Nomor 17).
- dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 277

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan.

Ditetapkan di Palembang
pada tanggal 4 Juni 2024
Pj. GUBERNUR SUMATERA SELATAN,



A.FATONI

Diundangkan di Palembang
pada tanggal 4 Juni 2024

SEKRETARIS DAERAH
PROVINSI SUMATERA SELATAN,



S. A. SUPRIONO

BERITA DAERAH PROVINSI SUMATERA SELATAN TAHUN 2024 NOMOR 7

LAMPIRAN I
PERATURAN GUBERNUR SUMATERA SELATAN
NOMOR TAHUN 2024
TENTANG
POLA TATA KELOLA, STANDAR PELAYANAN MINIMAL DAN
RENCANA STRATEGIS BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT PROVINSI
SUMATERA SELATAN



Keseluruhan design logo ini menggambarkan tekad Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan untuk mewujudkan Visi “ Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Menjadi Salah Satu Pusat Pelayanan Kesehatan Mata Terbaik di Indonesia”

Bola Mata pada Logo Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan melambangkan Layanan Khusus rumah Sakit yaitu Pelayanan Kesehatan Mata.

Warna hijau pada logo Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan merupakan representasi kesehatan untuk penyembuhan fisik dan mental. Warna hijau merupakan lambang dari ketenangan, kedamaian dan kesegaran.

Warna orange pada logo “Binar” Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan merepresentasikan kehangatan dan semangat, kreatifitas, mempunyai budaya kerja serta semangat kerja untuk mewujudkan Visi menjadi Menjadi Salah Satu Pusat Pelayanan Kesehatan Mata Terbaik di Indonesia.

Secara garis besar logo Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan melambangkan semangat untuk :

- a. memberikan kepuasan kepada pelanggan (pasien) melalui pelayanan yang bermutu, profesional dan terjangkau;
- b. menjalin kerjasama lintas sektor dan swasta untuk meningkatkan peran serta aktif masyarakat dalam upaya pencegahan kebutaan dan gangguan penglihatan;
- c. melakukan perbaikan terus menerus sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan kualitas pelayanan; dan
- d. menunjang tercapainya tujuan pendidikan profesi kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya.

Pj. GUBERNUR SUMATERA SELATAN,

A.FATONI

LAMPIRAN II
PERATURAN GUBERNUR SUMATERA SELATAN
NOMOR 7 TAHUN 2024
TENTANG
POLA TATA KELOLA, STANDAR PELAYANAN
MINIMAL DAN RENCANA STRATEGIS BADAN
LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT
KHUSUS MATA MASYARAKAT PROVINSI
SUMATERA SELATAN

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH
SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT PROVINSI SUMATERA SELATAN

BAB I
PENDAHULUAN

a. Latar Belakang

Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan adalah rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan dipandang mempunyai peran strategis dalam upaya mensejahterakan masyarakat karena Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan memberikan layanan kesehatan khusus mata yang merupakan kebutuhan mendasar dan sangat menentukan kualitas sumber daya manusia. Untuk menjamin bahwa pelayanan tersebut, dapat dan tetap dilaksanakan secara memadai baik jenis-jenis pelayanannya maupun mutu pelayanan, Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan menyusun dan menetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Dengan ditetapkannya SPM ini, fokus dan upaya peningkatan kualitas pelayanan Rumah Sakit menjadi lebih dan makin terarah. Dengan menggunakan SPM, tolok ukur dalam pencapaian kinerja menjadi konkrit, karena SPM pada hakikatnya adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang berhak diperoleh setiap masyarakat secara minimal. Oleh karena itu SPM menjadi acuan penting dalam penyusunan rencana baik yang bersifat Rencana Pembangunan Jangka Menengah/Renstra maupun Rencana Pembangunan Tahunan.

b. Maksud dan Tujuan

Penetapan SPM Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan dimaksudkan sebagai penetapan ketentuan mengenai jenis dan kualitas pelayanan sebagai acuan yang diupayakan oleh Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan, dan juga digunakan sebagai tolok ukur kinerja dalam penyusunan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta, pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraannya.

SPM Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan ini juga memberi kejelasan definisi operasional, indikator kinerja, penentuan target tahapan target/waktu pencapaian, cara perhitungan nilai pencapaian kinerja/standar, dengan memberi kejelasan pembilang dan penyebutnya, serta sumber data yang dipergunakan.

Penetapan SPM Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan juga sekaligus untuk memenuhi persyaratan dalam pelaksanaan Pola Kelola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah sehingga dimungkinkannya praktek bisnis yang sehat oleh unit teknis pelayanan pemerintah yang dalam mengupayakan kesejahteraan yang optimal bagi masyarakat.

BAB II
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

a. Jenis Pelayanan

Jenis pelayanan di RSK Mata Masyarakat yang disediakan meliputi:

1. Pelayanan Gawat Darurat;
2. Pelayanan Rawat Jalan;
3. Pelayanan Rawat Inap;
4. Pelayanan Bedah (operasi);
5. Pelayanan Laboratorium;
6. Pelayanan Visus dan Refraksi;
7. Pelayanan Kacamata;
8. Pelayanan Farmasi;
9. Pelayanan Gizi;
10. Pelayanan Rekam Medik;
11. Pelayanan Limbah/Sanitasi;
12. Pelayanan Administrasi Manajemen;
13. Pelayanan *Ambulance*;
14. Pelayanan *Laundry*;
15. Pelayanan Sarana Prasarana;
16. Pelayanan Pencegahan Infeksi.

b. Indikator dan Standar Pelayanan Minimal

1. Setiap jenis pelayanan RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud dalam huruf a, mempunyai indikator dan standar pelayanan minimal.
2. Indikator dan standar pelayanan RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 1, berfungsi sebagai batasan layanan minimal yang seharusnya dipenuhi oleh RSK Mata Masyarakat.
3. Indikator dan standar pelayanan RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 1, wajib dilaksanakan oleh RSK Mata Masyarakat untuk meningkatkan pelayanan kepada instansi pengguna dan masyarakat.
4. Pejabat Struktural di lingkungan RSK Mata Masyarakat bertanggung jawab terhadap penerapan dan pencapaian Indikator dan standar pelayanan RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 1, sesuai dengan kewenangannya masing-masing.
5. Indikator dan standar pelayanan RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 1 sebagaimana tercantum pada table di bawah ini.

INDIKATOR DAN STANDAR JENIS PELAYANAN
RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT
PROVINSI SUMATERA SELATAN

| No. | Jenis Pelayanan | Indikator | Standar |
|-----|-------------------------|---|--|
| 1. | Pelayanan Gawat Darurat | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku 2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 24 jam 3. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat 4. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka 5. Kematian pasien <8 Jam 6. Kepuasan Pelanggan | <ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 24 Jam 3. ≤ Lima menit terlayani, setelah pasien datang 4. 100% 5. ≤ Dua per seribu 6. 81% |
| 2. | Pelayanan Rawat Jalan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter yang memeriksa dan mendiagnosa penyakit di Poliklinik spesialis 2. Jam buka pelayanan 3. Waktu tunggu di rawat jalan 4. Peresepan obat sesuai formularium. 5. Kepuasan Pelanggan | <ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % Dokter Spesialis mata 2. Setiap hari kerja Senin-Kamis Pukul 07.30Wib s.d 13.00Wib Jumat Pukul 07.00Wib s.d 12.00 Wib 3. ≤ 60 menit 4. 100% 5. ≥ 90 % |
| 3. | Pelayanan rawat Inap | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap | <ol style="list-style-type: none"> 1. a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3 |

| | | | |
|----|---------------------------|--|--|
| | | 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat Inap 3. Ketersediaan Pelayanan rawat inap 4. Jam Visite Dokter Spesialis 5. Kejadian infeksi pasca operasi 6. Kejadian Infeksi Nosokomial 7. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian 8. Kematian pasien > 48 jam 9. Kejadian pulang paksa 10. Kepuasan pelanggan 11. Lama hari perawatan pasien operasi katarak | 2. 100 % dokter spesialis 3. Ketersediaan ruang Rawat inap 4. 08.00 s/d setiap hari kerja 5. ≤1,5 % 6. ≤9 % 7. 100 % 8. ≤0,24% 9. ≤ 5% 10. ≥ 90% 11. ≤ 2 hari |
| 4. | Pelayanan Bedah (Operasi) | 1. Waktu tunggu operasi elektif 2. Kejadian Kematian di meja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi. 8. Kepuasan pasien | 1. ≤ 2hari 2. ≤ 1 % 3. 100 % 4. 100 % 5. 100 % 6. 100 % 7. ≤6 % 8. 80% |
| 5. | Pelayanan Laboratorium | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 2. Pelaksana ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan | 1. ≤140 menit Kimia darah dan Darah rutin 2. Dokter 3. 100 % 4. ≥80 % |

| | | | |
|-----|------------------------------|---|---|
| 6. | Pelayanan visus dan refraksi | <ol style="list-style-type: none">1. Ahli refraksi pemberi pelayanan di ruang visus dan refraksi2. Jam buka pelayanan di ruang visus3. Waktu tunggu di ruang visus4. Kepuasan Pelanggan | <ol style="list-style-type: none">1. 100 % ahli refraksi2. Setiap hari kerja3. ≤ 30 menit4. ≥ 80 % |
| 7. | Pelayanan Kaca Mata | <ol style="list-style-type: none">1. Ahli Refraksi pemberi pelayanan kaca mata di ruang kaca mata.2. Jam buka pelayanan di ruang kaca mata | <ol style="list-style-type: none">1. 100 % ahli refraksi2. Setiap hari kerja |
| 8. | Pelayanan farmasi | <ol style="list-style-type: none">1. Waktu tunggu pelayanan Obat jadi2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat3. Kepuasan pelanggan4. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional | <ol style="list-style-type: none">1. ≤ 30 menit2. 100 %3. ≥ 80 %4. ≥ 80 % |
| 9. | Pelayanan gizi | <ol style="list-style-type: none">1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet3. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien4. Kepuasan pasien | <ol style="list-style-type: none">1. ≥ 90 %2. 100%3. ≤ 20%4. ≥ 80% |
| 10. | Pelayanan rekam medik | <ol style="list-style-type: none">1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | <ol style="list-style-type: none">1. 100 %2. 100 %3. ≤ 10 menit4. ≤ 15 menit |

| | | | |
|-----|--------------------------------------|--|---|
| 11. | Pengelolaan Limbah/sanitasi | <p>1. Baku mutu limbah cair</p> <p>2. Pengelolaan limbah padat sesuai dengan aturan</p> <p>3. Pengelolaan limbah cair sesuai dengan aturan</p> | <p>1. a. BOD <30 mg/lt b. COD <80mg/lt c. TSS < 30 mg/lt d. Ph : 6-9</p> <p>2. 100%</p> <p>3. 100%</p> |
| 12. | Pelayanan administrasi dan manajemen | <p>1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi</p> <p>2. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat</p> <p>3. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala</p> <p>4. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM</p> <p>5. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</p> <p>6. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien Rawat inap</p> <p>7. Cost recovery</p> <p>8. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja</p> <p>9. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun</p> <p>10. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu</p> | <p>1. 100 %</p> <p>2. 100 %</p> <p>3. 100 %</p> <p>4. ≥90 %</p> <p>5. 100%</p> <p>6. ≤ 2 Jam</p> <p>7. ≥40%</p> <p>8. 100%</p> <p>9. ≥60%</p> <p>10. 100%</p> |
| 13. | Pelayanan ambulance | <p>1. Waktu pelayanan ambulance</p> <p>2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance</p> <p>3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan</p> <p>4. Kepuasan Pasien</p> | <p>1. 24 Jam</p> <p>2. ≤30 menit</p> <p>3. ≤30 menit</p> <p>4. ≥80%</p> |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 14. | Pelayanan Laundry | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap 2. Ketepatan pengelolaan linen infeksius 3. Ketersediaan linen 4. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi. | <ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 100% 3. 2.5 – 3 set x jumlah set tempat tidur 4. 100% |
| 15. | Pelayanan Pemeliharaan Sarana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Ketepatan waktu kalibrasi alat | <ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 80 % 2. 100% 3. 100% |
| 16. | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap instalasi 3. Rencana Program PPI 4. Pelaksanaan Program PPI sesuai rencana 5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas 6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / <i>Health Care Associated Infection (HAI)</i> di rumah sakit. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Anggota Tim PPI yang terlatih 75 % 2. 60 % 3. Ada 4. 100% 5. 100% 6. ≥ 75% |

URAIAN STANDAR JENIS PELAYANAN
RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MATA MASYARAKAT
PROVINSI SUMATERA SELATAN

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat darurat |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat pada bayi, anak dan dewasa |
| Definisi Operasional | <i>Life Saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 (tiga) bulan |
| Periode Analisa | 3 (tiga) bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life</i> |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life</i> |
| Sumber Data | Daftar inventaris alat IGD |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

2. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan |
| Definisi Operasional | Tenaga kompeten pada instalasi gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 (tiga) bulan sekali |
| Periode Analisa | 3 (tiga) bulan sekali |
| Numerator | Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS yang masih berlaku, dokter intership diakui telah bersertifikat dan lulus UKDI |
| Denominator | Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit |

3. Jam buka pelayanan gawat darurat

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Jam buka pelayanan Gawat darurat |
| Dimensi Mutu | Keterjangkauan |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit |
| Definisi Operasional | Jam buka 24 jam adalah Instalasi Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 (satu) bulan sekali |
| Periode Analisa | 3 (Tiga) bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hari buka buka IGD dalam 1 (satu) bulan |
| Denominator | Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan |
| Sumber Data | Laporan Bulanan |
| Standar | 24 Jam |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Ketersediaan tim penanggulangan bencana |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana |
| Definisi Operasional | Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga bulan sekali |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit |
| Denominator | 1 (satu) tim |
| Sumber Data | Instalasi gawat darurat |
| Standar | 1 (satu) tim |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu |

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat |
| Definisi Operasional | Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter dalam 5 (menit) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n = 50</i>) |
| Sumber Data | Sample |
| Standar | ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu |

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampumemberikan kepuasan pelanggan |
| DefinisiOperasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan |
| Frekuensi PengumpulanData | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif rata -rata penilaian kepuasan pasien GawatDarurat yang di survey |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (<i>minimal n = 50</i>) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | $\geq 70 \%$ |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu |

7. Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat |
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan Keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat |
| Definisi Operasional | Kematian \leq 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien Datang |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 24 jam sejak pasien datang |
| Denominator | Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | \leq 2 perseribu |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka |
| Dimensi Mutu | Akses dan Keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat |
| Definisi Operasional | Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan |
| Numerator | Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang datang di Instalasi Gawat Darurat |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di ruang periksa

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Pemberi pelayanan di ruang periksa |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan di ruang pemeriksaan oleh dokter spesialis yang kompeten |
| Definisi Operasional | Ruangan pemeriksaan adalah ruangan yang digunakan untuk pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit KhususMata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan yang dilayani oleh dokter spesialis mata (untuk RS pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan <i>clinical provilage</i> yang diberikan) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hari buka di ruang periksa yang dilayani oleh dokter Umum dan dokter spesialis dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka di ruang periksa dalam satu bulan dikalikan jumlah klinik spesialis |
| Sumber data | Register rawat jalan |
| Standar | 100 persen |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab rawat jalan |

2. Buka pelayanan sesuai ketentuan

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Buka pelayanan sesuai ketentuan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan rawat jalan pada hari kerja di RS KhususMata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan |
| Definisi Operasional | Buka pelayanan adalah setiap hari kerja |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialis mata yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan dalam satu bulan |
| Sumber data | Register rawat jalan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab rawat jalan |

3. Waktu tunggu di Rawat Jalan

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu di Rawat Jalan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan rawat jalan pada hari kerja di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan yang mudah dan cepat diakses oleh pasien |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei |
| Sumber data | Survey Pasien rawat jalan |
| Standar | ≤60 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab rawat jalan/komite mutu/tim mutu |

4. Peresepan Obat Sesuai Formularium

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Peresepan Obat Sesuai Formularium |
| Dimensi Mutu | Efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya efisiensi pelayanan Obat kepada |
| Definisi Operasional | Formularium adalah daftar obat-Obatan yang digunakan dirumah sakit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 (satu) bulan |
| Periode Analisis | 3 (Tiga) bulan |
| Numerator | Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai dengan formularium dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh resep yang diambil Sebagai sampel dalam satu bulan (minimal 50 sampel) |
| Sumber Data | Instalasi Farmasi |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab Pengumpul Data | Kepala Instansi Rawat Jalan |

5. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n=50) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≥90 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab rawat jalan/ Tim mutu/panitia mutu |

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Pemberi pelayanan di Rawat Inap |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi Operasional | Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3). |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 6 bulan |
| Periode Analisa | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab rawat inap |

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan |
| Definisi Operasional | Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Sumber data | Rekam medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab rawat inap |

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Ketersediaan pelayanan rawat inap |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat inap ada di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan |
| Definisi Operasional | Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan yang diberikan kepada pasien rawat inap di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jenis-jenis pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan yang ada (kualitatif) |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber data | Register rawat inap |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab rawat inap |

4. Jam visite dokter spesialis

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Jam visite dokter spesialis |
| Dimensi Mutu | akses, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan |
| Definisi Operasional | Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | tiap bulan |
| Periode Analisa | tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei |
| Denominator | Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei |
| Sumber data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab rawat inap/Komite medik/Panitia mutu |

5. Kejadian infeksi pasca operasi

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kejadian infeksi pasca operasi |
| Dimensi mutu | Keselamatan, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar |
| Definisi operasional | infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam |
| Frekuensi pengumpulan Data | tiap bulan |
| Periode analisis | tiap bulan |
| Numerator | jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Sumber data | rekam medis |
| Standar | ≤1,5 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rawat inap |

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Angka kejadian infeksi nosokomial |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat |
| Definisi Operasional | Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Balai Kesehatan Mata Masyarakat yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | tiap bulan |
| Periode Analisa | tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Sumber data | Survei, laporan infeksi nosokomial |
| Standar | ≤1,5 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab rawat inap |

7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian |
| Dimensi mutu | keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien |
| Definisi operasional | Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian |
| Frekuensi pengumpulan data | tiap bulan |
| Periode analisis | tiap bulan |
| Numerator | Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh. |
| Denominator | Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut |
| Sumber data | rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rawat inap/Ketua komite mutu/tim mutu |

8. Kematian pasien > 48 jam

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kematian pasien > 48 jam |
| Dimensi mutu | keselamatan dan efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat yang aman dan efektif |
| Definisi operasional | Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk Balai Kesehatan Mata masyarakat. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Sumber data | rekam medis |
| Standar | $\leq 0,24 \% \leq 2,4 / 1000$ (international) (NDR $\leq 25 / 1000$, Indonesia) |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rawat inap/ketua komite mutu/tim mutu |

9. Kejadian pulang paksa

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kejadian pulang paksa |
| Dimensi mutu | efektivitas, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumahsakit |
| Definisi operasional | Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan |
| Sumber data | rekam medis |
| Standar | $\leq 5 \%$ |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rawat inap/ketua komite mutu/tim mutu |

10. Kepuasan pelanggan rawat inap

| | |
|--------------|-------------------------------|
| Judul | Kepuasan pelanggan rawat inap |
| Dimensi mutu | Kenyamanan |

| | |
|----------------------------|--|
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap |
| Definisi operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | ≥90 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rawat inap/ketua komite mutu/tim mutu |

11. Lama hari perawatan pasien operasi katarak

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Lama hari perawatan pasien operasi katarak |
| Dimensi mutu | Efektifitas, Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan yang efektif |
| Definisi operasional | Lamanya waktu perawatan pasien operasi katarak di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 6 bulan |
| Numerator | jumlah rata-rata perawatan pasien operasi katarak minimal 2 hari |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | ≤2 hari |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rawat inap/ketua komite mutu/tim mutu |

IV. PELAYANAN BEDAH (OPERASI)

1. Waktu tunggu operasi elektif

| | |
|--------------|---|
| Judul | Waktu tunggu operasi elektif |
| Dimensi mutu | efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah |

| | |
|----------------------------|--|
| Definisi operasional | Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut |
| Sumber data | rekam medis |
| Standar | ≤2 hari |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab kamar operasi |

2. Kejadian kematian di meja operasi

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kejadian kematian di meja operasi |
| Dimensi mutu | keselamatan, efektifitas |
| Tujuan | tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien |
| Definisi operasional | kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan |
| Frekuensi pengumpulan data | tiap bulan dan sentinel event |
| Periode analisis | tiap bulan dan sentinel event |
| Numerator | jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan |
| Sumber data | rekam medis, Laporan keselamatan pasien |
| Standar | ≤1 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab kamar Operasi |

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

| | |
|--------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi |
| Dimensi mutu | keselamatan pasien |
| Tujuan | tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien |

| | |
|----------------------------|---|
| Definisi operasional | kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode analisis | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan |
| Denominator | jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan |
| Sumber data | rekam medis, Laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab kamar operasi |

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian operasi salah orang |
| Dimensi mutu | keselamatan pasien |
| Tujuan | tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien |
| Definisi operasional | kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode analisis | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan |
| Denominator | jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan |
| Sumber data | rekam medis, Laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab kamar operasi |

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

| | |
|--------------|--|
| Judul | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi |
| Dimensi mutu | keselamatan pasien |
| Tujuan | tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan |

| | |
|----------------------------|---|
| Definisi operasional | Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode analisis | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Sumber data | rekam medis, Laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab kamar operasi |

6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi |
| Dimensi mutu | keselamatan pasien |
| Tujuan | tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi |
| Definisi operasional | kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode analisis | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Sumber data | rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab kamar bedah |

7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan Salah Penempatan *Endotracheal Tube*

| | |
|-------|---|
| Judul | Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan Salah Penempatan <i>Endotracheal Tube</i> |
|-------|---|

| | |
|----------------------------|---|
| Dimensi mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung |
| Definisi operasional | Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan <i>endotracheal tube</i> |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode analisis | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan |
| Sumber data | rekam medis |
| Standar | ≤6 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab kamar bedah |

V. PELAYANAN LABORATORIUM

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium |
| Dimensi mutu | efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratoium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≤140 menit |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab laboratorium |

2. Tidak adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium

| | |
|-------|---|
| Judul | Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium |
|-------|---|

| | |
|----------------------------|--|
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis |
| Definisi operasional | Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan |
| Sumber data | Register di instalasi laboratorium |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab laboratorium |

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium |
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab laboratorium |

4. Kepuasan pelanggan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | ≥80 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab laboratorium |

VI. PELAYANAN VISUS DAN REFRAKSI

1. Pemberi pelayanan visus

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Pemberi pelayanan visus |
| Dimensi Mutu | Kompetensi tehnik |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan visus oleh ahli refraksi |
| Definisi Operasional | Ruang visus adalah ruangan untuk memeriksa visus pasien di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan yang dilayani oleh ahli refraksi setiap hari |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hari buka pelayanan visus yang dilayani oleh ahli refraksi dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka pelayanan visus dalam satu bulan |
| Sumber data | Register rawat jalan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab pelayanan visus |

3. Buka pelayanan sesuai ketentuan

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Buka pelayanan sesuai ketentuan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan visus pada hari kerja |
| Definisi Operasional | Buka pelayanan adalah setiap hari kerja |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hari pelayanan visus yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari pelayanan visus dalam satu bulan |
| Sumber data | Register rawat jalan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab pelayanan visus |

4. Waktu tunggu pelayanan visus

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Waktu tunggu pelayanan visus |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan visus pada setiap hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai di visus oleh ahli refraksi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien dilayani visus yang disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien di layani visus yang disurvei |
| Sumber data | Survey Pasien yang dilayani visus |
| Standar | ≤30 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab pelayanan visus |

5. Kepuasan Pelanggan pelayanan visus

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan pelayanan visus |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan visus yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif merata penilaian kepuasan pasien pelayanan visus yang di survey |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien pelayanan visus yang di survey (<i>minimal n=50</i>) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≥80 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab pelayanan visus/Tim mutu/panitia mutu |

VII. PELAYANAN KACAMATA

1. Pemberian pelayanan koreksi/kiracamata di pelayanan Kacamata

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Pemberi Pelayanan koreksi/kiracamata di pelayanan kacamata |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan koreksi/kiracamata di layanan kacamata oleh ahli refraksi. |
| Definisi operasional | Rehabilitasi visus menggunakan lensa dengan ukuran dioptri terbaik yang dilayani oleh ahli refraksi setiap hari |
| Frekuensi Pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hari buka pelayanan koreksi/kiracamata yang dilayani oleh ahli refraksi dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka pelayanan kir/koreksi kaca mata dalam satu bulan |
| Sumber Data | Register Rawat Jalan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | Penanggung Jawab pelayanan Kacamata |

2. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Buka Pelayanan sesuai Ketentuan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersediannya Pelayanan Kacamata pada hari kerja. |
| Definisi operasional | Buka pelayanan kacamata setiap hari kerja |
| Frekuensi Pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hari pelayanan kaca mata sesuai ketentuan dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari pelayanan kacamata dalam satu bulan |
| Sumber Data | Register rawat Jalan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | Penanggung Jawab pelayanan Kacamata |

3. Waktu Tunggu di Pelayanan Kaca Mata

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Waktu Tunggu di Pelayanan Kacamata |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan Kaca Mata pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien |
| Definisi operasional | Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien menyerahkan resep kaca mata sampai kacamata jadi |
| Frekuensi Pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien di layanan kaca mata yang disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien di layanan kacamata yang di survey |
| Sumber Data | Survey pasien dipelayanan kacamata |
| Standar | ≤ 2 jam |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | Penanggung Jawab pelayanan Kacamata |

4. Kepuasan Pelanggan di Pelayanan Kacamata

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan di Pelayanan Kacamata |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan kaca mata yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan data | Setiap bulan |
| Periode analisa | 3 bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien di pelayanan kaca mata yang disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien Pelayanan kacamata yang disurvei (minimal $n=50$) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | $\geq 80 \%$ |
| Penanggung Jawab Pengumpul data | Penanggung Jawab pelayanan Kaca Mata |

VIII. FARMASI

1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu pelayanan obat jadi |
| Dimensi mutu | efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi |
| Definisi operasional | Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≤ 30 menit |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab farmasi |

1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu pelayanan obat racikan |
| Dimensi mutu | efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi |
| Definisi operasional | Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≤45 menit |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab farmasi |

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat |
| Dimensi mutu | Keselamatan dan kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat |
| Definisi operasional | Kesalahan pemberian obat meliputi : Salah dalam memberikan jenis obat Salah dalam memberikan dosis Salah orang Salah jumlah |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab farmasi |

3. Kepuasan pelanggan

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi |
| Definisi operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | ≥90 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab farmasi |

4. Penulisan resep sesuai formularium

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Penulisan resep sesuai formularium |
| Dimensi mutu | Efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien |
| Definisi operasional | Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minial 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi farmasi |

IX. PELAYANAN GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien |
| Dimensi mutu | Efektifitas, akses, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi |
| Definisi operasional | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≥90 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab gizi/penanggung jawab rawat inap |

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien |
| Dimensi mutu | Efektifitas dan efisien |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi |
| Definisi operasional | Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≤20 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab gizi/penanggung jawab rawat inap |

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet |
| Dimensi mutu | Keamanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi |
| Definisi operasional | Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab gizi/penanggung jawab rawat inap |

X. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan |
| Dimensi mutu | Kesinambungan pelayanan dan keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik |
| Definisi operasional | Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu \leq 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap |
| Denominator | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rekam medik |

2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas |
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan |
| Definisi operasional | Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum |
| Denominator | Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rekam medik |

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan |
| Dimensi mutu | efektivitas, kenyamanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan |
| Definisi operasional | Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas. |
| Frekuensi pengumpulan data | tiap bulan |
| Periode analisis | tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati |
| Denominator | Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100) |
| Sumber data | hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang rekam medis untuk pasien lama |
| Standar | Rerata ≤ 10 menit |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rekam medik |

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap |
| Dimensi mutu | Efektivitas, kenyamanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap |
| Definisi operasional | Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien |
| Frekuensi pengumpulan data | tiap bulan |
| Periode analisis | tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati |
| Denominator | Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati |
| Sumber data | hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan |
| Standar | Rerata ≤ 15 menit |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rekam medik |

XI. PELAYANAN LIMBAH/SANITASI

1. Baku mutu limbah cair

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Baku mutu limbah cair |
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumahsakit |
| Definisi operasional | Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9 |
| Frekuensi pengumpulan data | 3 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu. |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair. |

| | |
|------------------|-------------------|
| Sumber data | Hasil pemeriksaan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala IPRS |

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan |
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit |
| Definisi operasional | Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati |
| Denominator | Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati |
| Sumber data | Hasil pengamatan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala IPRS / Kepala K3 RS |

XII. PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat kepala bagian

| | |
|--------------|--|
| Judul | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat kepala bagian |
| Dimensi mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian Manajemen terhadap upaya perbaikan pelayanan di RSKM |

| | |
|----------------------------|---|
| Definisi operasional | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat kepala bagian adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing. |
| frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Hasil keputusan pertemuan tingkat pertemuan kepala bagian yang ditindaklanjuti dalam satu bulan |
| Denominator | Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan |
| Sumber data | Notulen rapat |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Direktur RSKM |

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja |
| Dimensi mutu | efektivitas, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian administrasi RSKM dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan |
| Definisi operasional | Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban RSKM untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 tahun |
| Periode analisis | 1 tahun |
| Numerator | Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun |
| Sumber data | Bagian Tata Usaha |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Direktur RSKM |

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat |
| Dimensi mutu | efektivitas, efisiensi, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian RSKM terhadap tingkat kesejahteraan pegawai |
| Definisi operasional | Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober |
| Frekuensi pengumpulan data | satu tahun |
| Periode analisis | satu tahun |
| Numerator | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| Sumber data | Sub Bag Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala sub bagian tata usaha |

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala |
| Dimensi mutu | efektivitas, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian RSKM terhadap kesejahteraan pegawai |
| Definisi operasional | Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku |
| Frekuensi pengumpulan data | satu tahun |
| Periode analisis | satu tahun |
| Numerator | Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun |
| Sumber data | Sub Bag Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala sub bagian tata usaha |

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun |
| Dimensi mutu | kompetensi teknis |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian RSKM terhadap kualitas sumber daya manusia |
| Definisi operasional | Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di RSKM ataupun di luar RSKM yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun |
| Frekuensi pengumpulan data | satu tahun |
| Periode analisis | satu tahun |
| Numerator | Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun |
| Denominator | Jumlah seluruh karyawan Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan |
| Sumber data | Sub Bag Kepegawaian |
| Standar | ≥60 % |
| Penanggung jawab | Kepala sub bagian tata usaha |

6. Cost recovery

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Cost recovery |
| Dimensi mutu | efisiensi, efektivitas |
| Tujuan | tergambarnya tingkat kesehatan keuangan RSKM |
| Definisi operasional | Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan |
| Sumber data | sub bag keuangan |
| Standar | ≥40 % |
| Penanggung jawab | Kepala sub bagian tata usaha /Keuangan |

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan |
| Dimensi mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan RSKM |
| Definisi operasional | Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya |
| Frekuensi pengumpulan data | tiga bulan |
| Periode analisis | tiga bulan |
| Numerator | Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan |
| Denominator | Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan |
| Sumber data | Sub Bag Keuangan |
| Standar | 100 |
| Penanggung jawab | Kepala sub bagian Tata Usaha/Keuangan |

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap |
| Dimensi mutu | Efektivitas, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap |
| Definisi operasional | Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien |
| Frekuensi pengumpulan data | tiap bulan |
| Periode analisis | tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan |
| Sumber data | hasil pengamatan |
| Standar | ≤ 2 jam |
| Penanggung jawab | Bagian Keuangan |

9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu |
| Dimensi mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan |
| Definisi operasional | Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan |
| Frekuensi pengumpulan data | tiap 6 bulan |
| Periode analisis | tiap 6 bulan |
| Numerator | Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif |
| Denominator | 6 |
| Sumber data | Catatan di bagian keuangan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Bagian Keuangan |

XIII. PELAYANAN AMBULANCE

1. Waktu pelayanan *ambulance*

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Waktu pelayanan <i>ambulance</i> |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan <i>ambulance</i> yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan |
| Definisi Operasional | Waktu pelayanan <i>ambulance</i> adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah hari dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Instalasi gawat darurat |
| Standar | 24 jam |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab <i>ambulance</i> |

2. Kecepatan memberikan pelayanan *ambulance* di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan

| | |
|--------------|---|
| Judul | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan |
| Dimensi mutu | kenyamanan, keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketanggapan RSKM dalam menyediakan kebutuhan pasien akan <i>ambulance</i> |

| | |
|----------------------------|---|
| Definisi operasional | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance diajukan oleh pasien/keluarga pasien di RSKM sampai tersedianya ambulance. Maksimal 30 menit |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan |
| Sumber data | catatan penggunaan ambulance |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab ambulance |

XIV. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian linen yang hilang |
| Dimensi mutu | Efisiensi dan efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry |
| Definisi operasional | Tidak ada |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab laundry |

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap |
| Dimensi mutu | Efisiensi dan efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry |
| Definisi operasional | Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 1 bulan |

| | |
|------------------|--|
| Numerator | Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu |
| Denominator | Jumlah hari dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab laundry |

XV. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat |
| Dimensi mutu | efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam |
| Definisi operasional | Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan |
| Sumber data | Catatan laporan kerusakan alat |
| Standar | ≥80 % |
| Penanggung jawab | Koordinator/seksi/kelompok pelayanan kesehatan |

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pemeliharaan alat |
| Dimensi mutu | efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat |
| Definisi operasional | Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap- tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |

| | |
|------------------|--|
| Numerator | Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan |
| Sumber data | Register pemeliharaan alat |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Koordinator/seksi/kelompok pelayanan kesehatan |

3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi. |
| Dimensi mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK). |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 tahun |
| Periode analisis | 1 tahun |
| Numerator | Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun |
| Denominator | jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun |
| Sumber data | Buku registrasi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab laboratorium |

XVI. PELAYANAN PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih |
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk |
| Definisi operasional | Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap 3 bulan |
| Periode analisis | Tiap 1 bulan |
| Numerator | Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih |

| | |
|------------------|------------------------|
| Denominator | Jumlah anggota Tim PPI |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 75% |
| Penanggung jawab | Ketua Komite PPI |

2. Koordinasi APD

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri) |
| Dimensi mutu | Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung |
| Tujuan | Tersedianya APD di setiap instalasi RS |
| Definisi operasional | Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap hari |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah instalasi yang menyediakan APD |
| Denominator | Jumlah instalasi di rumah sakit |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 75% |
| Penanggung jawab | Tim PPI |

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit |
| Dimensi mutu | Keamanan pasien, petugas dan pengunjung |
| Tujuan | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS |
| Definisi operasional | Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK) |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap hari |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan |
| Denominator | Jumlah instalasi yang tersedia |
| Sumber data | Survey |

| | |
|------------------|------------|
| Standar | 75% |
| Penanggung jawab | Tim PPI RS |

c. Pelaksanaan

1. Rumah Sakit yang telah menerapkan Pola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
2. Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
3. Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB III
PENUTUP

a. Evaluasi

1. SPM RSK Mata Masyarakat wajib dievaluasi dan diperbaiki secara berkelanjutan oleh Direktur RSK Mata Masyarakat.
2. Evaluasi dan perbaikan SPM RSK Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan sebagaimana dimaksud pada angka 1, wajib disampaikan kepada Gubernur guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSK Mata Masyarakat.

b. Pembinaan

1. Gubernur wajib menyelenggarakan pembinaan penerapan SPM RSK Mata Masyarakat.
2. Pembinaan penerapan SPM RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 1, secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
3. Guna mendukung pembinaan penerapan SPM RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 1, Direktur wajib memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSK Mata Masyarakat sesuai dengan SPM.
4. Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada angka 3, dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan meliputi:
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan SPM.

f. Pengawasan dan Pelaporan

1. Gubernur wajib menyelenggarakan pengawasan penerapan SPM RSK Mata Masyarakat.
2. Pengawasan penerapan SPM RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 1, secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan dan Aparatur Pengawas Internal Pemerintah (APIP).

3. Direktur RSK Mata Masyarakat menyusun Laporan Penerapan dan Pencapaian SPM RSK Mata Masyarakat setiap tahun.
4. Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 3, disampaikan kepada Dewan Pengawas paling lambat akhir bulan Januari tahun berikutnya.
5. Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 3, guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSK Mata Masyarakat.

Pj. GUBERNUR SUMATERA
SELATAN,

A.FATONI

a. Paraf Hierarki

| No | J a b a t a n | Paraf |
|----|--------------------------------|-------|
| 1 | Sekretaris Daerah | |
| 2 | Asisten Pemerintahan dan Kesra | |
| 3 | Kepala Dinas Kesehatan | |
| 4 | Direktur RSK. Mata Masyarakat | |

b. Paraf Koordinasi

| No | J a b a t a n | Paraf |
|----|------------------------|-------|
| 1 | Plt. Kepala Biro Hukum | |

9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu |
| Dimensi mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan |
| Definisi operasional | Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan |
| Frekuensi pengumpulan data | tiap 6 bulan |
| Periode analisis | tiap 6 bulan |
| Numerator | Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif |
| Denominator | 6 |
| Sumber data | Catatan di bagian keuangan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Bagian Keuangan |

XIII. PELAYANAN AMBULANCE

1. Waktu pelayanan *ambulance*

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Waktu pelayanan <i>ambulance</i> |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan <i>ambulance</i> yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan |
| Definisi Operasional | Waktu pelayanan <i>ambulance</i> adalah ketersediaan waktu penyediaan <i>ambulance</i> untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Total waktu buka (dalam jam) pelayanan <i>ambulance</i> dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah hari dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Instalasi gawat darurat |
| Standar | 24 jam |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab <i>ambulance</i> |

2. Kecepatan memberikan pelayanan *ambulance* di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan

| | |
|--------------|--|
| Judul | Kecepatan memberikan pelayanan <i>ambulance</i> di di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan |
| Dimensi mutu | kenyamanan, keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketanggapan RSKM dalam menyediakan kebutuhan pasien akan <i>ambulance</i> |

| | |
|----------------------------|---|
| Definisi operasional | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance diajukan oleh pasien/keluarga pasien di RSKM sampai tersedianya ambulance. Maksimal 30 menit |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan |
| Sumber data | catatan penggunaan ambulance |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab ambulance |

XIV. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian linen yang hilang |
| Dimensi mutu | Efisiensi dan efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry |
| Definisi operasional | Tidak ada |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab laundry |

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap |
| Dimensi mutu | Efisiensi dan efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry |
| Definisi operasional | Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 1 bulan |

| | |
|------------------|--|
| Numerator | Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu |
| Denominator | Jumlah hari dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab laundry |

XV. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat |
| Dimensi mutu | efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam |
| Definisi operasional | Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan |
| Sumber data | Catatan laporan kerusakan alat |
| Standar | ≥80 % |
| Penanggung jawab | Koordinator/seksi/kelompok pelayanan kesehatan |

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pemeliharaan alat |
| Dimensi mutu | efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat |
| Definisi operasional | Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap- tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |

| | |
|------------------|--|
| Numerator | Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan |
| Sumber data | Register pemeliharaan alat |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Koordinator/seksi/kelompok pelayanan kesehatan |

3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi. |
| Dimensi mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK). |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 tahun |
| Periode analisis | 1 tahun |
| Numerator | Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun |
| Denominator | jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun |
| Sumber data | Buku registrasi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab laboratorium |

XVI. PELAYANAN PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih |
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk |
| Definisi operasional | Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap 3 bulan |
| Periode analisis | Tiap 1 bulan |
| Numerator | Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih |

| | |
|------------------|------------------------|
| Denominator | Jumlah anggota Tim PPI |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 75% |
| Penanggung jawab | Ketua Komite PPI |

2. Koordinasi APD

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri) |
| Dimensi mutu | Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung |
| Tujuan | Tersedianya APD di setiap instalasi RS |
| Definisi operasional | Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap hari |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah instalasi yang menyediakan APD |
| Denominator | Jumlah instalasi di rumah sakit |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 75% |
| Penanggung jawab | Tim PPI |

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit |
| Dimensi mutu | Keamanan pasien, petugas dan pengunjung |
| Tujuan | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS |
| Definisi operasional | Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK) |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap hari |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan |
| Denominator | Jumlah instalasi yang tersedia |
| Sumber data | Survey |

| | |
|------------------|------------|
| Standar | 75% |
| Penanggung jawab | Tim PPI RS |

c. Pelaksanaan

1. Rumah Sakit yang telah menerapkan Pola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
2. Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
3. Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB III
PENUTUP

a. Evaluasi

1. SPM RSK Mata Masyarakat wajib dievaluasi dan diperbaiki secara berkelanjutan oleh Direktur RSK Mata Masyarakat.
2. Evaluasi dan perbaikan SPM RSK Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan sebagaimana dimaksud pada angka 1, wajib disampaikan kepada Gubernur guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSK Mata Masyarakat.

b. Pembinaan

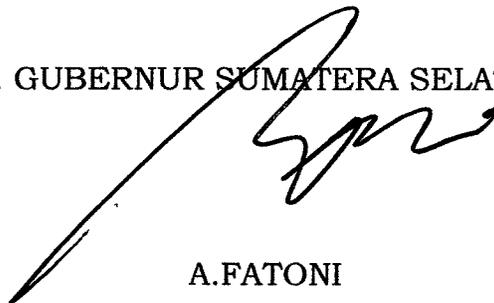
1. Gubernur wajib menyelenggarakan pembinaan penerapan SPM RSK Mata Masyarakat.
2. Pembinaan penerapan SPM RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 1, secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
3. Guna mendukung pembinaan penerapan SPM RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 1, Direktur wajib memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSK Mata Masyarakat sesuai dengan SPM.
4. Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada angka 3, dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan meliputi:
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan SPM.

f. Pengawasan dan Pelaporan

1. Gubernur wajib menyelenggarakan pengawasan penerapan SPM RSK Mata Masyarakat.
2. Pengawasan penerapan SPM RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 1, secara teknis dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dan Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan dan Aparatur Pengawas Internal Pemerintah (APIP).

3. Direktur RSK Mata Masyarakat menyusun Laporan Penerapan dan Pencapaian SPM RSK Mata Masyarakat setiap tahun.
4. Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 3, disampaikan kepada Dewan Pengawas paling lambat akhir bulan Januari tahun berikutnya.
5. Laporan penerapan dan pencapaian SPM RSK Mata Masyarakat sebagaimana dimaksud pada angka 3, guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM RSK Mata Masyarakat.

Pj. GUBERNUR SUMATERA SELATAN,



A.FATONI

LAMPIRAN III
PERATURAN GUBERNUR SUMATERA SELATAN
NOMOR 7 TAHUN 2024
TENTANG
POLA TATA KELOLA, STANDAR PELAYANAN
MINIMAL DAN RENCANA STRATEGIS
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT
KHUSUS MATA MASYARAKAT PROVINSI
SUMATERA SELATAN

RENCANA STRATEGIS
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT KHUSUS
MATA MASYARAKAT PROVINSI SUMATERA SELATAN

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perubahan yang terjadi saat ini khususnya yang berkaitan dengan era globalisasi dan arus informasi yang cepat mengharuskan suatu organisasi/badan usaha untuk lebih dinamis dalam menghadapinya. Diperlukan strategi yang tepat untuk mencapai tujuan organisasi serta menghadapi tingginya tingkat persaingan. Dengan kata lain organisasi (rumah sakit) harus mengembangkan strategi yang antisipatif terhadap perubahan dan persaingan tersebut. Selain itu adanya kebutuhan untuk menentukan arah dan tujuan pada masa depan agar dalam langkahnya dapat lebih produktif dan mempunyai nilai yang lebih dari saat sekarang, diperlukan metode yang dapat dipergunakan sebagai alat untuk membantu hal tersebut yaitu dengan perencanaan strategis.

Strategi yang antisipatif sendiri merupakan fungsi keputusan yang menghubungkan lingkungan organisasi, sumber daya yang dimiliki serta harapan dan tujuan yang ingin dicapai demi kelangsungan organisasi. Sebagai bagian dari organisasi, rumah sakit harus memperhatikan semua aspek yang mempengaruhi tujuan organisasi, baik yang tampak maupun yang masih bersifat prediksi dan kemungkinan-kemungkinan. Berkaitan dengan hal tersebut, manajemen strategi merupakan suatu strategi antisipatif yang penting untuk dilaksanakan. Khususnya dalam bidang perumahsakit, harus mencermati, memahami dan menganalisisnya sebagai suatu sistem yang terintegrasi.

Pengelolaan sistem bisnis (pengelolaan) di rumah sakit harus menjadi unit usaha yang terus berkembang dan update terhadap perkembangan kekinian. Dibutuhkan strategi dan sistem manajemen rumah sakit yang

pd

mempertimbangkan aspek strategis agar rumah sakit mampu beradaptasi atau mengendalikan faktor berpengaruh tersebut yang juga terus berubah, baik itu faktor internal apalagi terhadap faktor eksternal. Pengembangan organisasi rumah sakit tidak hanya sekedar berjalan, tetapi harus berani maju bertumbuh dan bersaing. Oleh karena itu, perlu dilakukan penyusunan perencanaan strategi dengan metode akademis dan cara yang benar. Karena, saat ini *customer* makin sadar dan bebas memilih rumah sakit (termasuk rumah sakit luar negeri). Artinya, saat ini pengguna rumah sakit (*customer*) mulai menuntut standar kualitas pelayanan yang mengedepankan mutu, keselamatan dan efisiensi. *Customer* rumah sakit menjadi semakin kritis atas semua jasa yang diterimanya serta kewajibannya untuk membayar biaya pelayanan.

Beragam perkembangan yang terjadi pada organisasi rumah sakit di atas telah membawa konsekuensi pada sistem manajemen, baik manajemen pelayanan medik, manajemen penunjang maupun manajemen administrasi diperlukan berbagai macam pengetahuan dan ketrampilan manajemen terkini untuk mengelola rumah sakit, sehingga memberikan manfaat yang besar bagi penggunanya serta stakeholder lainnya. Rumah sakit dituntut untuk selalu mengikuti perkembangan tersebut. Oleh karena itu, peran dan fungsi rumah sakit harus sudah mulai dipetakan. Proses penyusunan Renstra harus disusun sebaik mungkin. Proses penyusunan strategi rumah sakit harus berbasis kinerja dan berorientasi pada kebutuhan pelanggan.

Salah satu tools manajemen yang dapat digunakan untuk menyusun renstra berbasis kinerja adalah dengan menggunakan kerangka *Balanced Score Card* (BSC). Kerangka BSC terdiri dari 4 (empat) perspektif, yaitu: perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, perspektif proses bisnis internal, perspektif pelanggan dan perspektif keuangan. Tujuan penggunaan model BSC adalah agar organisasi rumah sakit selalu konsisten dalam implementasi, mulai dari renstra sampai pada pelaksanaan inisiatif (program) operasional secara komprehensif. Penetapan sasaran harus spesifik, terukur, agresif, berorientasi pada hasil dalam kurun waktu yang jelas (*specific, measurable, aggressive, result oriented, time bound*) sehingga menjadi acuan target manajemen, dan menjadi salah satu tolok ukur berhasil atau tidaknya manajemen rumah sakit.

Untuk menjawab perubahan dan tingkat persaingan tersebut, Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan membutuhkan perencanaan yang bersifat strategis dan dijabarkan dalam bentuk renstra. Renstra merupakan serangkaian rencana, tindakan dan kegiatan seluruh komponen organisasi untuk diimplementasikan dalam

rangka pencapaian visi dan misi yang telah ditetapkan sebagai tujuan bersama. Renstra berorientasi pada proses dan hasil yang ingin dicapai dalam kurun waktu 5 (lima) tahun yaitu tahun 2024 - 2028. Dengan memperhatikan kekuatan (*strength*), kelemahan (*weakness*), peluang (*opportunity*) dan ancaman (*threat*) yang ada, akan menentukan posisi organisasi guna merumuskan strategi utama dalam memenangkan persaingan bisnis.

Renstra yang telah disusun kemudian dikomunikasikan ke seluruh elemen organisasi sebagai landasan dan arahan semua kegiatan yang dilakukan guna mencapai tujuan bersama organisasi. Diharapkan Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan dapat selalu menerapkan perencanaan strategis dan memberikan pelayanan yang berkualitas pada pasien.

Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan yang resmi dioperasikan pada tanggal 31 Mei 2001 merupakan rumah sakit Khusus yang dimiliki Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan dengan tipe rumah sakit kelas B saat ini tengah mengalami pertumbuhan dan perkembangan. Sebagai institusi pemberi pelayanan kesehatan dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya perlu menetapkan Renstra yang akan digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan program dan kegiatan selama waktu periode renstra dengan memperhitungkan potensi, peluang dan kendala yang ada atau timbul sehingga dapat secara realistis mengantisipasi perkembangan masa depan.

Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan sebagai Unit Pelayanan Publik Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Selatan dituntut untuk meningkatkan kualitas kinerja pelayanannya. Tuntutan masyarakat akan kualitas kinerja pelayanan dari waktu ke waktu semakin meningkat. Hal ini merupakan tantangan yang serius terhadap keberadaan rumah sakit pemerintah sebagai pusat pelayanan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk itu perbaikan kualitas pelayanan kesehatan harus mendapat prioritas dari pemerintah daerah dalam hal pelayanan terhadap pelanggan atau konsumen kesehatan.

Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan dipimpin oleh Direktur yang mempunyai tugas pokok melaksanakan urusan pemerintah daerah berdasarkan asas otonomi daerah dan tugas pembantuan di bidang kesehatan terutama di lingkungan rumah sakit. Seiring dengan proses pembangunan pada era desentralisasi, pembangunan yang telah berkembang di lingkungan Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan semakin besar pula tantangan dan hambatan yang akan membentang di sepanjang masa suatu pemerintahan.

Pembangunan yang terus dilaksanakan pemerintah tidak lain ditujukan kepada peningkatan kesejahteraan warga masyarakat, oleh karenanya pembangunan yang dilaksanakan harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat serta dapat dinikmati oleh seluruh warga masyarakat. Perencanaan pembangunan yang berangkat dari dan untuk kebutuhan masyarakat secara langsung akan meningkatkan kinerja pemerintah. Hal ini dapat dilihat dari aspek kepuasan masyarakat akan pelayanan pemerintah kepada warga masyarakat, selain itu peningkatan kesejahteraan warga masyarakat merupakan salah satu tolok ukur dari keberhasilan pembangunan. Pembangunan kesehatan sebagai salah satu bagian dari pembangunan yang sedang, sudah, dan akan dilaksanakan.

Sebagai institusi pemberi pelayanan kesehatan dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan perlu menetapkan Renstra yang akan digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan program dan kegiatan selama lima tahun kedepan dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada sehingga dapat mengantisipasi perkembangan masa depan.

Untuk dapat mengoptimalkan pelayanan di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan bagi seluruh masyarakat diperlukan tata kelola organisasi yang baik (Good Governance) dan mendukung program pemerintah, salah satunya adalah dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Instansi/Unit Kerja yang berstatus PPK- BLUD diberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan dan barang, serta fleksibilitas melaksanakan bisnis. Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah.

Salah satu syarat dalam memperoleh penetapan status BLUD bagi rumah sakit adalah menerapkan penetapan kinerja dengan berbasis Renstra. Penyusunan Renstra bagi suatu organisasi pemerintah merupakan suatu kewajiban dalam upaya mewujudkan tata kelola sistem yang modern. Renstra merupakan perangkat strategi bagi pimpinan organisasi dalam mengendalikan arah gerak prioritas pengembangan organisasi, tuntunan bagi unit kerja di bawahnya dan stakeholder yang terkait untuk bergerak bersama dan bersinergi untuk mencapai visi organisasi. Oleh karena itu Renstra menjadi pedoman utama dan tolok ukur yang membantu pimpinan di berbagai tingkat organisasi untuk

mengetahui arah perjalanan organisasi dalam mencapai visinya dan target kinerja jangka pendek dan jangka panjang organisasi serta pengambilan keputusan strategi bila ada perubahan atas dinamika tuntutan stakeholder kunci organisasi. Berdasarkan Pasal 1 angka 19 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Renstra BLUD yang disingkat Renstra BLUD adalah dokumen yang memuat visi, misi, program strategi, pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional BLUD Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan.

1.2 Maksud dan Tujuan

Renstra Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan disusun sebagai pedoman bagi pimpinan dan manajemen rumah sakit dalam melaksanakan kebijakan, program dan rencana kerja operasional di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan. Juga dapat menjadi pedoman dalam menyelaraskan penyusunan program kerja dan anggaran masing-masing unit/instalasi di rumah sakit.

Secara umum Renstra Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan bertujuan untuk:

1. Memenuhi salah satu persyaratan administratif pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum berdasarkan Pasal 4 ayat (4) Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
2. Mengarahkan kebijakan alokasi sumber daya rumah sakit untuk mewujudkan visi organisasi;
3. Sebagai pedoman, landasan dan referensi dalam menetapkan skala prioritas Rencana Bisnis Anggaran tahunan;
4. Renstra merupakan rencana strategis dan gambaran program yang harus ada di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan yang menerapkan PPK-BLUD, yang menerangkan:
 - a. Renstra merupakan rencana strategi yang mencakup antara lain pernyataan yang memuat visi, misi, program strategi, pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional BLUD Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan;
 - b. Rencana pencapaian sebagaimana dimaksud diatas merupakan gambaran program, pembiayaan, penanggung jawab program dan prosedur pelaksanaan program sesuai rentang waktu renstra.
5. Sebagai alat pengendalian organisasi.

1.3 SISTEMATIKA PENYAJIAN

Renstra Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2024-2028 disusun dengan sistematika sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan

- 1.1. Latar Belakang
- 1.2. Maksud dan Tujuan
- 1.3. Sistematika Penyajian

Bab II Gambaran Pelayanan Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat

- 2.1. Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi
- 2.2. Sumber Daya
- 2.3. Kinerja Pelayanan Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan

Bab III Pernyataan Visi dan Misi RS Khusus Mata

- 3.1. Visi dan Misi
- 3.2. Ukuran
- 3.3. Nilai-nilai yang dianut RS Khusus Mata

Bab IV Strategi RS Khusus Masyarakat

- 4.1. Analisa Lingkungan Hidup
- 4.2. Kesimpulan Hasil Analisis SWOT
- 4.3. Posisi Rumah Sakit Khusus Mata
 - 4.4. *Critical Success Factors* (Faktor Kunci Keberhasilan)
 - 4.5. Inisiatif dan Sasaran Strategis

Bab V Target Pendapatan dan Rencana Kebutuhan Anggaran

Bab VI Prosedur Pelaksanaan dan Akuntabilitas Program

Bab VII Penutup

BAB II

GAMBARAN PELAYANAN RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT PROVINSI SUMATERA SELATAN

2.1. Tugas, Fungsi, dan Struktur Organisasi

Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan yang diresmikan pada tanggal 31 Mei 2021. Sebagai instansi pelayanan publik Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan memiliki peranan yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat Sumatera Selatan, Peran strategi ini terkait karena Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan adalah fasilitas kesehatan yang padat teknologi dan padat pakar ilmu. Peran tersebut dewasa ini makin menonjol mengingat timbulnya perubahan epidemiologi penyakit, perubahan struktur demografi, perkembangan IPTEK, perubahan struktur sosial ekonomi masyarakat dan pelayanan yang lebih bermutu, ramah dan sanggup memenuhi kebutuhan mereka yang menuntut perubahan pola pelayanan kesehatan.

Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan sebagai unit pelayanan publik dituntut untuk meningkatkan kualitas kinerja pelayanannya. Hal ini seiring dengan program percepatan pembangunan yang dicanangkan oleh Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan. Tuntutan masyarakat akan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu semakin meningkat. Hal ini merupakan tantangan yang serius terhadap keberadaan rumah sakit pemerintah dimasa yang akan datang, apakah masih tetap menjadi tumpuan masyarakat sebagai pusat pelayanan kesehatan rujukan atau tumpuan masyarakat beralih ketempat lain dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk itu perbaikan kualitas pelayanan kesehatan rujukan harus mendapat prioritas dari Pemerintah Daerah dalam hal pelayanan terhadap pelanggan atau konsumen kesehatan.

Rumah sakit mengemban tugas yang sangat berat, karena dituntut memberi pelayanan yang bermutu yang dapat memuaskan konsumennya serta mengedepankan keselamatan pasien. Selain itu rumah sakit sebagai institusi yang berperan penting dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Perubahan baik di tingkat lokal maupun global terus saja terjadi yang memaksa rumah sakit secara terus menerus perlu menyesuaikan dirinya.

Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan dipimpin oleh Direktur yang mempunyai tugas pokok melaksanakan urusan pemerintah daerah berdasarkan asas otonomi daerah dan tugas pembantuan di bidang kesehatan terutama di lingkungan rumah sakit. Seiring dengan proses pembangunan pada era desentralisasi, pembangunan yang telah berkembang di lingkungan Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Selatan semakin besar pula tantangan dan hambatan yang akan membentangi di sepanjang masa suatu pemerintahan. Pembangunan yang terus dilaksanakan pemerintah tidak lain ditujukan kepada peningkatan kesejahteraan warga masyarakat, oleh karenanya pembangunan yang dilaksanakan harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat serta dapat dinikmati oleh seluruh warga masyarakat.

Perencanaan pembangunan yang berangkat dari dan akan kebutuhan masyarakat secara langsung akan meningkatkan kinerja pemerintah. Hal ini dapat dilihat dari aspek kepuasan masyarakat akan pelayanan pemerintah kepada warga masyarakat, selain itu peningkatan kesejahteraan warga masyarakat merupakan salah satu tolok ukur dari keberhasilan pembangunan. Pembangunan kesehatan sebagai salah satu bagian dari pembangunan yang sedang, sudah dan akan dilaksanakan.

Sebagai salah satu Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan dituntut untuk meningkatkan pelayanan kepada warga masyarakat. Transparansi dan akuntabilitas wajib dikedepankan seiring dengan semakin berkembangnya tuntutan zaman.

2.1.1. Tugas Pokok Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan

Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan mempunyai tugas menyelenggarakan upaya pencegahan, penyembuhan dan pemulihan kesehatan mata yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

2.1.2. Fungsi Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan

Untuk melaksanakan tugasnya Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan mempunyai fungsi :

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna;
- c. pelaksanaan pencegahan terhadap timbulnya penyakit mata dan kebutaan melalui penyuluhan, peran serta masyarakat dan pelayanan kesehatan mata keliling;

- d. pelaksanaan pengobatan mata spesialistik secara masal;
- e. pelaksanaan pemulihan fungsi mata melalui koreksi optik dan rehabilitasi;
- f. pelaksanaan kegiatan penunjang kesehatan mata;
- g. pelaksanaan kegiatan pengamatan terhadap masalah kesehatan mata, gangguan penglihatan dan kebutaan;
- h. pelaksanaan upaya rujukan kesehatan mata;
- i. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan mata;
- j. pelaksanaan penelitian dan pengembangan teknologi tepat guna dalam bidang kesehatan mata dan
- k. pelaksanaan tugas lain sesuai dengan ketentuan peraturan Perundang-undangan.

2.1.3. Struktur Organisasi Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan

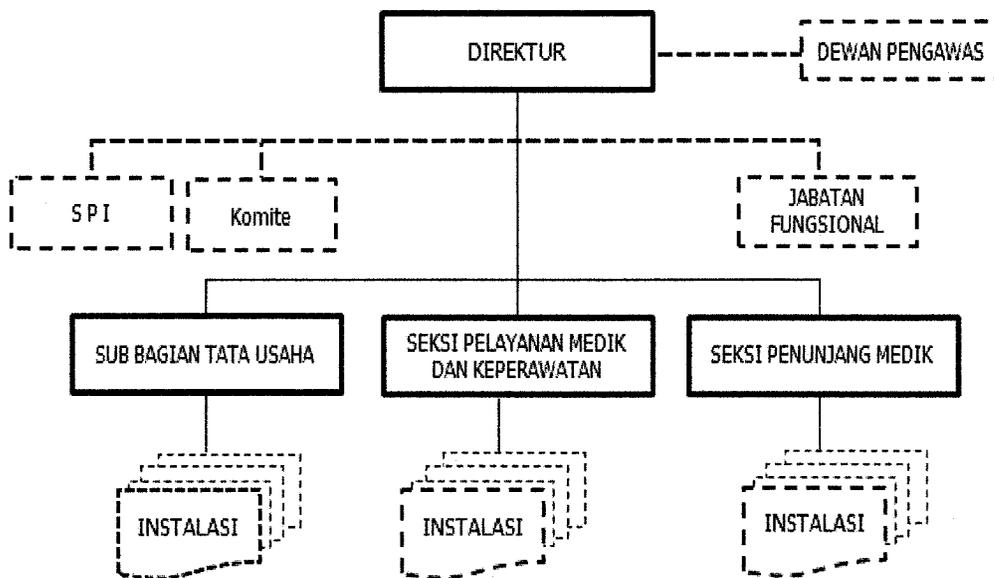
Struktur Organisasi Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan ditetapkan dengan Peraturan Gubernur yang menjadi salah satu dasar dalam mengatur operasional rumah sakit agar berjalan secara efektif dan efisien. Berikut disampaikan struktur organisasi sesuai dengan Peraturan Gubernur Sumatera Selatan Nomor 24 Tahun 2020 tentang Unit Pelaksana Teknis Dinas Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan

Pengembangan manajemen diarahkan pada pemantapan tata kerja sistem dan prosedur serta optimalisasi pelayanan. Untuk mengantisipasi pelaksanaan otonomi daerah dan globalisasi, semua kegiatan berdasarkan perencanaan yang mantap, dan adanya pengendalian yang berupa evaluasi perencanaan maupun kegiatan, baik kuantitas maupun kualitas baik melalui laporan berkala maupun dalam rapat tingkat instalasi maupun struktural sehingga tercapai pengembangan manajemen yang efektif.

Peningkatan manajemen dan tatalaksana meliputi peningkatan kinerja melalui pelaksanaan koordinasi, peningkatan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi, peningkatan pengendalian staf struktural dan fungsional, peningkatan jasa fungsional dan insentif, penyempurnaan pelayanan melalui penerapan Standar Mutu Pelayanan Rumah Sakit dan pelaksanaan pembelajaran dalam upaya meningkatkan kinerja baik unit struktural maupun fungsional.

Struktur Organisasi RS Khusus Mata berdasarkan Peraturan Gubernur Provinsi Sumatera Selatan Nomor 24 Tahun 2020 tentang Unit Pelaksana Teknis Dinas kesehatan Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan dengan susunan organisasi sebagai berikut:

Struktur Organisasi Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Selatan



2.2 Sumber Daya

Sumber Daya Manusia yang ada di lingkungan Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan terdapat dua jenis jabatan, yaitu jabatan struktural dan jabatan fungsional. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Provinsi Sumatera Selatan Nomor 24 Tahun 2020 tentang Unit Pelaksana Teknis Dinas kesehatan Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan. Berikut disampaikan jumlah pegawai di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2023.

Tabel 2.1
Jumlah Pegawai di Lingkungan RS. Khusus Mata Masyarakat Prov. Sumsel
Tahun 2023

| No | Jenis Tenaga Berdasarkan Status | Jumlah | % |
|----|---------------------------------|--------|-----|
| 1 | ASN | 112 | 66 |
| 2 | Non ASN | 57 | 34 |
| | Jumlah | 169 | 100 |

Sumber: Kepegawaian RS. Khusus Mata Masyarakat Prov. Sumsel

Berdasarkan Tabel 2.1 dapat diperoleh informasi bahwa dari jumlah pegawai di lingkungan Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan yaitu 169 orang, sebagian besar (66%) memiliki status sebagai pegawai Aparatur Sipil Negara yaitu sebanyak 112 orang. Terdapat 57 orang (34%) yang memiliki status sebagai Non ASN. Berikut disampaikan data ketenagaan di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan sesuai pelayanan Tahun 2023.

Tabel 2.2

Data Ketenagaan di RSKMM Prov. Sumsel sesuai Pelayanan Tahun 2023

| No | Jenis Tenaga | Jumlah | % |
|----|-------------------|--------|-----|
| 1 | Struktural | 4 | 2 |
| 2 | Dokter Spesialis | | |
| | - Mata | 9 | 6 |
| | - Penyakit Dalam | 2 | 1 |
| | - patologi Klinik | 1 | 1 |
| | - Anestesi | 1 | 1 |
| 3 | Dokter Umum | 9 | 5 |
| 4 | Paramedis | 63 | 38 |
| 5 | Penunjang Medis | 30 | 18 |
| 6 | Non Medis | 49 | 28 |
| | Jumlah | 169 | 100 |

Sumber : Kepegawaian RS. Khusus Mata Masyarakat Prov.Sumsel 2023

2.2.1 Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana merupakan salah satu sumber daya upaya pelaksanaan kinerja, adapun sarana dan prasarana Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan yaitu:

1. Bangunan Gedung

Terletak di pusat Ibu Kota Provinsi Sumatera Selatan dekat dengan pusat pemerintahan dan fasilitas gedung pemerintah yang lainnya. Memiliki luas tanah ±10.948 M² dengan luas bangunan (Perkantoran dan Pelayanan) Bangunan seluas 4.646M².

2. Alat Transportasi

Kendaraan Operasional yang dimiliki Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan berjumlah 11 Unit yang terdiri dari mobil Ambulance 3 Unit, 3 Unit Mobil Operasional dan 5 Unit kendaraan roda 2.

3. Jumlah Tempat Tidur

Jumlah tempat tidur yang tersedia di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2023 berjumlah 37 tempat tidur.

Tabel 2.3

Ruang Perawatan dan Jumlah Tempat Tidur
RSKMM Prov. Sumsel TA 2023

1. Jumlah Tempat Tidur Menurut Kelas

| No | Unit Ruang | Jumlah Tempat Tidur |
|----|--------------|---------------------|
| 1 | VVIP | 1 |
| 2 | VIP | 1 |
| 3 | I A | 3 |
| 4 | I B | 3 |
| 5 | I C | 2 |
| 6 | II A | 4 |
| 7 | II B | 3 |
| 8 | III Wanita | 6 |
| 9 | III Pria | 7 |
| | TOTAL | 30 |

2. Jumlah Tempat Tidur Non Kelas (Setara Kelas III)

| No | Unit Ruang | Jumlah Tempat Tidur |
|-------|------------|---------------------|
| 1 | Isolasi I | 1 |
| 2 | Isolasi II | 1 |
| 3 | Infeksi | 5 |
| TOTAL | | 7 |

Sumber: Keputusan Kepala RS. Khusus Mata Masyarakat Prov. Sumsel
Nomor : 188.4/0159/IX/RSKM/2022 tanggal 28 September 2022

2.2.2 Jenis Pelayanan

Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan sebagai Rumah Sakit Khusus Mata Kelas B, menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang meliputi :

1. Uni Gawat Darurat
2. Unit Rawat Jalan terdiri dari:
 - a. Poli Mata
 - b. Poli Pediatrik Oftalmologi & Strabismus
 - c. Poli Refraksi
 - d. Poli Lensa (Kornea & Bedah Refraktif)
 - d. Poli Vitreo-Retina
 - e. Poli Glaukoma
 - f. Poli Infeksi & Imunologi
 - g. Poli Neuro-Oftalmologi
 - h. Poli Rekonstruksi, Okuloplasti & Onkologi
 - i. Poli Penyakit Dalam
 - h. Poli VIP
3. Unit Rawat Inap;
4. Unit Kamar Operasi;
5. Unit Farmasi;
6. Unit Laboratorium;
7. Unit Gizi
8. Optik

2.2.3 Jenis Pelayanan Unggulan

1. Pelayanan Pediatrik-Oftalmologi & Strabismus
2. Pelayanan Vitreoretina
3. Pelayanan LASIK
4. Pelayanan Fakoemulsifikasi

2.3 Kinerja Pelayanan RS. Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan

Untuk menilai tingkat keberhasilan atau memberikan gambaran tentang keadaan pelayanan di rumah sakit biasanya dilihat dari berbagai segi yaitu tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, mutu pelayanan dan tingkat efisiensi pelayanan.

2.3.1 Data Keadaan BOR, LOS, GDR, NDR

1. *Bed Occupancy Ratio (BOR)* adalah presentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu. Angka ini didefinisikan sebagai ratio hari layanan rawat inap terhadap jumlah tempat tidur pada hari tersebut dan umumnya dinyatakan dalam persentase (%). Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60 – 85%. Berdasarkan evaluasi kegiatan rawat inap bulan Januari – Desember 2023, Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan memiliki nilai BOR 18%.
2. *Average Length Of Stay (ALOS)* yaitu rata-rata lama dirawat seorang pasien yang memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan. Rata-rata lama tinggal mencerminkan rata-rata lama dirawat seorang pasien yang sudah pulang selama periode yang dihitung. Secara umum nilai AvLOS yang ideal antara 6-9 hari.
Average Length Of Stay (AvLOS) Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan secara keseluruhan selama tahun 2023 adalah 2 hari.
3. *Bed Turn Over (BTO)* yaitu jumlah penggunaan rata-rata satu tempat tidur dalam satu periode. Angka ini menunjukkan efek bersih perubahan angka penggunaan tempat tidur dan lama dirawat, biasanya tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu (dalam periode 1 tahun). Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi pada pemakaian tempat tidur, ideal dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali. Selama satu tahun yaitu tahun 2023, Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan memiliki nilai BTO 3, artinya selama tahun 2023.
4. *Net Death Rate (NDR)* adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar, indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit, nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25/1000. Nilai NDR di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan dari seluruh ruang rawat inap yang ada adalah sebesar 0.
5. *Gross Death Rate (GDR)* adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar, nilai GDR sebaiknya tidak lebih 45/1000 penderita keluar. GDR di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan selama satu tahun menunjukkan angka 0.

Tabel 2.4
Laporan Indikator Pelayanan RS Khusus Mata Masyarakat Tahun 2023

| Indikator | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Jun | Jul | Agus | Sep | Okt | Nov | Des | TAHUNAN |
|----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|---------|
| BOR (%) | 20 | 19 | 17 | 10 | 20 | 20 | 15 | 20 | 20 | 20 | 23 | 18 | 18 |
| AVLOS(Hari) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| BTO(Kali) | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| TOI(Hari) | 8 | 9 | 9 | 17 | 8 | 10 | 11 | 8 | 7 | 8 | 6 | 9 | 9 |
| MDR (/ 1000 Pasien Keluar) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GDR (/ 1000 Pasien Keluar) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Sumber laporan rekam medik dan pelaporan RS. Khusus Mata Masyarakat Th 2023

2.1.1. Jumlah Pasien Rawat Inap

Distribusi jumlah pasien Rawat Inap RS. Khusus Mata Masyarakat Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2023 dapat dijelaskan tabel 2.5 .

Tabel 2.5

Distribusi Jumlah Pasien Rawat Inap RS Khusus Mata Masyarakat Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2023

| No | JENISKELAMIN | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Jun | Jul | Aggs | Sep | Okt | Nop | Des | Jumlah |
|----|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|--------|
| 1 | LAKI-LAKI | 68 | 48 | 54 | 34 | 67 | 36 | 49 | 64 | 61 | 64 | 69 | 48 | 662 |
| 2 | PEREMPUAN | 56 | 47 | 46 | 24 | 62 | 47 | 54 | 52 | 55 | 71 | 73 | 51 | 638 |
| | TOTAL | 124 | 95 | 100 | 58 | 129 | 83 | 103 | 116 | 116 | 135 | 142 | 99 | 1300 |

umber laporan rekam medik dan pelaporan RS. Khusus Mata Masyarakat Th 2023

Tabel 2.6

Distribusi Jumlah Pasien Rawat Inap RS Khusus Mata Masyarakat Berdasarkan Perjanjin Tahun2023

| No | Cara Bayar | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Jun | Jul | Ags | Sep | Okt | Nop | Des | Jumlah |
|----|--------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|
| 1 | UMUM | 35 | 15 | 30 | 25 | 19 | 25 | 23 | 17 | 33 | 29 | 32 | 32 | 315 |
| 2 | BPJS KETENAGA KERJAAN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 |
| 3 | PLN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 4 | BPJS | 101 | 121 | 160 | 118 | 77 | 176 | 124 | 95 | 155 | 188 | 179 | 208 | 1.702 |
| | TOTAL | 136 | 136 | 190 | 143 | 96 | 202 | 148 | 112 | 188 | 217 | 213 | 241 | 2.022 |

Sumber laporan rekam medik dan pelaporan RS. Khusus Mata Masyarakat Th 2023

2.1.2. Kunjungan Pasien Rawat Jalan

Jumlah Kunjungan pasien rawat jalan RS Khusus Mata Masyarakat sampai dengan Bulan Desember 2023 berdasarkan kunjungan baru dan lama adalah :

1. Jumlah kunjungan Baru adalah 12.847 orang;
2. Jumlah pasien perempuan adalah 13.107 orang.

Jadi total kunjungan pasien rawat jalan RS Khusus Mata Masyarakat dari bulan Januari sampai dengan bulan Desember tahun 2023 berjumlah 25.954 orang.

| NO | JENIS KUNJUNGAN | BULAN | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---------|------|----------|------|-------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | JANUARI | | FEBRUARI | | MARET | | APRIL | | MEI | | JUNI | | JULI | |
| | | BARU | LAMA | BARU | LAMA | BARU | LAMA | BARU | LAMA | BARU | LAMA | BARU | LAMA | BARU | LAMA |
| 1 | UMUM | 560 | 190 | 462 | 160 | 493 | 163 | 308 | 123 | 459 | 147 | 390 | 143 | 447 | 134 |
| 2 | DIJAMIN(PLN,BPJS KETENAGAKERJAA N, SUMSELBABEL, PERTAMINA) | 9 | 5 | 15 | 5 | 18 | 6 | 6 | 8 | 15 | 5 | 15 | 9 | 24 | 12 |
| 3 | BPJS | 387 | 747 | 459 | 786 | 526 | 796 | 303 | 618 | 618 | 800 | 485 | 795 | 667 | 898 |
| | JUMLAH | 956 | 942 | 936 | 951 | 1037 | 965 | 617 | 749 | 1092 | 952 | 890 | 947 | 1138 | 1044 |

| NO | JENIS KUNJUNGAN | BULAN | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---------|------|-----------|------|---------|------|----------|------|----------|------|--------|--------|--------|
| | | AGUSTUS | | SEPTEMBER | | OKTOBER | | NOVEMBER | | DESEMBER | | JUMLAH | | TOTAL |
| | | BARU | LAMA | BARU | LAMA | BARU | LAMA | BARU | LAMA | BARU | LAMA | BARU | LAMA | |
| 1 | UMUM | 484 | 136 | 361 | 141 | 360 | 126 | 433 | 150 | 433 | 211 | 5190 | 1824 | 7.014 |
| 2 | DIJAMIN(PLN,BPJS KETENAGAKERJAA N, SUMSELBABEL, PERTAMINA) | 36 | 29 | 42 | 18 | 45 | 12 | 18 | 26 | 28 | 62 | 271 | 197 | 468 |
| 3 | BPJS | 938 | 611 | 555 | 919 | 604 | 1039 | 1011 | 1294 | 833 | 1783 | 7386 | 11086 | 18.472 |
| | JUMLAH | 1458 | 776 | 958 | 1078 | 1009 | 1177 | 1462 | 1470 | 1294 | 2056 | 12.847 | 13.107 | 25.954 |

Tabel 2.8

Distribusi Jumlah Pasien Rawat Jalan RS. Khusus Mata Masyarakat Berdasarkan Penjamin Tahun 2023

| No | Cara Bayar | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Jun | Jul | Ags | Sep | Okt | Nop | Des | Jumlah |
|-------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 1 | UMUM | 750 | 622 | 656 | 431 | 606 | 533 | 581 | 620 | 502 | 486 | 583 | 644 | 7.014 |
| 2 | DIJAMIN(PLN,BPJS KETENAGAKERJAAN, SUMSELBABEL, PERTAMINA)DIJAMIN(PLN ,BPJS KETENAGAKERJAAN, SUMSELBABEL, PERTAMINA) | 14 | 20 | 24 | 14 | 20 | 24 | 36 | 65 | 60 | 57 | 44 | 90 | 468 |
| 3 | BPJS | 1134 | 1245 | 1322 | 921 | 1418 | 1280 | 1565 | 1549 | 1474 | 1643 | 2305 | 2616 | 18.472 |
| TOTAL | | 1.898 | 1.887 | 2.002 | 1.366 | 2.044 | 1.837 | 2.182 | 2.234 | 2.036 | 2.186 | 2.932 | 3.350 | 25.954 |

2.1.1. Data Kunjungan Per Poliklinik

Data kunjungan terbanyak adalah Poli Umum sebanyak 26.791 kunjungan, Poli Lensa 6.115 kunjungan, kunjungan UGD 5.462 kunjungan, Poli Penyakit Dalam 5.356 kunjungan, Poli Retina 4.265 kunjungan Poli VIP 4.195, Poli Infeksi Immunologi 4.142 kunjungan, Poli Refraksi 3.770, Poli Diagnostik 2.085, Poli Pediatrik 2.013, Poli Glaucoma 1.857 dan Neuro Optalmologi sebanyak 983 kunjungan.

| NO | POLIKLINIK | BULAN | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|----|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | | JAN | FEB | MAR | APR | MEI | JUNI | JULI | AGUS | SEPT | OKT | NOV | DES | |
| 1 | UMUM | 2.382 | 2371 | 2.536 | 1.508 | 2.265 | 1.874 | 2.845 | 3.065 | 2.593 | 2.943 | 1.877 | 532 | 26.791 |
| 2 | DIAGNOSTIK | 252 | 307 | 0 | 1 | 294 | 167 | 325 | 129 | 150 | 147 | 0 | 313 | 2.085 |
| 3 | POLI PENYAKIT DALAM | 426 | 364 | 399 | 178 | 753 | 1.144 | 301 | 366 | 325 | 372 | 419 | 309 | 5.356 |
| 4 | PEDIATRI | 193 | 168 | 172 | 399 | 60 | 64 | 188 | 210 | 182 | 231 | 115 | 31 | 2.013 |
| 5 | REFRAKSI | 282 | 411 | 422 | 56 | 143 | 108 | 516 | 490 | 418 | 497 | 209 | 218 | 3.770 |
| 6 | ONKOLOGI MATA, BEDAH PLASTIK & REKONSTRUKSI | 36 | 59 | 36 | 1 | 266 | 508 | 81 | 121 | 94 | 30 | 48 | 19 | 1.299 |
| 7 | RETINA | 400 | 347 | 421 | 116 | 388 | 313 | 394 | 404 | 375 | 382 | 446 | 279 | 4.265 |
| 8 | GLAUCOMA | 203 | 228 | 241 | 178 | 24 | 69 | 7 | 223 | 203 | 215 | 182 | 84 | 1.857 |
| 9 | INFEKSI & IMMUNOLOGI | 455 | 354 | 418 | 298 | 339 | 292 | 16 | 554 | 474 | 549 | 315 | 78 | 4.142 |
| 10 | LENSA | 105 | 846 | 802 | 13 | 142 | 133 | 31 | 1.029 | 811 | 887 | 668 | 648 | 6.115 |
| 11 | UGD | 105 | 128 | 141 | 241 | 2.265 | 1.874 | 146 | 154 | 133 | 123 | 71 | 81 | 5.462 |
| 12 | NEURO OPTALMOLOGI | 55 | 59 | 94 | 124 | 212 | 193 | 1 | 22 | 44 | 112 | 49 | 18 | 983 |
| 13 | POLI VIP | 300 | 239 | 250 | 1508 | 294 | 167 | 274 | 267 | 261 | 234 | 232 | 169 | 4.195 |
| | JUMLAH | 5.194 | 5.881 | 5.932 | 4.621 | 7.445 | 6.906 | 5.125 | 7.034 | 6.063 | 6.722 | 4.631 | 2.779 | 17.007 |

Sumber laporan rekam medik dan pelaporan RS. Khusus Mata Masyarakat Tahun 2023

2.1.3. Gambaran Kinerja Keuangan
Kinerja Aspek Keuangan RS Khusus Mata Masyarakat selama periode 2019-2023 dapat dilihat pada uraian
berikut:

Tabel 2.12

Realisasi Pendapatan RS. Khusus Mata Masyarakat Tahun 2019-
2023

| No | Tahun | Pagu BLUD | Realisasi | Lebih (Kurang) | % Realisasi |
|----|-------|-------------------|-------------------|---------------------|----------------|
| 1 | 2019 | 46.086.204.000,00 | 32.198.754.647,00 | (13.887.449.353,00) | 69,87 |
| 2 | 2020 | 23.706.772.927,00 | 19.025.237.526,00 | (4.681.535.401,00) | 80,25 |
| 3 | 2021 | 23.000.000.000,00 | 22.619.042.381,00 | (380.957.619,00) | 98,34 |
| 4 | 2022 | 30.000.000.000,00 | 34.058.571.105,00 | 4.058.571.105,00 | 113,53 |
| 5 | 2023 | 32.000.000.000,00 | 41.693.944.294,00 | 9.693.944.294,00 | 130,29 |

Sumber: laporan keuangan RS. Khusus Mata Masyarakat Th 2023

BAB III

PERNYATAAN VISI DAN MISI RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT PROVINSI SUMATERA SELATAN

3.1 Visi dan Misi

Visi adalah cara pandang jauh ke depan kemana RS Khusus Mata harus dibawa agar dapat eksis, antisipatif dan inovatif. Visi adalah suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang diinginkan oleh instansi pemerintah. Dengan memperhatikan situasi dan kondisi pada saat ini dan mengantisipasi perubahan dimasa yang akan datang.

Sejalan dengan perkembangan Provinsi Sumatera Selatan yang semakin pesat, maka sudah sepatutnya diimbangi dengan derajat kesehatan masyarakat Provinsi Sumatera Selatan yang semakin baik. Sebagai salah satu pelaksana upaya kesehatan masyarakat yang sedang berkembang, dengan didukung fasilitas kesehatan yang semakin canggih, modern dan lengkap maka Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat mempunyai visi untuk menjadi “Salah Satu Pusat Pelayanan Kesehatan Mata Terbaik di Indonesia”

Misi adalah merupakan suatu yang harus dilaksanakan agar tujuan organisasi dapat terlaksana dan berhasil dengan baik sesuai dengan visi yang telah ditetapkan. Dengan pernyataan misi tersebut diharapkan seluruh jajaran organisasi dan pihak lain yang berkepentingan dapat mengenal dan mengetahui keberadaan dan peran dari Rumah Sakit Khusus Mata. Misi menjelaskan mengapa organisasi itu ada, apa yang dilakukan, kapan dilakukan dan bagaimana cara melakukannya.

Perumusan misi organisasi harus memperhatikan dan menampung masukan dari pihak-pihak yang berkepentingan (stakeholders) dan memberikan peluang untuk perubahan sesuai dengan tuntutan perubahan lingkungan.

Misi RS Khusus Mata adalah:

1. Memberikan kepuasan kepada pelanggan (pasien) melalui pelayanan yang bermutu, profesional dan terjangkau.
2. Menjalin kerjasama lintas sektor dan swasta untuk meningkatkan peran serta aktif masyarakat dalam upaya pencegahan kebutaan dan gangguan penglihatan.
3. Melakukan perbaikan terus menerus sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
4. Menunjang tercapainya tujuan pendidikan profesi kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya.

3.2 Ukuran Keberhasilan

Untuk menilai keberhasilan pelaksanaan visi dan misi RS Khusus Mata selama 3 (tiga) tahun terakhir dari tahun 2021 s.d 2023 dapat diukur melalui tercapainya hal- hal sebagai berikut:

1. Perspektif Keuangan

Sasaran strategis yang akan dicapai Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan dalam perspektif keuangan adalah peningkatan pendapatan, peningkatan modal kerja RS, dan manajemen keuangan RS.

2. Perspektif Pelanggan

- 1) Terlaksananya peningkatan kepuasan pelanggan dan penyelenggara;
- 2) Terlayannya pasien dengan obat dan perbekalan obat yang berkualitas dan harga yang terjangkau;
- 3) Terlayannya pasien dengan makanan sesuai dengan diet yang dibutuhkan dengan indikatornya adalah terpenuhinya makanan pasien yang dirawat tiga kali sehari 100 %.
- 4) Mengoptimalkan fungsi rumah sakit sebagai pusat rujukan subspecialistik mata dengan cakupan kunjungan pasien.

3. Perspektif Proses Pelayanan Internal

- 1) Tercapainya kelancaran administrasi perkantoran yang baik dan akuntabel;
- 2) Terpenuhinya sarana dan peralatan gedung penunjang pelayanan dan terpeliharanya sarana dan prasarana rumah sakit untuk mencapai tingkat kepuasan pelanggan.

4. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

- 1) Meningkatnya mutu SDM dalam rangka peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dengan meningkatnya kualitas SDM melalui pelatihan dan pemberian kesejahteraan karyawan yang adil di semua strata;
- 2) Terpenuhinya kelengkapan sarana dan prasarana dalam rangka pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
- 3) Terciptanya rumah sakit sebagai Salah Satu Pusat Pelayanan Kesehatan Mata Terbaik di Indonesia adalah komitmen memanfaatkan fasilitas rumah sakit sebagai instalasi rawat inap, rawat jalan, Gawat Darurat, kamar operasi, laboratorium, farmasi, optik dll sesuai dengan Visi RS Khusus Mata Provinsi Sumatera Selatan;
- 4) Terpenuhinya layanan Subspecialistik Mata Rumah Sakit adalah dengan terjalinnya kerjasama dengan universitas untuk pemenuhan dokter Subspesialis Mata.

3.3 Nilai-Nilai (Values) yang Dianut RS Khusus Mata

Prinsip Dasar

1. Good corporate culture.
2. Pasien adalah pelanggan yang utama.

Nilai Budaya

1. Kepedulian.
2. Integritas dan Profesionalisme.
3. Kerjasama.
4. Penyempurnaan berkesinambungan.
5. Pembelajaran dan pengajaran.

BAB IV
STRATEGI RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT
PROVINSI SUMATERA SELATAN

4.1 Analisis Lingkungan Bisnis

Pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah berusaha menjawab banyaknya tantangan internal maupun eksternal yang dihadapi rumah sakit milik pemerintah pada umumnya dan RS Khusus Mata Masyarakat pada khususnya. globalisasi pelayanan kesehatan, memberikan tekanan dan tantangan provider pelayanan kesehatan untuk semakin materialistis. Kondisi tersebut mendorong persaingan khususnya rumah sakit swasta menerapkan manajemen modern yang berorientasi pada profit, sebagai akibat mahalnya biaya operasi rumah sakit yang terus mengikuti harga pasar. Setidaknya rumah sakit pemerintah lebih diuntungkan, karena sebagian anggaran belanja rumah sakit masih ditopang dari subsidi pemerintah.

Suatu perencanaan yang baik selalu didasarkan pada kondisi obyektif lingkungan sebagai bahan evaluasi untuk proyeksi rencana tindak. Sampai sejauh mana pengaruh lingkungan bisnis terhadap kinerja, agresivitas, pertumbuhan, daya saing dan budaya kerja pada RS Khusus Mata Masyarakat maka akan diuraikan analisa lingkungan internal dan eksternal sebagai berikut:

1. Analisa Lingkungan Internal

1) Perspektif Keuangan

Kinerja keuangan adalah gambaran posisi keuangan rumah sakit baik dari sumber pendanaan maupun pembiayaan. Dalam mengukur perspektif keuangan digunakan 3 indikator yaitu:

a. Sales Growth Rate (SGR)

Indikator digunakan untuk mengukur kemampuan rumah sakit menggali pendapatan fungsional dari jasa layanan kesehatan. Berdasarkan data 3 (tiga) tahun terakhir, tingkat pertumbuhan pendapatan fungsional RS Khusus Mata Masyarakat rata-rata sebesar 74,05 % dan menunjukkan tren peningkatan dari tahun ke tahun. Hal tersebut disebabkan adanya peningkatan penerimaan pembayaran dari peningkatan jumlah kunjungan pasien dan peningkatan jenis pelayanan rumah sakit.

Perkembangan pendapatan RS Khusus Mata Masyarakat selama 2021-2023 dapat dilihat sebagai berikut :

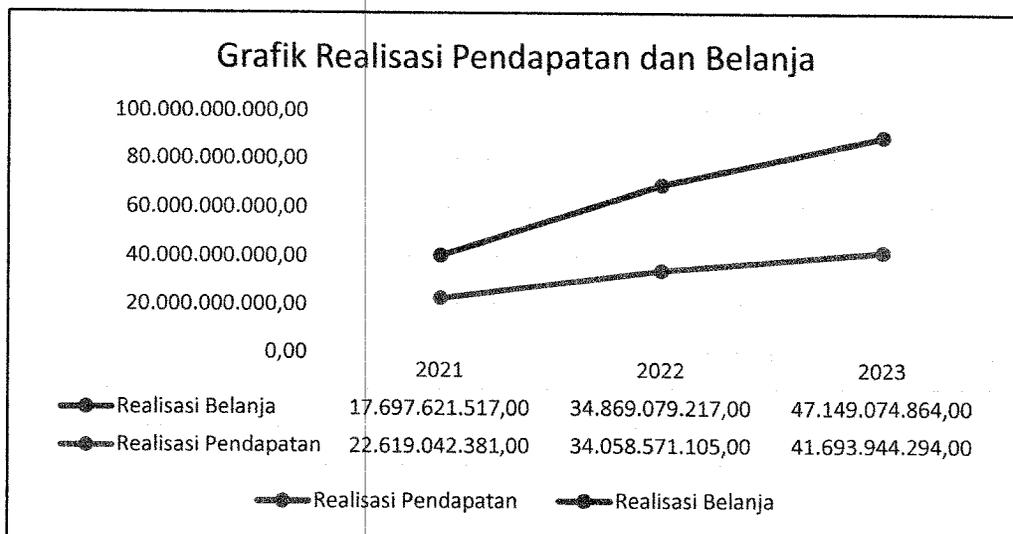
| Tahun | Realisasi Pendapatan | SGR |
|-------|----------------------|--------|
| 2020 | 22.619.042.381,00 | - |
| 2021 | 34.058.571.105,00 | 66,41% |
| 2022 | 41.693.944.294,00 | 81,69% |
| | Rata- Rata | 74,05% |

b. Cost Recovery Ratio (CRR)

Indikator ini digunakan untuk mengukur sampai sejauh mana kemampuan Rumah Sakit menutupi biayanya (belanja operasional) dengan penghasilan yang mereka dapatkan. Berdasarkan data historis 3 (tiga) tahun terakhir menunjukkan kondisi yang cukup sehat. Rata-rata 104,64% biaya operasional rumah sakit dapat ditutupi dari hasil pendapatan fungsional. Perkembangan kemampuan pembiayaan operasional Rumah sakit dapat di lihat dari tabel sebagai berikut :

| Tahun | Realisasi Pendapatan | Realisasi Belanja Operasional | CRR |
|-------|----------------------|-------------------------------|---------|
| 2021 | 22.619.042.381,00 | 17.697.621.517,00 | 127,81% |
| 2022 | 34.058.571.105,00 | 34.869.079.217,00 | 97,68% |
| 2023 | 41.693.944.294,00 | 47.149.074.864,00 | 88,43% |
| | | Rata-rata | 104,64% |

Rumah sakit dikatakan memiliki kinerja keuangan paling bagus bila capaian CRR diatas 100%. Rumah Sakit Khusus Mata dalam 3 (tiga) tahun rata-rata capaian CRRnya 104,64%, hal ini dapat dikatakan kinerja keuangannya bagus. Dapat juga dilihat dari Grafik realisasi pendapatan dan realisasi belanja operasionalnya:

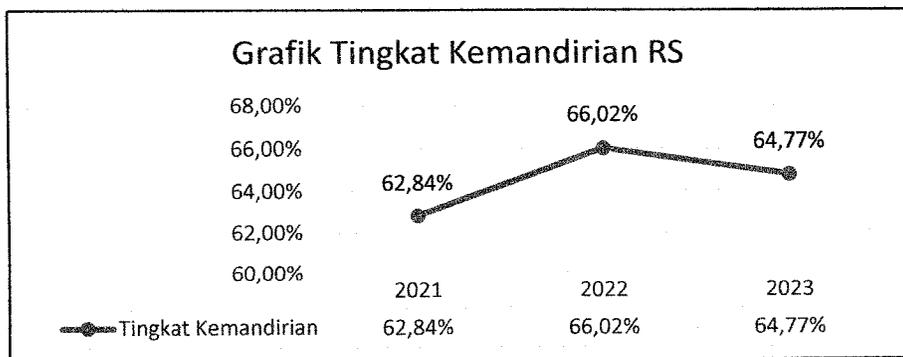


c. Tingkat Kemandirian Keuangan Rumah Sakit

Indikator ini untuk mengukur sampai sejauh mana kontribusi pendapatan fungsional terhadap total belanja. Berdasarkan data historis 3 (tiga) tahun terakhir indikator ini menunjukkan masih perlunya Rumah Sakit Khusus Mata mendapatkan subsidi dari Pemerintah Provinsi. Rata-rata Tingkat Kemandirian Rumah Sakit 64,54% dari total belanja rumah sakit dibiayai dari pendapatan pelayanan. Kemampuan kemandirian keuangan rumah sakit dapat dilihat dari tabel sebagai berikut :

| Tahun | Realisasi Pendapatan | Realisasi Total Belanja | Tingkat Kemandirian |
|-----------------|----------------------|-------------------------|---------------------|
| 2021 | 22.619.042.381,00 | 35.993.976.378,00 | 62,84% |
| 2022 | 34.058.571.105,00 | 51.589.039.685,00 | 66,02% |
| 2023 | 41.693.944.294,00 | 64.368.277.043,00 | 64,77% |
| Rata-rata | | | 64,54% |

Rumah sakit dikatakan memiliki kinerja keuangan paling bagus bila capaian Tingkat Kemandirian diatas 100%. Menggantungkan belanja sepenuhnya pada pendapatan fungsional tanpa subsidi berpotensi menimbulkan lack of cash terutama pada awal tahun anggaran. Rumah Sakit tidak memiliki dana sama sekali untuk menyelenggarakan layanan kesehatan. Hal ini terjadi karena rumah sakit harus mengeluarkan biaya terlebih dahulu untuk menghasilkan pendapatan, dan akan semakin terpuruk lagi karena kebanyakan pendapatan rumah sakit bertumpu pada klaim asuransi (misalnya BPJS) yang memerlukan durasi tertentu sampai dicairkannya klaim piutang tersebut. Hal ini dapat juga dilihat dari grafik kemandirian Rumah Sakit dibawah ini:



Belanja operasional diproyeksikan masih cukup dominan untuk lima tahun ke depan yang memungkinkan untuk dibiayai secara mandiri oleh rumah sakit dan dimungkinkan pemerintah masih terus mengucurkan dana untuk mendukung program penguatan kapasitas infrastruktur sesuai dengan pesatnya perkembangan teknologi kedokteran dan perkembangan jenis penyakit.

2) Perspektif Pelanggan

Salah satu indikator kinerja pelayanan Perspektif Pelanggan adalah bagaimana memperoleh gambaran dari perilaku pelanggan. Terdapat indikator-indikator yang dapat menunjukkan perilaku pelanggan yaitu :

Cakupan kunjungan pasien: Perkembangan selama 3 (tiga) tahun terakhir (2021-2023) menunjukkan peningkatan jumlah kunjungan.

| No. | Tahun | Rawat jalan | Rawat Inap | Jumlah |
|-----|-----------|-------------|------------|--------|
| 1 | 2021 | 18.984 | 651 | 19.635 |
| 2 | 2022 | 18.984 | 1.023 | 20.007 |
| 3 | 2023 | 25.954 | 1.299 | 27.253 |
| | Rata-rata | 21.307 | 991 | 22.298 |

a. Komposisi jumlah kunjungan pasien dibagi dalam 2 klasifikasi sebagai berikut :

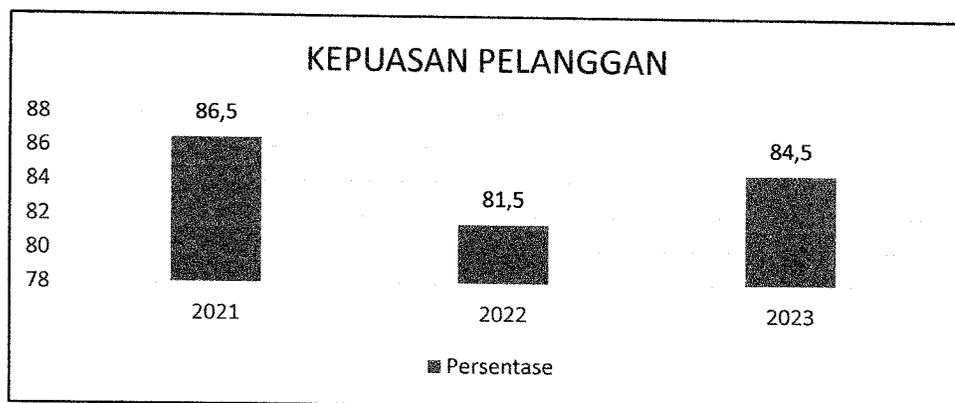
- Customer Acquisition indikator (kunjungan baru) ini digunakan untuk mengukur sampai sejauh mana minat 'pasien baru' menggunakan jasa layanan yang disediakan. Berdasarkan data historis 3 (tiga) tahun terakhir, rata-rata kunjungan pasien baru per tahun mencapai 10.319 pasien dengan jumlah kunjungan tertinggi pada tahun 2023 sebanyak 12.847 dan terendah pada tahun 2021 sebanyak 8.222 kunjungan.

| Pasien | 2021 | 2022 | 2023 | Rata-rata |
|------------------|--------|--------|--------|-----------|
| Baru | 8.222 | 9.887 | 12.847 | 10.319 |
| Lama | 8.023 | 9.651 | 13.107 | 10.260 |
| Jumlah | 16.245 | 19.538 | 25.954 | 20.579 |
| Rata-rata | 8.123 | 9.769 | 12.977 | 10.290 |

- Customer Loyalty (kunjungan ulang) ini bertujuan untuk mengukur sampai sejauh mana rumah sakit mampu mempertahankan pasien lama (kunjungan ulang) untuk menggunakan jasa layanan yang disediakan. Indikator ini berbanding terbalik dengan customer Acquisition. Berdasarkan data historis 3 (tiga) tahun terakhir rata-rata kunjungan pasien lama sebanyak 10.260 orang. Kunjungan pasien lama terendah terjadi pada tahun 2021 sebanyak 8.023 orang dan tertinggi pada tahun 2023 sebanyak 13.107 orang.

| Pasien | 2021 | 2022 | 2023 | Rata-rata |
|------------------|--------|--------|--------|-----------|
| Baru | 8.222 | 9.887 | 12.847 | 10.319 |
| Lama | 8.023 | 9.651 | 13.107 | 10.260 |
| Jumlah | 16.245 | 19.538 | 25.954 | 20.579 |
| Rata-rata | 8.123 | 9.769 | 12.977 | 10.290 |

Kepuasan pelanggan : Indikator ini untuk mengukur sampai sejauh mana kepuasan pasien terhadap layanan yang diberikan. Data kepuasan pelanggan selama 3 (tiga) tahun terakhir adalah: tahun 2021 sebesar 86,5 %, tahun 2022 sebesar 81,5 % dan tahun 2023 sebesar 84,5 %. Nilai survei Kepuasan Masyarakat di RS Khusus Mata masuk Kategori interval SKM antara 81,26 – 100 dengan kesimpulan bahwa mutu pelayanan adalah A (Sangat Baik).



- b. Laporan Akuntabilitas Publik. Indikator ini untuk mengukur kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Dari tahun 2021-2023 RS Khusus Mata Masyarakat melalui Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera selatan telah menerbitkan LAKIP (Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah).
 - c. Keluhan pasien: Indikator ini untuk mengukur sampai sejauh mana kepuasan pasien terhadap layanan yang diberikan. Dari Tahun 2021-2023 terdapat beberapa keluhan pasien melalui kotak saran dan pengaduan langsung, namun dapat diselesaikan dengan hasil yang memuaskan pada pasien.
- 3) Perspektif Proses Pelayanan Internal
- Kinerja pelayanan juga dapat diukur dari aspek teknis yang diharapkan dari tujuan mutu pelayanan medis, penunjang medis dan non medis yang meliputi:
- a) Pelayanan Administrasi;

Kinerja pelayanan juga dapat diukur dari aspek teknis yang diharapkan dari tujuan mutu pelayanan medis, penunjang medis dan non medis yang meliputi:

(1) Pelayanan Administrasi

Dari hasil pengukuran terhadap beberapa indikator pada tahun 2021 sampai 2023 adalah sebagai berikut :

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Tindaklanjut Hasil Rapat Manajemen | 100% | 100% | 100% |
| Ketepatan waktu pengurusan kenaikan Pangkat | 100% | 100% | 100% |
| Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala | 100% | 100% | 100% |
| Pegawai mendapat pelatihan minimal 20 jam Pertahun | 5,4 % | 85,5 | 37 % |
| Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100% | 100% | 100% |
| Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | 30 menit | 20 menit | 15 menit |
| Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu | 100 % | 100 % | 100 % |
| Tidak ada keharusan membayar uang muka di pelayanan gawat darurat | 100% | 100% | 100% |
| Ketepatan buka pelayanan sesuai ketentuan | 100% | 100% | 100% |

(2) Pelayanan Unit Gawat Darurat

Dari hasil pengukuran terhadap beberapa indikator pada tahun 2021-2023 dengan hasil sebagai berikut :

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa | 100 % | 100 % | 100 % |
| Jam buka pelayanan 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam |
| Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD yang masih berlaku | 100 % | 100 % | 100 % |
| Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana | 1 tim | 1 tim | 1 tim |
| Waktu tanggap pelayanan Dokter di gawat darurat | < 5 Menit | < 5 Menit | < 5 Menit |

(3) Pelayanan Rawat Inap

Indikator kinerja pelayanan rawat inap dari tahun 2021-2023 adalah: kualitas fisik (quality of place) maupun mutu pelayanan (quality of services) dan standar pelayanan minimal dengan hasil sebagai berikut:

a. Quality of Place (kualitas fisik)

Terdapat 3 (tiga) indikator yang menggambarkan secara agregat kualitas fisik layanan rumah sakit yang dapat dilihat dalam tabel dibawah ini:

| Indikator | 2021 | 2022 | 2023 | Rata-rata |
|------------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| BOR | 10% | 13% | 18% | 14% |
| BTO | 14 kali | 23 kali | 34 kali | 24 kali |
| TOI | 23 hari | 14 hari | 9 hari | 14 hari |

- **Bed Occupation Ratio (BOR) :**

Indikator ini untuk mengukur tinggi rendahnya pemanfaatan tempat tidur. BOR terendah terjadi pada tahun 2021 sedangkan yang tinggi pada 2023 pada standar nasional yang berkisar antara 60-85 %. Rata-rata BOR selama 3 (tiga) tahun terakhir berkisar pada pencapaian 14%, dikarenakan terdapat ruang khusus infeksi yang berjumlah 5 TT dan 2 TT ruang Isolasi sementara kasus infeksi yang memerlukan ruang Isolasi bukan merupakan kasus terbesar di RS. Khusus Mata, namun BOR RS Khusus Mata Masyarakat cenderung mengalami peningkatan.

- **Bed Turn Over (BTO):**

Indikator ini untuk mengukur frekuensi pemakaian tempat tidur dalam satuan waktu. BTO tertinggi terjadi pada tahun 2023 dan terendah tahun 2021. Rata-rata BTO selama 3 (tiga) tahun adalah 34 kali dan masih dibawah standar nasional yang idealnya berkisar antara 40-50 kali.

- **Turn Over Interval (TOI):**

Indikator ini untuk mengukur rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati saat ke saat sampai terisi berikutnya. Rata-rata selama 3 (tiga) tahun terakhir tempat tidur tidak ditempati adalah 14 hari, berada pada dibawah standar nasional yang berkisar 1-3 hari. Selama 3 (tiga) tahun terakhir menunjukkan kondisi terendah terjadi pada tahun 2023 yaitu sebesar 9 hari dan kondisi terbaik tahun 2021 yaitu sebesar 23 hari.

Berdasarkan indikator-indikator kinerja di atas, quality of place RS Khusus Mata Masyarakat berada pada standar nasional dan bahkan BTO berada di standar nasional yang menunjukkan kualitas pengelolaan pelayanan rawat inap yang optimal.

b. Quality Of Service (kualiatas Layanan)

Kualitas layanan rumah sakit dapat digambarkan dengan daftar sebagai berikut:

| Tahun | GDR | NDR | ALOS | MMR | IMR |
|--------------|------------|------------|-------------|------------|------------|
| 2021 | 0 ‰ | 0 ‰ | 2 hari | 0/th | 0/th |
| 2022 | 0 ‰ | 0 ‰ | 2 hari | 0/th | 0/th |
| 2023 | 0 ‰ | 0 ‰ | 2 hari | 0/th | 0/th |
| Rata-rata | 0 ‰ | 0 ‰ | 2 hari | 0/th | 0/th |

- **Gross Death Rate/GDR (Angka kematian kasar):**
Untuk menilai angka kematian umum setelah dirawat untuk setiap 1000 pasien. Berdasarkan data historis rata-rata angka kematian kasar selama 3 (tiga) tahun adalah 0 per 1000 pasien. Angka pencapaian GDR dalam batas standar nasional kematian yang bisa ditolerir yaitu 45 per 1000 pasien.
- **Net Death Rate/NDR (Angka kematian bersih):**
Untuk menilai angka kematian diatas 48 jam setelah dirawat untuk setiap 1000 pasien. Berdasarkan data historis rata-rata angka kematian bersih selama 3 (tiga) tahun adalah 0 per 1000 pasien. Angka pencapaian NDR masih sesuai standar nasional yang seharusnya di bawah dari 25 per 1000 pasien
- **Angka Kematian Bayi/IMR:**
Untuk mengukur kematian bayi per tahun. Rata-rata selama 3 (tiga) tahun terakhir jumlah kematian bayi mencapai 0 per tahun.
- **Angka Kematian Persalinan (MMR) :**
Untuk mengukur kematian ibu melahirkan per tahun. Rata-rata selama 3 (tiga) tahun terakhir mencapai 0 ibu melahirkan per tahun.
- **Average Length Of Stay (Rata-rata Lama pasien dirawat)**
Lama pasien dirawat tahun 2021 - 2023 secara berurutan adalah 2 hr, sehingga rata-rata lamanya pasien dirawat dalam 3 (tiga) tahun terakhir selama 2 hr rawat yang masih berada dibawah Standar ALOS nasional 6-9 hari.

(4) Indikator Standar Pelayanan Minimal

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Penanggung Jawab Rawat Inap adalah Dokter | 100% | 100% | 100% |
| Jam Visite Dokter Spesialis 08.00 s.d 14.00 | 100% | 100% | 100% |
| Kejadian Infeksi Pasca Operasi | 0 % | 0 % | 0 % |
| Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian | 100% | 100% | 100% |

(5) Mutu Layanan Rawat Jalan dengan hasil pengukuran sebagai berikut :

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis adalah Dokter Spesialis | 100% | 100% | 100% |
| Jam Buka Pelayanan 07.00 s.d pasien selesai dilayani | 100% | 100% | 100% |
| Waktu Tunggu Pelayanan | < 60 menit | < 60 menit | < 60 menit |

(6) Mutu Layanan Bedah dengan hasil pengukuran sebagai berikut:

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Waktu Tunggu Operasi Elektif | 18.53 Jam | 0.01% | 0.3% |
| Kejadian Kematian di Meja Operasi | 0% | 0% | 0% |
| Tidak ada kejadian Operasi Salah Sisi | 100% | 100% | 100% |
| Tidak ada kejadian Operasi Salah orang | 100% | 100% | 100% |
| Tidak ada kejadian Salah tindak pada operasi | 100% | 100% | 100% |
| Tidak ada kejadian tertinggalnya benda Asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi | 100% | 100% | 100% |
| Komplikasi anastesi karena overdosis dan salah penempatan endotracheat tube | 0% | 0% | 0% |

(7) Mutu Layanan Patologi Klinik dengan hasil pengukuran kinerja sebagai berikut :

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|--------------|--------------|---------------|
| Pemberian Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik | Sesuai kelas | Sesuai kelas | Sesuai kelas |
| Pasilitas dan Peralatan | Sesuai kelas | Sesuai kelas | Sesuai kelas |
| Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik | < 120 Menit | < 120 Menit | < 120 Menit t |
| Tidak adanya kejadian tertukar Spesimen | 100% | 100% | 100% |

(8) Mutu Layanan Farmasi dengan hasil pengukuran kinerja sebagai berikut :

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Waktu tunggu pelayanan obat jadi | 0% | 0% | 0% |
| Waktu tunggu pelayanan obat racikan | 0% | 0% | 0% |
| Tidak ada kesalahan pemberian obat | 100% | 100% | 100% |
| Penulisan resep sesuai formularium | 98.17% | 74.70% | 99.97% |

(9) Mutu Layanan Gizi dengan hasil pengukuran kinerja sebagai berikut :

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | 87.36% | 100% | 100% |
| Sisa makanan yang tidak termakan pasien | 19 % | 4 % | - |
| Tidak ada kesalahan pemberian diet | 97.42 % | 96 % | 100 % |

(10) Mutu Layanan Rekam Medik dengan hasil pengukuran sebagai berikut :

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Kelengkapan pengisian rekam medik 2x 24 Setelah selesai pelayanan | 27.63 % | 22 % | 32,1% |
| Kelengkapan informed concern setelah mendapatkan informasi yang jelas | 7 % | 5 % | 0,33 % |
| Waktu penyediaan dokumen rekam medik Pelayanan rawat jalan | 20 menit | 18 menit | 17 menit |
| Waktu penyediaan dokumen rekam medik Pelayanan rawat inap | 20 menit | 18 menit | 16,65 menit |

(11) Mutu Pengolahan Limbah dengan hasil pengukuran sebagai berikut :

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Hasil Laboratorium Pemeriksaan Limbah Cair | 100 % | 100 % | 100 % |
| Pengelolaan Sampah padat infeksius sesuai SOP pengelolaan limbah padat | 100 % | 100 % | 100 % |

(12) Mutu Layanan Ambulance dengan hasil pengukuran sebagai berikut :

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Waktu buka pelayanan ambulance /kereta Jenazah | 24 jam | 24 jam | 24 jam |
| Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /kereta jenazah di RS Khusus Mata | < 30 menit | < 30 menit | < 30 menit |
| Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /kereta jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan | < 30 menit | < 30 menit | < 30 menit |

(13) Mutu Layanan laundry dengan hasil pengukuran sebagai berikut :

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Tidak ada kejadian linen yang hilang | 100% | 100% | 100 % |
| Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 100% | 100% | 100 % |

(14) Mutu Layanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit dengan hasil pengukuran sebagai berikut :

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | 100% | 100% | 100 % |
| Ketepatan waktu pemeliharaan alat (non medic) | 100% | 100% | 100 % |
| Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat | 100% | 80,39% | 91,19 % |

4) Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

Dalam pencapaian mutu layanan pada perspektif pertumbuhan dan pembelajaran dibutuhkan upaya manajemen dalam penyediaan sumber daya pelayanan baik dari aspek pelayanan, aspek sumber daya manusia, infrastruktur, sistem dan prosedur. Dalam perspektif ini terdapat:

a) Pengembangan dan Penataan Organisasi / Kelembagaan

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|------|------|------|
| Prosedur kerja yang sudah ada dibandingkan yang seharusnya ada | 100% | 100% | 100% |
| Peningkatan kelas rumah sakit | B | B | B |

b) Ketersediaan SDM

Jumlah keseluruhan tenaga kerja di RS. Khusus Mata pada tahun 2023 sebanyak 169 orang, sebagian besar (66%) memiliki status sebagai pegawai Aparatur Sipil Negara yaitu sebanyak 112 orang. Terdapat 57 orang (34%) yang memiliki status sebagai Non ASN. Berikut disampaikan data ketenagaan di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan sesuai pelayanan Tahun 2023, adapun perkembangan komposisi tenaga selama 3 (tiga) tahun terakhir adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2

Data Ketenagaan di RSKMM Prov. Sumsel sesuai Pelayanan Tahun 2023

| No | Jenis Tenaga | 2021 | 2022 | 2023 |
|----|-------------------|------|------|------|
| 1 | Struktural | 4 | 4 | 4 |
| 2 | Dokter Spesialis | | | |
| | - Mata | 9 | 9 | 9 |
| | - Penyakit Dalam | 2 | 2 | 2 |
| | - patologi Klinik | 1 | 1 | 1 |
| | - Anestesi | 1 | 1 | 1 |
| 3 | Dokter Umum | 9 | 9 | 9 |
| 4 | Paramedis | 63 | 63 | 63 |
| 5 | Penunjang Medis | 32 | 32 | 30 |
| 6 | Non Medis | 51 | 50 | 49 |
| | Jumlah | 172 | 173 | 169 |

c) Komitmen SDM

Unsur pengukuran kinerja pada perspektif pertumbuhan dan pembelajaran adalah komitmen SDM. Komitmen tersebut diukur dari seberapa jauh petugas pelayanan memanfaatkan sumber daya yang ada untuk pelayanan klinik kedokteran melalui aktivitas-aktivitas sebagai berikut :

- a. Diagnosa : Komitmen petugas pelayanan diukur dari sejauh mana setiap aktivitas diagnosa didukung dengan pemanfaatan peralatan, ruangan dan tenaga penunjang medis yang dimiliki rumah sakit. Pemanfaatan peralatan, ruangan dan tenaga penunjang diagnosa meliputi laboratorium, penunjang diagnostik dan farmasi. Hasil pengukuran kinerja tahun 2021 - 2023 adalah sebagai berikut :

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pemanfaatan Instalasi Laboratorium | 100 % | 100 % | 100 % |
| Pemanfaatan Penunjang Diagnostik | 100 % | 100 % | 100 % |
| Pemanfaatan Instalasi Farmasi | 100 % | 100 % | 100 % |

- b. Tindakan : Komitmen petugas pelayanan berkaitan dengan aktivitas tindakan medis berupa pemanfaatan ruangan rawat inap dan ruangan operasi rumah sakit oleh petugas pelayanan atas hasil diagnosis dari rawat jalan dan rawat darurat. Hasil pengukuran kinerja tahun 2021-2023 adalah sebagai berikut :

| Hasil Pengukuran Kinerja | 2021 | 2022 | 2023 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pemanfaatan Alat-alat Operasi Mata | 100 % | 100 % | 100 % |
| Pemanfaatan Instalasi Rawat Inap | 100 % | 100 % | 100 % |
| Pemanfaatan Instalasi Bedah | 100 % | 100 % | 100 % |

- c. Terapi : Komitmen petugas pelayanan berkaitan dengan aktivitas terapi medis oleh petugas pelayanan atas hasil diagnosis dari rawat jalan, rawat darurat dan rawat Inap. Hasil pengukuran kinerja tahun 2021-2023 adalah 100%.
- d) Pengembangan dan Pemeliharaan Infrastruktur.

Unsur pengukuran kinerja pada perspektif pertumbuhan dan pembelajaran lainnya adalah kondisi infrastruktur. Dalam menilai kondisi infrastruktur digunakan 2 (dua) indikator yaitu peralatan medis dan gedung pelayanan:

- a. Peralatan Medis

Pengembangan dan pemeliharaan infrastruktur peralatan medis dapat diidentifikasi dari kelengkapan alat, jumlah alat yang telah dikalibrasi dan kualifikasi alat. Berdasarkan standar minimum yang harus ada rata-rata kelengkapan alat medis yang dimiliki rumah sakit pada tahun 2023 baru mencapai 78,6 % yang seluruhnya berkualifikasi baik. Alat medis yang memiliki sertifikat kalibrasi 49% dari yang wajib kalibrasi. Secara rinci pengembangan dan pemeliharaan infrastruktur dapat diilustrasikan pada tabel di bawah ini:

| Data Sarana | Data Prasarana | Data Alat Kesehatan | Kumulasi Kelengkapan |
|--------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 77.14% | 80.49% | 78.06% | 78.09% |

b. Gedung Pelayanan

Luas ruangan berdasarkan data tahun 2021 untuk seluruh bangunan adalah seluas 3.137,38 m², tanah 143.580 m². Sedangkan RS Khusus Mata Masyarakat masih membutuhkan bangunan untuk pengembangan pelayanan dan peningkatan status Rumah Sakit.

Dari hasil pengukuran kinerja 3 (tiga) tahun terakhir menunjukkan perspektif keuangan dan pelanggan adalah kekuatan rumah sakit. Berbagai penyebab perspektif tersebut menunjukkan kekuatan karena :

- a. Merupakan satu-satunya rumah sakit khusus mata yang dimiliki oleh Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan.
- b. Gedung Rumah Sakit sangat baik dan memadai serta berlokasi ditengah Kota Palembang dan mudah dijangkau
- c. RS Khusus Mata Masyarakat memiliki program pengembangan pelayanan Medis Subspesialistik Mata.
- d. Menjadi pusat rujukan Kesehatan Mata di Provinsi Sumatera Selatan
- e. Ruang rawat inap yang baik dan lengkap dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 37 T.T

Secara rinci, data-data pengukuran pada masing-masing perspektif merupakan obyek analisa. Dengan menggunakan skala ordinal dapat dipetakan Kekuatan atau kelemahan dengan hasil lingkungan internal pada titik ordinat positif atau merupakan kekuatan yang dimiliki Rumah sakit dengan skor 31 yang dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut :

Internal Factor (IFE) Matrix

| No | Perspektif / Obyek Analisis | Kekuatan | | | Kelemahan | | |
|-----------|--|----------|----------|-----------|-----------|-----------|----|
| | | 1 | 2 | 3 | -1 | -2 | -3 |
| I | Perspektif Keuangan | | | | | | |
| | a. Perkembangan Pertumbuhan pendapatan | | | 3 | | | |
| | b. Perkembangan Cost Recovery Ratio (CRR) | | | 3 | | | |
| | c. Perkembangan Tingkat kemandirian Rumah Sakit. | | | | | -2 | |
| | SKOR I | | | 6 | | -2 | |
| II | Perspektif Pelanggan | | | | | | |
| | a. Kunjungan pasien | | | | | | |
| | - Total Kunjungan Pasien | | | 3 | | | |
| | - Customer acquisition (Kunjungan Baru) | | | 3 | | | |
| | - Customer Loyalty (Kunjungan Lama) | | | 3 | | | |
| | - Kepuasan Pelanggan | | | 3 | | | |
| | b. Pasien Pulang Paksa | | | 3 | | | |
| | c. Laporan akuntabilitas publik | | 2 | | | | |
| | d. Keluhan Pasien | | | | | -1 | |
| | SKOR II | | 2 | 15 | -1 | | |

- c. Ekonomi yaitu dinilai dari tingkat atau komposisi masyarakat berdasarkan taraf hidup.
- d. Pasar (market) yaitu dinilai dari tingkat kebebasan usaha/persaingan berdasarkan ketentuan dalam bisnis rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya.

External Factor Evaluation (EFE) Matrix

| No | Obyek Analisis | Peluang | | | Ancaman | | |
|------------|---|-----------|----------|-----------|-----------|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | -1 | -2 | -3 |
| I | Kebutuhan Pelanggan terhadap Provider | | | | | | |
| | 1. Angka Kesakitan dan Kebutaan | | | 3 | | | |
| | 2. Jumlah kepesertaan asuransi kesehatan | | | 3 | | | |
| | 3. Kemampuan daya beli masyarakat | | 2 | | | | |
| | 4. Kebutuhan puskesmas dan RS Sebagai pusat rujukan | | | 3 | | | |
| | SKOR I | 2 | 9 | | | | |
| II | Kemampuan Pesaing | | | | -1 | | |
| | 1. Agresifitas pesaing | | | | -1 | | |
| | 2. Pertumbuhan provider perseorangan | | | | | | |
| | SKOR II | | | | -2 | | |
| III | Managemen Perubahan Rumah Sakit | | | | | | |
| | 1. Pengaruh Teknologi | | | 3 | | | |
| | 2. Pengaruh Tuntutan Mutu Layanan | | | | -1 | | |
| | 3. Ekonomi | | 2 | | | | |
| | 4. Pengaruh Kebijakan | | 2 | | | | |
| | SKOR III | 4 | 3 | -1 | | | |
| | TOTAL SKOR | 18 | | | -3 | | |

4.2 Kesimpulan Hasil Analisis SWOT

Dari hasil pengukuran kinerja 3 (tiga) tahun terakhir menunjukkan peta kekuatan rumah sakit karena :

1. Gedung Rumah Sakit sangat baik dan memadai;
2. Adanya program pengembangan pelayanan sub spesialis mata;
3. Rumah sakit memiliki tarif yang cukup bersaing dibandingkan rumah sakit swasta karena hampir seluruh biaya investasi masih ditanggung pemerintah Provinsi;
4. RS Khusus Mata Masyarakat merupakan Jejaring puskesmas dan Rumah Sakit Daerah /Kabupaten sebagai sumber rujukan;
5. Peralatan kedokteran yang canggih dan penggunaan teknologi kedokteran yang tepat dan unggul, khususnya peralatan kesehatan mata;
6. Adanya sistem insentive berdasarkan kinerja (Remunerasi);
7. Pelanggan rumah sakit terdiri atas seluruh lapisan masyarakat baik warga yang mampu dan tidak mampu yang pembiayaannya ditanggung oleh pemerintah.

Dilain pihak masih terdapat beberapa titik kelemahan rumah sakit yang disebabkan :

1. Jumlah tenaga medis sub spesialis mata masih kurang
2. Komitmen beberapa pegawai masih rendah.
3. Masalah dalam penentuan standar mutu pelayanan.
4. Belum optimalnya sistem pengembangan SDM.
5. Keramahan petugas rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang masih perlu ditingkatkan.

4.3 Posisi Rumah Sakit Khusus Mata

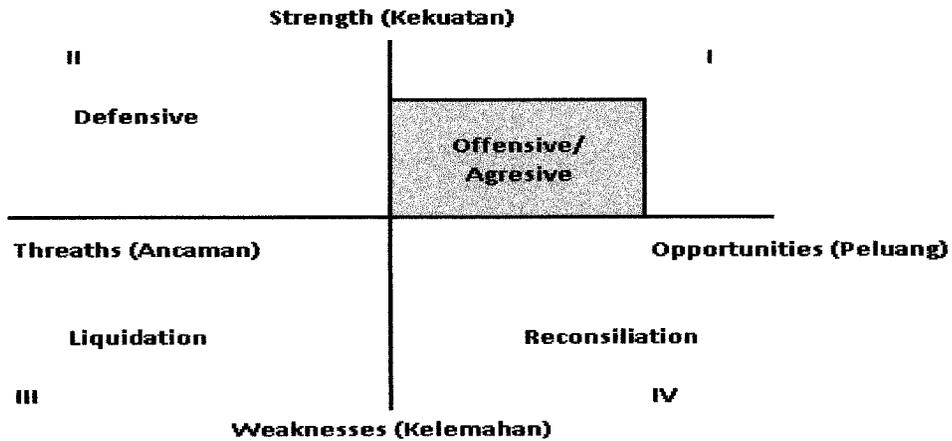
Dari hasil analisa lingkungan internal dan eksternal menunjukkan posisi rumah sakit sebagai berikut:

Nilai faktor internal adalah kekuatan (Strength) – kelemahan (weakness).

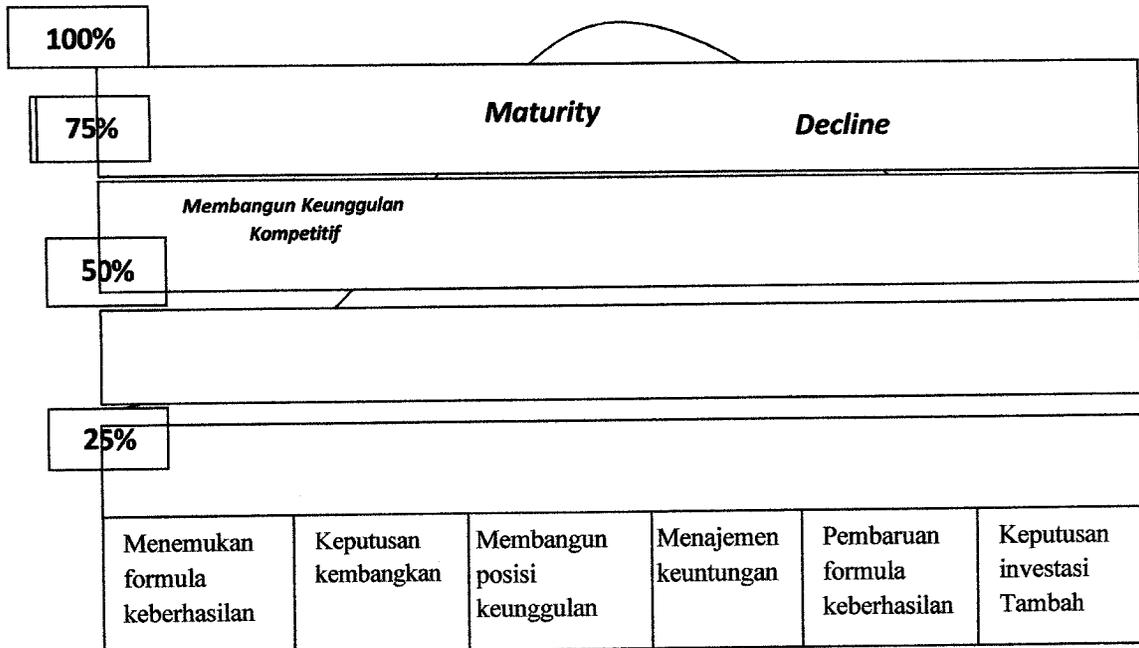
Pada tabel Internal Factor Evaluation (IFE) Matrix, nilai kekuatan 39 dan nilai kelemahan -8, maka didapat nilai faktor internal adalah $39 - 8 = 31$

Nilai faktor eksternal adalah Peluang (Opportunities) – ancaman (Threats) Pada tabel Eksterna Factor Evaluation (EFE) Matrix, nilai peluang 18 dan nilai ancaman -3, maka didapat nilai faktor eksternal adalah $18 - 3 = 15$

Didapat titik koordinatnya terletak pada angka (31;15) yaitu pada quadran I.



Sementara itu jika dilihat dari siklus bisnis organisasi pada dasarnya ada 4 fase yang berbeda dalam siklus hidup dari bisnis apapun, yaitu pertumbuhan, puncak, resesi dan penurunan maka posisi RS Khusus Mata Masyarakat berada pd fase pertumbuhan (growth and build).



Posisi siklus bisnis RS Khusus Mata Masyarakat yang terletak pada posisi Membangun Keunggulan Kompetitif (fase pertumbuhan), maka beberapa hal yang harus ditangani antara lain peningkatan permintaan, peningkatan pendapatan, kompetisi yang tinggi, iklan di internet, kebijakan baru dan penciptaan loyalitas pelanggan melalui strategi bisnis yang harus dilakukan adalah strategi intensif yang terdiri dari strategi *market penetration*, *market development* dan *product development*, dan juga strategi integratif yang terdiri dari *forward*, *backward* dan *horizontal integration*.

4.4 Critical Success Factors (Faktor Kunci Keberhasilan)

Dari hasil analisa SWOT menunjukkan persepsi pelanggan terhadap rumah sakit masih relatif baik. Persepsi tersebut didukung oleh Gedung Rumah Sakit sangat baik dan memadai, peralatan kedokteran yang canggih dan penggunaan teknologi kedokteran yang tepat dan unggul, khususnya peralatan kesehatan mata serta adanya program pengembangan pelayanan sub spesialisasi mata. Pelanggan rumah sakit terdiri atas seluruh lapisan masyarakat baik warga yang mampu dengan membayar tarif yang cukup bersaing dan tidak mampu yang pembiayaannya ditanggung oleh pemerintah. Dengan menggunakan Matrix TOWS dapat diuraikan faktor-faktor kunci keberhasilan sebagai berikut :

| | | Kekuatan | | Kelemahan |
|---|----|--|----|---|
| IF | 1. | Kondisi keuangan cukup sehat | 1. | Kualitas pelayanan masih belum optimal |
| AS | 2. | <i>Brand image</i> pelanggan cukup baik | 2. | Jumlah Dokter Spesialis masih kurang mencukupi |
| | 3. | Infrastruktur pelayanan cukup memadai | 3. | Kurangnya ruang pelayanan di seluruh sektor |
| EFAS | 4. | Ketersediaan sumber daya manusia yang profesional | 4. | Kelayakan alat medis masih belum optimal |
| Peluang | | Strategi SO | | Strategi WO |
| 1. Angka kesakitan dan kecelakaan yang cenderung naik. 2. Adanya jaringan puskesmas sebagai sumber rujukan | | 1. Memperkuat jejaring pemasaran melalui puskesmas dengan memanfaatkan tenaga ahli rumah sakit. 2. Menjalinkan hubungan dengan perusahaan-perusahaan untuk menjadi provider pelayanan kesehatan kepesertaan asuransi jaminan keselamatan kerja. | | 1. Merehabilitasi prasarana fisik dan peralatan 2. Mengalokasikan sumber daya keuangan yang berorientasi pada perbaikan mutu pelayanan |

| | | |
|---|--|--|
| <p>3. Kemampuan daya beli masyarakat meningkat</p> <p>4. Makin meningkatnya kepersertaan asuransi Kesehatan</p> <p>5. Tenaga keperawatan yg mencukupi</p> | | |
| <p>Ancaman</p> <p>1. Tuntutan peningkatan mutu layanan</p> <p>2. Tekanan kebijakan pemerintah</p> <p>3. Perkembangan teknologi kedokteran</p> <p>4. Kurangnya dokter</p> | <p>Strategi ST</p> <p>1. Mengembangkan infrastruktur pelayanan yang memiliki potensi pasar dengan tetap Mempertimbangkan aspek sosial.</p> <p>2. Menerapkan fleksibilitas pengelolaan keuangan dengan prinsip-prinsip bisnis yang sehat dengan menerapkan sistem informasi berbasis IT.</p> | <p>Strategi WT</p> <p>1. Melakukan penataan kelembagaan yang berorientasi pada proses pelayanan kepada pasien .</p> <p>2. Menerapkan standar pelayanan yang bermutu tinggi sesuai dengan kaidah ilmu kedokteran klinik.</p> |

Berdasarkan Matrix TOWS dapat disimpulkan ada 8 delapan faktor kunci keberhasilan rumah sakit :

- a. Meningkatkan kualitas pelayanan dengan tetap memberikan pelayanan prima, sehingga kepuasan customer dapat terpenuhi.
- b. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia di semua strata secara merata dan tak lupa menambah kekurangan dokter spesialis.
- c. Mengoptimalkan unit bisnis strategik yang ada dan mengembangkan unit bisnis lainnya.
- d. Meningkatkan penghasilan rumah sakit dengan cara memasarkan rumah sakit dengan proaktif dan berkesinambungan disertai pengelolaan keuangan yang efisien dan efektif.
- e. Meningkatkan citra sebagai lembaga pemerintah dengan tetap menjaga kode etik dan profesi serta disiplin.
- f. Meningkatkan kesejahteraan pegawai dengan tidak melanggar aturan-aturan kepegawaian yang berlaku.
- g. Menjadi provider pelayanan kesehatan kepesertaan asuransi jaminan keselamatan kerja.

4.5 Inisiatif dan Sasaran Strategis

1. Kebijakan Dasar

- a. Perbaiki mutu pelayanan
- b. Perbaiki manajemen sumber daya manusia
- c. Penataan kelembagaan (struktur dan sistem)
- d. Pemantapan nilai-nilai dasar menjadi budaya organisasi
- e. Penataan sistem akuntansi keuangan
- f. Pengendalian biaya dan struktur anggaran
- g. Perbaiki manajemen logistik medik dan non medik
- h. Pengembangan aliansi strategis.

2. Sasaran Strategis

Untuk mencapai visi rumah sakit, dirumuskan formulasi strategis yang lebih konkrit, tajam dan terukur berupa sasaran strategis (strategic objective) dalam kurun waktu tahun 2019 – 2023. Sasaran strategis tersebut disusun berdasarkan 4 (empat) perspektif, sebagai berikut :

a. Perspektif Keuangan

Sasaran yang ingin dicapai oleh rumah sakit pada perspektif ini adalah meningkatnya akuntabilitas publik kepada stakeholder dengan target kinerja terwujudnya Sistem Informasi Rumah Sakit tentang akuntansi, aset, logistik, inventori dan kepegawaian.

b. Perspektif Pelanggan

Berdasarkan data historis kondisi pelanggan RS Khusus Mata Masyarakat menunjukkan posisi yang relatif menurun dilihat dari jumlah pasien baru dan tingginya kunjungan pasien lama. Namun terjadi peningkatan jumlah rawat inap selama 3 (tiga) tahun terakhir (2021-2023). Dalam 5 (lima) tahun ke depan (2024-2028) diharapkan kondisi dapat diperbaiki dengan menetapkan sasaran strategis yang dijabarkan dalam indikator sebagai berikut :

| Target Kinerja | |
|---------------------------|-----|
| Customer Acquisition | 90% |
| Indeks Kepuasan Pelanggan | 90% |

c. Perspektif Proses Pelayanan Internal

Pada perspektif ini menunjukkan kinerja yang relatif baik. Walaupun peralatan kesehatan rumah sakit belum ada yang dikalibrasi namun diharapkan dengan peningkatan kinerja pada perspektif pertumbuhan dan pembelajaran mampu memberikan kontribusi langsung pada kinerja perspektif ini.

Beberapa sasaran yang ditetapkan untuk keberhasilan arah bisnis rumah sakit adalah sebagai berikut :

- 1) Tercapainya kelancaran administrasi perkantoran yang baik dan akuntabel yaitu
 - a) Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 100%
 - b) Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala 100%
 - c) Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 100%
 - d) Tidak ada keharusan membayar uang muka di pelayanan gawat darurat 100%
 - e) Ketepatan buka pelayanan sesuai ketentuan 100%
 - 2) Terpenuhi dan terpeliharanya sarana dan prasarana rumah sakit untuk mencapai tingkat kepuasan pelanggan dengan target kinerja :
 - a) Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 100%
 - b) Ketepatan waktu pemeliharaan alat (non medik) 100%
4. Pesektif Pertumbuhan dan Pembelajaran
- Perspektif ini berkaitan pengembangan SDM, dan pengembangan infrastruktur. Beberapa sasaran yang hendak dicapai rumah sakit adalah sebagai berikut :
- a. Meningkatnya mutu SDM dalam rangka peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dengan target kinerja meningkatnya kualitas SDM di semua strata secara merata sebesar 20%.
 - b. Terpenuhinya kelengkapan sarana dan prasarana dalam rangka pencapaian Standar Pelayanan Minimal dengan target kinerja :
 - 1) Meningkatnya cakupan pelayanan instalasi rawat darurat sebesar 49,91%.
 - 2) Meningkatnya cakupan pelayanan Instalasi rawat Inap 96,41%
 - 3) Meningkatnya cakupan pelayanan instalasi rawat jalan 100%
 - 4) Mempertahankan BOR rumah sakit 60%
 - 5) Meningkatnya pendapatan rumah sakit 20%
 - c. Terciptanya rumah sakit sebagai pusat rujukan medis kabupaten adalah komitmen memanfaatkan fasilitas rumah sakit sebagai instalasi rawat inap, rawat jalan, laboratorium, farmasi, dll.
 - d. Terpenuhinya layanan spesialistik rumah sakit adalah dengan terjalannya kerjasama dengan universitas untuk pemenuhan dokter spesialis.

BAB V
TARGET PENDAPATAN DAN RENCANA KEBUTUHAN ANGGARAN

Proyeksi finansial pada kurun waktu tahun 2024-2028 mendatang, dari segi target pendapatan maupun rencana kebutuhan anggaran.

5.1 Target Pendapatan

Target pendapatan RS. Khusus Mata Masyarakat selama tahun 2024-2028 yang berasal dari jasa pelayanan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1

Target Pendapatan dan Pertumbuhan Pendapatan di RS. Khusus Mata Masyarakat Tahun 2024- 2028

| No | Indikator Keuangan | Tahun 2024 | Tahun 2025 | Tahun 2026 | Tahun 2027 | Tahun 2028 |
|----|------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1 | Target Pendapatan (Rp) | 30.500.000.000 | 33.550.000.000 | 36.905.000.000 | 40.595.500.000 | 44.655.050.000 |

Sedangkan untuk target pendapatan RS. Khusus Mata Masyarakat per masing-masing pelayanan untuk periode Tahun 2024 – 2028 dijelaskan pada tabel 5.2 pada halaman berikut.

Tabel 5.2

Target Pendapatan Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Tahun 2024 – 2028

| NO | URAIAN | TAHUN | | | | |
|----|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| 1 | Pendapatan Jasa Layanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) | 151.611.000 | 166.772.100 | 183.449.310 | 201.794.241 | 221.973.665 |
| 2 | Pendapatan Jasa Layanan Rawat Jalan | 14.842.902.000 | 16.327.192.200 | 17.959.911.420 | 19.755.902.562 | 21.731.492.818 |
| | - Pendapatan Jasa Layanan Rawat Jalan umum | 1.871.304.000 | 2.058.434.400 | 2.264.277.840 | 2.490.705.624 | 2.739.776.186 |
| | - Pendapatan Jasa Layanan Rawat Jalan BPJS | 12.971.598.000 | 14.268.757.800 | 15.695.633.580 | 17.265.196.938 | 18.991.716.632 |
| 3 | Pendapatan Jasa Layanan Rawat Inap | 10.409.258.000 | 11.450.183.800 | 12.595.202.180 | 13.854.722.398 | 15.240.194.638 |
| | - Pendapatan Jasa Layanan Rawat Inap umum | 111.976.000 | 123.173.600 | 135.490.960 | 149.040.056 | 163.944.062 |
| | - Pendapatan Jasa Layanan Rawat Inap BPJS | 10.297.282.000 | 11.327.010.200 | 12.459.711.220 | 13.705.682.342 | 15.076.250.576 |
| 4 | Pendapatan Jasa Layanan Instalasi Bedah Sentral & Recovery | 3.456.280.000 | 3.801.908.000 | 4.182.098.800 | 4.600.308.680 | 5.060.339.548 |
| 5 | Pendapatan Jasa Layanan Laboratorium | 146.574.000 | 161.231.400 | 177.354.540 | 195.089.994 | 214.598.993 |
| 6 | Pendapatan Jasa Layanan Farmasi | 588.800.000 | 647.680.000 | 712.448.000 | 783.692.800 | 862.062.080 |
| 7 | Pendapatan Jasa Layanan Lainnya | 60.200.000 | 66.220.000 | 72.842.000 | 80.126.200 | 88.138.820 |
| 8 | Pendapatan Usaha lainnya | 543.239.000 | 597.562.900 | 657.319.190 | 723.051.109 | 795.356.220 |
| 9 | Jasa giro | 301.136.000 | 331.249.600 | 364.374.560 | 400.812.016 | 440.893.218 |
| | JUMLAH | 30.500.000.000 | 33.550.000.000 | 36.905.000.000 | 40.595.500.000 | 44.655.050.000 |

Berikut disampaikan Proyeksi Neraca RS Khusus Mata Masyarakat per 31 Desember untuk periode 2024–2028.

Tabel 5.3

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA SELATAN
RS. KHUSUS MATA MASYARAKAT
PROYEKSI NERACA

Per 31 Desember 2024 sd Tahun 2028

(Dalam Rupiah)

| NO | URAIAN | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
|----|--|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 1 | ASET | | | | | |
| 2 | ASET LANCAR | | | | | |
| 3 | Kas pada BLUD | 11.351.734.622,0 0 | 9.620.435.103,00 | 7.452.384.901,00 | 6.101.559.601,00 | 5.303.909.323,00 |
| 4 | Kas di Bendahara Pengeluaran | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 5 | Kas Lainnya Setara Kas | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 6 | Investasi Jangka Pendek BLUD | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 7 | Piutang Dari Kegiatan Operasional BLUD | 3.289.306.922,67 | 4.052.678.601,17 | 4.816.050.279,67 | 4.816.050.279,67 | 5.579.421.958,17 |
| 8 | Piutang Dari Kegiatan Non Operasional BLUD | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 9 | Penyisihan Piutang Tidak Tertagih | (16.446.534,62) | (20.263.393,02) | (24.080.251,41) | (27.897.109,81) | (31.713.968,20) |
| 10 | Belanja dibayar dimuka | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 11 | Uang Muka Belanja | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 12 | Persediaan BLUD | 2.370.234.475,11 | 2.817.871.475,33 | 3.265.508.475,54 | 3.713.145.475,76 | 4.160.782.475,97 |
| 13 | JUMLAH ASET LANCAR (2 s.d 12) | 16.994.829.485,16 | 16.470.721.786,48 | 15.509.863.404,80 | 14.602.858.246,62 | 15.012.399.788,94 |
| 14 | | | | | | |
| 15 | INVESTASI JANGKA PANJANG | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 16 | Piutang Jangka Panjang | | | | | |
| 17 | Tagihan Penjualan Angsuran | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 18 | Tagihan Tuntutan Ganti Rugi | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 19 | Penyisihan Piutang Tidak Tertagih | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 20 | Piutang Jangka Panjang Lainnya | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 21 | JUMLAH Piutang Jangka Panjang (17 s. d 20) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 22 | Investasi Jangka Panjang | | | | | |
| 23 | Investasi Jangka Panjang | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 24 | JUMLAH Investasi Jangka Panjang (24) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 25 | | | | | | |
| 26 | JUMLAH INVESTASI JANGKA PANJANG (21 + 25) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 27 | | | | | | |
| 29 | ASET TETAP | | | | | |
| 30 | Tanah | 6.296.000.000,00 | 6.296.000.000,00 | 6.296.000.000,00 | 6.296.000.000,00 | 6.296.000.000,00 |
| 31 | Peralatan dan Mesin | 86.878.559.970,40 | 91.878.559.970,40 | 96.878.559.970,40 | 102.878.559.970,40 | 108.878.559.970,40 |
| 32 | Gedung dan Bangunan | 42.812.068.980,73 | 43.812.068.980,73 | 44.812.068.980,73 | 45.812.068.980,73 | 46.812.068.980,73 |
| 33 | Jalan, Irigasi, dan Jaringan | 86.686.600,00 | 86.686.600,00 | 86.686.600,00 | 86.686.600,00 | 86.686.600,00 |
| 34 | Aset Tetap Lainnya | 832.500,00 | 832.500,00 | 832.500,00 | 832.500,00 | 832.500,00 |
| 35 | Konstruksi Dalam Pengerjaan | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 36 | Akumulasi Penyusutan | (74.213.359.588,63) | (77.726.761.081,21) | (81.240.162.573,80) | (84.753.564.066,38) | (88.266.965.558,97) |
| 37 | JUMLAH ASET TETAP (30 s. d 36) | 61.860.788.462,50 | 64.347.386.969,92 | 66.833.985.477,33 | 70.320.583.984,75 | 73.807.182.492,16 |

| | | | | | | |
|----|------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 38 | | | | | | |
| 39 | DANA CADANGAN | | | | | |
| 40 | Dana Cadangan | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 41 | JUMLAH DANA CADANGAN (40) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 42 | | | | | | |
| 43 | ASET LAINNYA | | | | | |
| 44 | Kemitraan dengan Pihak Ketiga | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 45 | Dana Kelolaan | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 46 | Aset yang dibatasi penggunaannya | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 47 | Aset Tidak Berwujud | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 48 | Aset Lain-lain | 3.474.545.000,00 | 3.474.545.000,00 | 3.474.545.000,00 | 3.474.545.000,00 | 3.474.545.000,00 |
| 49 | Akumulasi amortisasi | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 50 | JUMLAH ASET LAINNYA (44 s.d 49) | 3.474.545.000,00 | 3.474.545.000,00 | 3.474.545.000,00 | 3.474.545.000,00 | 3.474.545.000,00 |
| 51 | | | | | | |
| 52 | JUMLAH ASET (13 + 27 + 37 + 50) | 82.330.162.947,66 | 84.292.653.756,40 | 85.818.393.882,13 | 88.397.987.231,37 | 92.294.127.281,10 |
| 53 | | | | | | |
| 54 | KEWAJIBAN | | | | | |
| 55 | KEWAJIBAN JANGKA PENDEK | | | | | |
| 56 | Utang Pihak Ketiga | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 57 | Utang Usaha | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 58 | Utang Pajak | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 59 | Utang kepada KUD | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 60 | Belanja yang masih harus dibayar | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 61 | Utang Jangka Pendek Lainnya | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 62 | Pendapatan Diterima Dimuka | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 63 | Bagian Lancar Utang Jangka Panjang | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| | | | | | | |
|----|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 64 | JUMLAH KEWAJIBAN JANGKA PENDEK (56 + 63) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 65 | KEWAJIBAN JANGKA PANJANG | | | | | |
| 66 | Utang Jangka Panjang | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 67 | JUMLAH KEWAJIBAN JANGKA PANJANG (67) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 68 | JUMLAH KEWAJIBAN (64 + 68) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 70 | EKUITAS | | | | | |
| 71 | EKUITAS | 82.330.162.947,6 | 84.292.653.756,4 | 85.818.393.882,1 | 88.397.987.231,3 | 92.294.127.281,1 |
| 72 | EKUITAS | 6 | 0 | 3 | 7 | 0 |
| 73 | JUMLAH EKUITAS (73) | 82.330.162.947,6 | 84.292.653.756,4 | 85.818.393.882,1 | 88.397.987.231,3 | 92.294.127.281,1 |
| 74 | JUMLAH EKUITAS (73) | 6 | 0 | 3 | 7 | 0 |
| 75 | JUMLAH KEWAJIBAN DAN | | | | | |
| 76 | EKUITAS DANA (70 + 74) | 82.330.162.947,6 | 84.292.653.756,4 | 85.818.393.882,1 | 88.397.987.231,3 | 92.294.127.281,1 |
| | | 6 | 0 | 3 | 7 | 0 |

Sumber: Laporan Keuangan RS. Khusus Mata Masyarakat th 2023

Tabel 5.4

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA SELATAN
RS. KHUSUS MATA MASYARAKAT
PROYEKSI EKUITAS
 Per 31 Desember 2024 s.d Tahun 2028

| NO | URAIAN | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
|----|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 1 | Arus Kas dari Aktivitas Operasi | | | | | |
| 2 | Arus Kas Masuk | | | | | |
| 3 | Pendapatan jasa layanan dari masyarakat | 29.308.034.686,00 | 32.238.838.000,00 | 35.462.722.000,00 | 39.008.994.000,00 | 42.909.893.000,00 |
| 4 | Pendapatan hasil kerja sama | | | | | |
| 5 | Pendapatan usaha lainnya | 1.200.655.191,00 | 1.311.715.796,00 | 1.433.049.507,00 | 1.565.606.586,00 | 1.710.425.196,00 |
| 6 | Jumlah Arus Kas Masuk (3 s.d 5) | 30.508.689.877,00 | 33.550.553.796,00 | 36.895.771.507,00 | 40.574.600.586,00 | 44.620.318.196,00 |
| 7 | | | | | | |
| 8 | Arus Kas Keluar | | | | | |
| 9 | Belanja Pegawai | | | | | |
| 10 | Belanja Barang dan Jasa | 26.239.989.396,00 | 28.863.988.336,00 | 31.750.387.169,00 | 34.925.425.886,00 | 38.417.968.474,00 |
| 11 | Jumlah Arus Kas Keluar (9 s.d 10) | 26.239.989.396,00 | 28.863.988.336,00 | 31.750.387.169,00 | 34.925.425.886,00 | 38.417.968.474,00 |
| 12 | Arus Kas Bersih dari Aktivitas Operasi (6 - 11) | 4.268.700.481,00 | 4.686.565.460,00 | 5.145.384.338,00 | 5.649.174.700,00 | 6.202.349.722,00 |

| | | | | | | |
|----|--|------|------|------|------|------|
| 13 | Arus Kas dari | | | | | |
| 14 | Aktivitas | | | | | |
| | Investasi | | | | | |
| 15 | Arus Masuk Kas | | | | | |
| 16 | Penjualan atas Tanah | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 17 | Penjualan atas Peralatan dan Mesin | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 18 | Penjualan atas Gedung dan Bangunan | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 19 | Penjualan atas Jalan, Irigasi dan Jaringan | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 20 | Penjualan Aset Tetap Lainnya | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 21 | Penjualan Aset Lainnya | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 22 | Penerimaan dari Divestasi | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | Penerimaan Penjualan | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 23 | Investasi dalam Bentuk Sekuritas | | | | | |
| 24 | Jumlah Arus Masuk Kas (16 s.d 23) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 25 | | | | | | |
| 26 | <i>Arus Kas Keluar</i> | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 27 | Belanja Modal Tanah | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 28 | Belanja Modal Peralatan dan Mesin | 5.000.000.000,00 | 5.000.000.000,00 | 5.000.000.000,00 | 6.000.000.000,00 | 6.000.000.000,00 |
| 29 | Belanja Modal Gedung dan Bangunan | 1.000.000.000,00 | 1.000.000.000,00 | 1.000.000.000,00 | 1.000.000.000,00 | 1.000.000.000,00 |
| 30 | Belanja Modal Jalan, Irigasi dan Jaringan | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 31 | Belanja Modal Aset Tetap Lainnya | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 32 | Belanja Modal Aset Lainnya | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 33 | <i>Jumlah Arus Kas Keluar (27 s.d 32)</i> | 6.000.000.000,00 | 6.000.000.000,00 | 6.000.000.000,00 | 7.000.000.000,00 | 7.000.000.000,00 |
| 34 | Arus Kas Bersih dari Aktivitas Investasi (24 - 33) | (6.000.000.000,00) | (6.000.000.000,00) | (6.000.000.000,00) | (7.000.000.000,00) | (7.000.000.000,00) |
| 35 | Arus Kas dari Aktivitas Pendanaan | | | | | |
| 37 | <i>Arus Masuk Kas</i> | | | | | |
| 38 | Penerimaan Pinjaman | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 39 | Penerimaan Kembali Pinjaman kepada Pihak Lain | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 40 | Jumlah Arus | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| | | | | | | |
|----|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 41 | Masuk Kas (38 s.d 39) | | | | | |
| 42 | Arus Keluar Kas | | | | | |
| 43 | Pembayaran Pokok Pinjaman | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 44 | Pembelian Pinjaman kepada Pihak Lain | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 45 | Penyetoran ke Kas Daerah | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 46 | Jumlah Arus Keluar Kas (43 s.d 45) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 47 | Arus Kas Bersih dari Aktivitas Pendanaan (40 - 46) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 48 | Arus Kas dari Aktivitas Transitoris | | | | | |
| 49 | Arus Kas dari Aktivitas Transitoris | | | | | |
| 50 | Arus Kas Masuk | | | | | |
| 51 | Penerimaan Perhitungan Pihak Ketiga (PFK) | 2.282.800.000,00 | 2.511.080.000,00 | 2.762.188.000,00 | 3.038.407.000,00 | 3.342.248.000,00 |
| 52 | Jumlah Arus Kas Masuk (51) | 2.282.800.000,00 | 2.511.080.000,00 | 2.762.188.000,00 | 3.038.407.000,00 | 3.342.248.000,00 |
| 53 | Arus Kas Keluar | | | | | |
| 54 | Pengeluaran Perhitungan Pihak | 2.282.800.000,00 | 2.511.080.000,00 | 2.762.188.000,00 | 3.038.407.000,00 | 3.342.248.000,00 |

| | | | | | | |
|----|--|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|
| 55 | Ketiga (PFK) Jumlah Arus Kas Keluar (54) | 2.282.800.000,00 | 2.511.080.000,00 | 2.762.188.000,00 | 3.038.407.000,00 | 3.342.248.000,00 |
| 56 | Arus Kas Bersih dari Aktivitas Transitoris (52 - 55) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 57 | Kenaikan / (Penurunan) Kas | | | | | |
| 58 | (12 + 34 + 47 + 56) | (1.731.299.519,00) | (1.313.434.540,00) | (854.615.662,00) | (1.350.825.300,00) | (797.650.278,00) |
| 59 | Saldo Awal Kas di BLUD, Kas di Bendahara Pengeluaran & Kas di Bendahara Penerimaan | 11.351.734.622,00 | 9.620.435.103,00 | 8.307.000.563,00 | 7.452.384.901,00 | 6.101.559.601,00 |
| 60 | Saldo Akhir Kas di BUD, Kas di Bendahara Pengeluaran & Kas di Bendahara Penerimaan (58 + 59) | 9.620.435.103,00 | 8.307.000.563,00 | 7.452.384.901,00 | 6.101.559.601,00 | 5.303.909.323,00 |
| 62 | Saldo Akhir Kas (58 + 59) | 9.620.435.103,00 | 8.307.000.563,00 | 7.452.384.901,00 | 6.101.559.601,00 | 5.303.909.323,00 |

Tabel 5.5

**RENCANA KEBUTUHAN ANGGARAN APBD
dan BLUD RS. KHUSUS MATA MASYARAKAT
PROVINSI SUMATERA SELATAN
Tahun 2024 s.d 2028**

| No | URAIAN | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
|--------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.02.01.1.02.0001 | Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN | 15.409.151.000 | 15.685.097.000 | 16.519.278.000 | 17.436.877.000 | 18.446.236.000 |
| 5.01.01 | Belanja Pegawai | 15.409.151.000 | 15.685.097.000 | 16.519.278.000 | 17.436.877.000 | 18.446.236.000 |
| 5.1.01.01 | Belanja Gaji dan Tunjangan ASN | 7.583.457.000 | 8.341.803.000 | 9.175.984.000 | 10.093.583.000 | 11.102.942.000 |
| 5.1.01.02 | Belanja Tambahan Penghasilan ASN | 7.343.294.000 | 7.343.294.000 | 7.343.294.000 | 7.343.294.000 | 7.343.294.000 |
| 5.1.01.02.05 | Tambahan Penghasilan berdasarkan Prestasi Kerja ASN | 7.343.294.000 | 8.077.624.000 | 8.885.387.000 | 9.773.926.000 | 10.751.319.000 |
| 5.1.01.03 | Tambahan Penghasilan berdasarkan Pertimbangan Objektif Lainnya ASN | 482.400.000 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5.1.01.03.06 | Belanja Jasa Pelayanan Kesehatan bagi ASN | 150.000.000 | | | | |
| 5.1.01.03.07 | Belanja Honorarium | 332.400.000 | | | | |
| | Belanja Honorarium Penanggungjawaban Pengelola Keuangan | 217.800.000 | | | | |
| | Belanja Honorarium Pengadaan Barang/Jasa | 114.600.000 | | | | |

| | | | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.02.01.1.08.0004 Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor | | 1.787.796.200 | 1.787.796.000 | 1.787.796.000 | 1.787.796.000 | 1.787.796.000 |
| 5.1.02.02.01 | Belanja Jasa Kantor | 1.787.796.200 | 1.787.796.000 | 1.787.796.000 | 1.787.796.000 | 1.787.796.000 |
| 1 | Belanja Jasa Tenaga Kesehatan | 375.661.000 | 375.661.000 | 375.661.000 | 375.661.000 | 375.661.000 |
| 2 | Belanja Jasa Tenaga Administrasi | 648.869.000 | 648.869.000 | 648.869.000 | 648.869.000 | 648.869.000 |
| 3 | Belanja Jasa Tenaga Operator Komputer | 136.604.000 | 136.604.000 | 136.604.000 | 136.604.000 | 136.604.000 |
| 4 | Belanja Jasa Tenaga Pelayanan Umum | 319.303.200 | 319.303.000 | 319.303.000 | 319.303.000 | 319.303.000 |
| 5 | Belanja Jasa Tenaga Keamanan | 307.359.000 | 307.359.000 | 307.359.000 | 307.359.000 | 307.359.000 |
| 1.02.01.1.08.0002 Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik | | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 |
| 5.1.02.02.01 | Belanja Jasa Kantor | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 |
| 5.1.02.02.01.060 | Belanja Tagihan Air | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 |
| 1.02.01.1.10.0001 Pelayanan dan Penujangan Pelayanan BLUD | | 30.500.000.000 | 33.550.000.000 | 36.905.000.000 | 40.595.500.000 | 44.655.050.000 |
| | Rekening Belanja Barang dan Jasa BLUD | 25.500.000.000 | 28.050.000.000 | 30.855.000.000 | 33.940.500.000 | 37.334.550.000 |
| | Rekening Belanja Modal | 5.000.000.000 | 5.500.000.000 | 6.050.000.000 | 6.655.000.000 | 7.320.500.000 |
| 1.02.02.1.02.0004 Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Usia Produktif | | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 |
| 5.01.02 | Belanja Barang dan Jasa | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 |

| | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| 5.1.02.01 | Belanja Barang | 574.000.000 | 574.000.000 | 574.000.000 | 574.000.000 | 574.000.000 | 574.000.000 |
| 5.1.02.04 | Belanja Perjalanan Dinas | 272.202.000 | 272.202.000 | 272.202.000 | 272.202.000 | 272.202.000 | 272.202.000 |
| 1.02.02.1.01.03 Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi | | 0 | 2.860.000.000 | 5.505.000.000 | 9.113.832.000 | 0 | 0 |
| | Belanja Bangunan Gedung Tempat Kerja | 0 | 2.860.000.000 | 5.505.000.000 | 9.113.832.000 | | 0 |
| | Jumlah Barang dan Jasa | 48.702.149.200 | 54.888.095.000 | 61.722.276.000 | 69.939.207.000 | 65.894.284.000 | |

Tabel 5.6

**RENCANA KEBUTUHAN ANGGARAN APBD
RS. KHUSUS MATA MASYARAKAT
PROVINSI SUMATERA SELATAN**

Tahun 2024 s.d 2028

| No | URAIAN | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
|--------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.02.01.1.02.0001 | Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN | 15.409.151.000 | 15.685.096.700 | 16.519.276.970 | 17.436.875.267 | 18.446.233.394 |
| 5.01.01 | Belanja Pegawai | 15.409.151.000 | 15.685.096.700 | 16.519.276.970 | 17.436.875.267 | 18.446.233.394 |
| 5.1.01.01 | Belanja Gaji dan Tunjangan ASN | 7.583.457.000 | 8.341.802.700 | 9.175.982.970 | 10.093.581.267 | 11.102.939.394 |
| 5.1.01.02 | Belanja Tambahan Penghasilan ASN | 7.343.294.000 | 7.343.294.000 | 7.343.294.000 | 7.343.294.000 | 7.343.294.000 |
| 5.1.01.02.05 | Tambahan Penghasilan berdasarkan Prestasi Kerja ASN | 7.343.294.000 | 8.077.623.400 | 8.885.385.740 | 9.773.924.314 | 10.751.316.745 |
| 5.1.01.03 | Tambahan Penghasilan berdasarkan Pertimbangan Objektif Lainnya ASN | 482.400.000 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5.1.01.03.06 | Belanja Jasa Pelayanan Kesehatan bagi ASN | 150.000.000 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5.1.01.03.07 | Belanja Honorarium | 332.400.000 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Belanja Honorarium Penanggungjawaban Pengelola Keuangan | 217.800.000 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Belanja Honorarium Pengadaan Barang/Jasa | 114.600.000 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1.02.01.1.08.0004 | Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor | 1.787.796.200 | 1.787.796.200 | 1.787.796.200 | 1.787.796.200 | 1.787.796.200 |

| | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| 5.1.02.02.01 | Belanja Jasa Kantor | 1.787.796.200 | 1.787.796.200 | 1.787.796.200 | 1.787.796.200 | 1.787.796.200 | 1.787.796.200 |
| 1 | Belanja Jasa Tenaga Kesehatan | 375.661.000 | 375.661.000 | 375.661.000 | 375.661.000 | 375.661.000 | 375.661.000 |
| 2 | Belanja Jasa Tenaga Administrasi | 648.869.000 | 648.869.000 | 648.869.000 | 648.869.000 | 648.869.000 | 648.869.000 |
| 3 | Belanja Jasa Tenaga Operator Komputer | 136.604.000 | 136.604.000 | 136.604.000 | 136.604.000 | 136.604.000 | 136.604.000 |
| 4 | Belanja Jasa Tenaga Pelayanan Umum | 319.303.200 | 319.303.200 | 319.303.200 | 319.303.200 | 319.303.200 | 319.303.200 |
| 5 | Belanja Jasa Tenaga Keamanan | 307.359.000 | 307.359.000 | 307.359.000 | 307.359.000 | 307.359.000 | 307.359.000 |
| 1.02.01.1.08.0002 Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik | | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 |
| 5.1.02.02.01 | Belanja Jasa Kantor | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 |
| 5.1.02.02.01.0060 | Belanja Tagihan Air | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 | 159.000.000 |
| 1.02.02.1.02.0004 Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Usia Produktif | | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 |
| 5.01.02 | Belanja Barang dan Jasa | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 | 846.202.000 |
| 5.1.02.01 | Belanja Barang | 574.000.000 | 574.000.000 | 574.000.000 | 574.000.000 | 574.000.000 | 574.000.000 |
| 5.1.02.04 | Belanja Perjalanan Dinas | 272.202.000 | 272.202.000 | 272.202.000 | 272.202.000 | 272.202.000 | 272.202.000 |
| 1.02.02.1.01.03 Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi | | 0 | 2.860.000.000 | 5.505.000.000 | 9.113.832.000 | 0 | 0 |
| | Belanja Bangunan Gedung Tempat Kerja | 0 | 2.860.000.000 | 5.505.000.000 | 9.113.832.000 | 0 | 0 |
| | Jumlah Barang dan Jasa | 18.202.149.200 | 21.338.094.900 | 24.817.275.170 | 29.343.705.467 | 21.239.231.594 | 0 |

Tabel 5.7

RENCANA KEBUTUHAN ANGGARAN BLUD

**RS. KHUSUS MATA MASYARAKAT
PROVINSI SUMATERA SELATAN
Tahun 2024 s.d 2028**

| Komponen Biaya | | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
|----------------|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1 | BIAYA OPERASIONAL | 30.500.000.00 0 | 33.550.000.00 0 | 36.905.000.00 0 | 40.595.500.00 0 | 44.655.050.00 0 |
| A | BIAYA PELAYANAN | 19.551.600.00 0 | 21.506.760.00 0 | 23.657.461.00 0 | 26.024.740.00 0 | 28.627.304.00 0 |
| 1 | Biaya Pegawai | 210.000.000 | 231.000.000 | 254.100.000 | 279.510.000 | 307.461.000 |
| 1.1 | Gaji Pegawai BLUD | 210.000.000 | 231.000.000 | 254.100.000 | 279.510.000 | 307.461.000 |
| 2 | Biaya Bahan | 5.671.600.000 | 6.238.760.000 | 6.862.661.000 | 7.550.460.000 | 8.305.621.000 |
| 2.1 | Biaya Bahan Dan Obat-Obatan | 5.041.600.000 | 5.545.760.000 | 6.100.361.000 | 6.711.930.000 | 7.383.238.000 |
| 2.2 | Biaya Bahan Dan Obat-Obatan Lainnya | | | | | |
| | - Frame dan Lensa | 200.000.000 | 220.000.000 | 242.000.000 | 266.200.000 | 292.820.000 |
| | - Biaya Gas Medik | 150.000.000 | 165.000.000 | 181.500.000 | 199.650.000 | 219.615.000 |
| | - Biaya Linen | 80.000.000 | 88.000.000 | 96.800.000 | 106.480.000 | 117.128.000 |
| 2.3 | Biaya Bahan Laboratorium | 200.000.000 | 220.000.000 | 242.000.000 | 266.200.000 | 292.820.000 |
| 3 | Biaya Jasa Pelayanan | 13.420.000.00 0 | 14.762.000.00 0 | 16.238.200.00 0 | 17.862.020.00 0 | 19.648.222.00 0 |
| 3.1 | Biaya jasa pelayanan | 13.420.000.000 | 14.762.000.000 | 16.238.200.000 | 17.862.020.000 | 19.648.222.000 |
| 5 | Biaya Pelayanan Lain-lain | 250.000.000 | 275.000.000 | 302.500.000 | 332.750.000 | 366.000.000 |

| | | | | | | |
|----------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 5.1 | Biaya Pengujian Laboratorium | 250.000.000 | 275.000.000 | 302.500.000 | 332.750.000 | 366.000.000 |
| B | BIAYA UMUM DAN ADMINISTRASI | 5.948.400.000 | 6.543.240.000 | 7.197.539.000 | 7.915.760.000 | 8.707.246.000 |
| 1 | Biaya Pegawai | | | | | |
| 2 | Biaya Administrasi Kantor | 2.024.500.000 | 2.226.950.000 | 2.449.620.000 | 2.693.890.000 | 2.963.278.000 |
| 2.1 | Biaya Benda Pos Dan Pengiriman | 10.000.000 | 11.000.000 | 12.100.000 | 13.310.000 | 14.641.000 |
| 2.2 | Biaya Buku Cek dan Adm Bank | 10.000.000 | 11.000.000 | 12.100.000 | 13.310.000 | 14.641.000 |
| 2.3 | Biaya ATK | 200.000.000 | 220.000.000 | 242.000.000 | 266.200.000 | 292.820.000 |
| 2.4 | Biaya Surat Kabar / majalah | 2.500.000 | 2.750.000 | 3.000.000 | 3.300.000 | 3.630.000 |
| 2.5 | Biaya Cetak | 300.000.000 | 330.000.000 | 363.000.000 | 399.300.000 | 439.230.000 |
| 2.6 | Biaya Penggandaan | 20.000.000 | 22.000.000 | 24.200.000 | 26.620.000 | 29.282.000 |
| 2.7 | Biaya Langganan Telepon | 10.000.000 | 11.000.000 | 12.100.000 | 13.310.000 | 14.641.000 |
| 2.8 | Biaya Tagihan Listrik | 500.000.000 | 550.000.000 | 605.000.000 | 665.500.000 | 732.050.000 |
| 2.9 | Biaya Internet | 132.000.000 | 145.200.000 | 159.720.000 | 175.000.000 | 192.500.000 |
| 2.10 | Biaya Makan dan Minuman Pegawai | 175.000.000 | 192.500.000 | 211.750.000 | 232.925.000 | 256.217.000 |
| 2.11 | Biaya Makanan Dan Minuman Tamu | 20.000.000 | 22.000.000 | 24.200.000 | 26.620.000 | 29.282.000 |
| 2.12 | Biaya Bahan Makan Pasien | 300.000.000 | 330.000.000 | 363.000.000 | 399.300.000 | 439.230.000 |
| 2.13 | Biaya Pakaihan Dinas, Pakaihan Kerja Dan Atribut | 225.000.000 | 247.500.000 | 272.250.000 | 299.475.000 | 329.422.000 |
| 2.14 | Biaya Honorarium Dewas | 120.000.000 | 132.000.000 | 145.200.000 | 159.720.000 | 175.692.000 |
| 3 | Biaya Pemeliharaan | 800.000.000 | 880.000.000 | 968.000.000 | 1.064.800.000 | 1.171.280.000 |
| 3.1 | Biaya Pemeliharaan Gedung Dan Bangunan | 400.000.000 | 440.000.000 | 484.000.000 | 532.400.000 | 585.640.000 |
| 3.2 | Biaya pemeliharaan Peralatan dan Mesin | 400.000.000 | 440.000.000 | 484.000.000 | 532.400.000 | 585.640.000 |

| | | | | | | |
|----------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 4 | Biaya Barang dan Jasa | 2.953.900.000 | 3.249.290.000 | 3.574.219.000 | 3.930.780.000 | 4.323.769.000 |
| 4.1 | Biaya Alat Listrik Dan Elektronik | 70.000.000 | 77.000.000 | 84.700.000 | 93.170.000 | 102.487.000 |
| 4.2 | Biaya Bahan Bakar Minyak/Gas | 50.000.000 | 55.000.000 | 60.500.000 | 66.550.000 | 73.205.000 |
| 4.3 | Biaya Jasa konsultan dan pihak ketiga lainnya | 700.000.000 | 770.000.000 | 847.000.000 | 931.700.000 | 1.024.870.000 |
| 4.5 | Biaya Perjalanan Dinas Dalam daerah | 30.000.000 | 33.000.000 | 36.300.000 | 39.930.000 | 43.923.000 |
| 4.6 | Biaya Perjalanan Dinas Luar daerah | 750.000.000 | 825.000.000 | 907.500.000 | 998.000.000 | 1.097.800.000 |
| 4.7 | Biaya Pendidikan | 300.000.000 | 330.000.000 | 363.000.000 | 399.300.000 | 439.230.000 |
| 4.8 | Biaya Pengisian Tabung Gas | 11.000.000 | 12.100.000 | 13.310.000 | 14.641.000 | 16.105.000 |
| 4.9 | Biaya Pengisian Tabung Pemadam Kebakaran (APAR) | 20.000.000 | 22.000.000 | 24.200.000 | 26.620.000 | 29.282.000 |
| 4.1 | Biaya Jasa Narasumber/Tenaga Ahli/Instruktur PNS | 30.000.000 | 33.000.000 | 36.300.000 | 39.930.000 | 43.923.000 |
| 4.1 | Biaya Jasa Instruktur Non PNS | 14.400.000 | 15.840.000 | 17.424.000 | 19.166.000 | 21.000.000 |
| 4.1 | Biaya Honorarium Transaksi Keuangan | 81.600.000 | 89.760.000 | 98.736.000 | 108.000.000 | 118.800.000 |
| 4.1 | Biaya Honorarium Tim Pengadaan Barang dan Jasa | 56.900.000 | 62.590.000 | 68.849.000 | 75.733.000 | 83.300.000 |
| 4.1 | Biaya Jasa Kebersihan Kantor | 540.000.000 | 594.000.000 | 653.400.000 | 718.740.000 | 790.614.000 |
| 4.1 | Biaya Peralatan Kebersihan dan Bahan Pembersih | 300.000.000 | 330.000.000 | 363.000.000 | 399.300.000 | 439.230.000 |
| 5 | Biaya Promosi dan Publikasi | 80.000.000 | 88.000.000 | 96.800.000 | 106.500.000 | 117.150.000 |
| 5.1 | Biaya Promosi dan Publikasi | 80.000.000 | 88.000.000 | 96.800.000 | 106.500.000 | 117.150.000 |

| | | | | | | |
|-----------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 6 | Biaya Umum dan Administrasi Lainnya | 90.000.000 | 99.000.000 | 108.900.000 | 119.790.000 | 131.769.000 |
| | Biaya Premi Asuransi Kesehatan dan Keselamatan Kerja Pegawai BLUD | 90.000.000 | 99.000.000 | 108.900.000 | 119.790.000 | 131.769.000 |
| II | BIAYA INVESTASI | 5.000.000.000 | 5.500.000.000 | 6.050.000.000 | 6.655.000.000 | 7.320.500.000 |
| | 1.1 Belanja Modal Peralatan dan Mesin | 3.700.000.000 | 4.400.000.000 | 4.840.000.000 | 5.324.000.000 | 5.856.400.000 |
| | 1.2 Belanja Modal Aset Lainnya | 300.000.000 | | | | |
| | 1.3 Belanja Modal Gedung | 1.000.000.000 | 1.100.000.000 | 1.210.000.000 | 1.331.000.000 | 1.464.100.000 |

BAB VI

PROSEDUR PELAKSANAAN DAN AKUNTABILITAS PROGRAM

6. 1 Pelaksanaan Program

Program yang ada di RSB dijabarkan dalam RBA tiap tahun dan diusulkan oleh Kepala Rumah Sakit (jika sudah ada) untuk diajukan ke Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan untuk disahkan. Setelah RBA disahkan menjadi RBA definitif maka RBA menjadi panduan dalam melaksanakan program/kegiatan rumah sakit.

1) Jadwal dan langkah-langkah

- Setelah RBA definitif Kepala Rumah Sakit mengadakan rapat konsolidasi pelaksanaan program bersama para penanggungjawab program (Kasubbag TU ,Kasi Pelayanan Medis dan Kasi Penunjang Medis dan Keperawatan) untuk membuat menetapkan langkah-langkah pelaksanaannya.
- Hasil rapat konsolidasi tersebut menghasilkan jadwal dan langkah-langkah pelaksanaan program.
- Kepala Rumah Sakit membuat SK jadwal pelaksanaan program yang merupakan dasar pelaksanaan tiap-tiap program.
- Penanggungjawab program membuat jadwal kegiatan tiap-tiap program bersama pelaksana teknis kegiatan (PPTK).
- PPTK melaksanakan kegiatan berdasarkan jadwal yang telah ditetapkan

2) Pelaksanaan Program

- Pelaksana teknis kegiatan melaksanakan kegiatan sesuai jadwal dan mengacu pada target kinerja dengan memperhatikan aturan perundang- undangan yang berlaku.
- Untuk pelaksanaan program yang bersumber dari APBD Provinsi, pelaksanaan program/kegiatan mengacu kepada aturan yang berlaku.
- Program/kegiatan yang bersumber dari Pendapatan Fungsional Rumah sakit, pelaksanaannya mengacu pada aturan yang

ditetapkan oleh Kepala Rumah Sakit yang tidak bertentangan dengan peraturan yang berlaku.

- Program/kegiatan yang bersumber dari bantuan pihak ketiga/ bantuan luar negeri dan sebagainya, pelaksanaannya mengacu kepada perjanjian pemberian bantuan
- Rapat evaluasi pelaksanaan program dilaksanakan setiap bulan dengan dipimpin oleh penanggungjawab program untuk mengevaluasi pelaksanaan dan kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan kegiatan.
- Setiap pelaksanaan kegiatan harus membuat laporan kegiatan pada akhir kegiatan dan menyampaikan kepada penanggungjawab program.
- Setiap akhir tahun anggaran para penanggungjawab program membuat laporan akhir untuk disampaikan kepada Direktur sebagai Kuasa Pengguna Anggaran (KPA) sebagai bahan penyusunan Laporan Kinerja Tahunan yang akan disampaikan kepada Gubernur.

6.2. Akuntabilitas Program

1) Evaluasi Program

Pembinaan teknis BLUD-SKPD dilakukan oleh kepala daerah melalui sekretaris daerah. Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD dilakukan setiap tahun oleh kepala daerah terhadap aspek keuangan dan non keuangan. Evaluasi dilakukan berdasarkan laporan akuntabilitas yang disusun rumah sakit dengan menggunakan target-target program/kegiatan yang telah ditetapkan dalam RBA.

2) Laporan Akuntabilitas

Setiap akhir tahun anggaran rumah sakit berkewajiban menyampaikan Laporan akuntabilitas kepada Gubernur melalui Dewan Pengawas.

BAB VII PENUTUP

RS Khusus Mata Masyarakat termasuk kategori rumah sakit yang berpotensi untuk berkembang, dengan berbagai prestasi dan keberhasilan yang dicapai, harus diakui masih terdapat kekurangan dan kelemahan yang perlu mendapatkan perhatian dari berbagai pihak, antara lain masih adanya keluhan tentang pelayanan kepada masyarakat, masih rendahnya komitmen bersama dan sarana dan prasarana yang masih kurang memadai. Untuk itu dituntut upaya yang lebih baik lagi guna mengatasi berbagai kekurangan.

Rencana Strategis Bisnis (RSB) salah satu syarat RS Khusus Mata Masyarakat untuk menjadi BLUD Penuh, harus sejalan dengan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM), baik dalam penyediaan sumberdaya, jenis dan jumlah layanan maupun mutu layanan yang hendak dicapai.

RS Khusus Mata Masyarakat akan terus melakukan perbaikan sistem secara berkelanjutan, konsisten dan menyeluruh, dengan berbagai upaya untuk pemenuhan kebutuhan pelanggan eksternal, internal, dan Stakeholder. Peningkatan mutu pelayanan melalui untuk membangun budaya kerja berprestasi, cepat tanggap terhadap perubahan, dan perbaikan sistem manajemen keuangan agar lebih transparansi dan profesional dalam melaksanakan BLUD, sehingga program/kegiatan dapat lebih akuntabel dan responsibiliti.

Ada beberapa tindakan yang perlu dilakukan untuk memperbaiki kondisi yang ada:

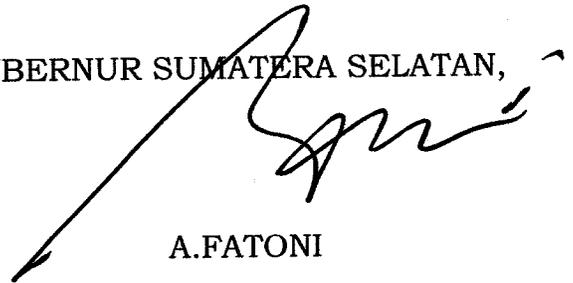
1. Diperlukan komitmen yang tinggi dari segala pihak dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya, agar tujuan yang akan dicapai dapat diwujudkan
2. Dalam pelaksanaan BLUD yang menuntut adanya efisiensi dan efektifitas penggunaan dana, diperlukan adanya standar operasional prosedur (SOP) menuju pelayanan prima yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan.

3. Melakukan evaluasi secara periodik dan berkelanjutan terhadap BLUD untuk memantau perkembangan dan mengambil kebijakan yang mendasar.

Rencana Stategi RS Khusus Mata Masyarakat ini merupakan perangkat manajemen penting atau pondasi untuk melaksanakan program dan kegiatan RS Khusus Mata Masyarakat tahun 2024-2028 ke depan guna menjawab tantangan sebagai Badan Layanan Umum Daerah yang harus mampu bersaing dengan rumah sakit sekitarnya.

Komitmen ini bukan hanya untuk kepentingan RS Khusus Mata Masyarakat tetapi lebih untuk kepentingan masyarakat yang mendapatkan pelayanan dan Pemerintahan Provinsi Sumatera Selatan sebagai pemberi amanah.

Pj. GUBERNUR SUMATERA SELATAN,



A.FATONI