



## GUBERNUR SUMATERA SELATAN

### PERATURAN GUBERNUR SUMATERA SELATAN

NOMOR 42 TAHUN 2022

TENTANG

### TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SITI FATIMAH PROVINSI SUMATERA SELATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
GUBERNUR SUMATERA SELATAN,

Menimbang : Bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 38 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan;

Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat I Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 70, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1814);

3. 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 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

4. 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 2 Tahun 2020 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan Negara untuk Penanganan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) dan/atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6516);

Paraf Bertambar

5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
8. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
9. 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 diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
10. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
11. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
12. 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);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);



14. Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/ Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 92, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2019 tentang Pengeluaran Badan Milik Negara/Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 142);
15. 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);
16. 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);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42);
18. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
19. Peraturan Pemerintah Nomor 94 Tahun 2021 tentang Disiplin Pegawai Negeri (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 202, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6718);
20. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416);
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1291);
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2019 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 912);
25. 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);
26. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);



27. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
28. Peraturan Gubernur Nomor 44 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sumatera Selatan (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2018 Nomor 44);
29. Peraturan Gubernur Nomor 14 Tahun 2020 tentang Unit Pelaksana Teknis Dinas Rumah Sakit Umum Daerah Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2020 Nomor 18);
30. Peraturan Gubernur Nomor 28 Tahun 2021 tentang Pengelolaan Keuangan BLUD (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2021 Nomor 28);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SITI FATIMAH 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. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan.
6. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah 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 Umum Daerah Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan.
10. Pemilik adalah Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan.
11. Representasi Pemilik adalah Dewan Pengawas BLUD RSUD Siti Fatimah.
12. Rumah Sakit Umum Daerah Siti Fatimah yang selanjutnya disebut RSUD Siti Fatimah adalah Rumah Sakit Umum Daerah Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan.
13. 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.



14. 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.
15. 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.
16. Tata Kelola Staf Medis aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme kelompok staf medis di Rumah Sakit.
17. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD yang selanjutnya disingkat PPK-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.
18. Pejabat Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat PPKD adalah Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
19. Jabatan struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi rumah sakit yang terdiri dari Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.
20. Jabatan fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak seorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
21. Pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit adalah pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri dari Direktur dan Wakil Direktur.
22. Pejabat Pelaksana Keuangan dan Pejabat Pelaksana Teknis adalah Kepala Bagian atau Bidang dan Kepala Sub Bagian atau Kepala Seksi.
23. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
24. 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.
25. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran BLUD RSUD Siti Fatimah.
26. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.

27. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
28. Tenaga Medis adalah dokter umum, dokter gigi, dokter subspesialis, dokter spesialis, dokter gigi subspesialis dan dokter gigi spesialis yang merupakan Staf Medis fungsional.
29. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter umum, dokter gigi, dokter subspesialis, dokter spesialis, dokter gigi subspesialis dan dokter gigi spesialis di rumah sakit yang dikelompokkan sesuai bidang spesialisasinya.
30. 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.
31. Asisten Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga.
32. Manajer Pelayanan Pasien 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.
33. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
34. Unit kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
35. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
36. 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.
37. 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 RSUD Siti Fatimah, begitu juga sebaliknya dari Rumah Sakit Pendidikan Jejaring RSUD Siti Fatimah ke Rumah Sakit Pendidikan Utama.
38. 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*).



39. 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.
40. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
41. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
42. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
43. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
44. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran atau administrasi pelayanan guna menunjang pelaksanaan tugas- tugas pelayanan.
45. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
46. 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.
47. Dokter Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) adalah Dokter peserta didik Spesialisasi dari Rumah Sakit Pendidikan Utama dimana Rumah Sakit Umum Daerah merupakan jejaring Rumah Saki Pendidikan tersebut yang sedang melaksanakan praktik di Rumah Sakit.
48. PPI yang selanjutnya disingkat Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
49. IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*) adalah tenaga profesional dan praktisi dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.
50. IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) adalah perawat pelaksana harian atau penghubung dengan IPCN.
51. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
52. 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.



53. 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.
54. 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.
55. 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.
56. 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.
57. Pegawai Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disebut Pegawai ASN adalah Pegawai Negeri Sipil dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) yang diangkat oleh pejabat pembina kepegawaian dan diberi tugas dalam suatu jabatan pemerintahan atau disertai tugas negara lainnya dan digaji berdasarkan peraturan perundang-undangan.
58. 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.
59. 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.
60. 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 Peraturan Gubernur ini adalah:
  - a. untuk menjadi pedoman dalam mengatur hubungan antara Pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili, Direktur Rumah Sakit, dan Komite sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas; dan
  - b. untuk meningkatkan kinerja layanan secara profesional kepada masyarakat.



- (2) Tujuan Peraturan Gubernur ini adalah:
- a. sebagai pedoman dalam pengaturan hubungan tata kerja antara Pemilik dengan Pengelola, Tenaga Administrasi dan Tenaga Profesional kesehatan; dan
  - b. sebagai pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan rumah sakit.

### 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 efektifitas, 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.

### Pasal 5

Ruang lingkup dalam Peraturan Gubernur ini meliputi:

- a. prinsip tata kelola;
- b. tata kelola korporasi;
- c. ketentuan lain-lain; dan
- d. ketentuan penutup.

BAB II  
Tata Kelola Rumah Sakit  
Pasal 6

- (1) Tata Kelola Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. Tata Kelola korporasi; dan
  - b. Tata Kelola pelayanan kesehatan.
- (2) Tata kelola korporasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri dari:
  - a. identitas rumah sakit;
  - b. visi, misi, motto dan nilai;
  - c. tanggung jawab dan kewenangan pemilik;
  - d. dewan pengawas BLUD RSUD Siti Fatimah;
  - e. struktur organisasi;
  - f. organisasi pendukung;
  - g. pedoman pelayanan;
  - h. program mutu instalasi dan unit;
  - i. hubungan-hubungan dalam peraturan tata kelola;
  - j. manajemen pengelolaan rumah sakit sebagai unit organisasi bersifat khusus meliputi:
    - k. pengelolaan keuangan;
    - l. pengelolaan barang milik daerah; dan
  - m. pengelolaan kepegawaian.
  - n. manajemen sumber daya;
  - o. manajemen budaya keselamatan kerja;
  - p. manajemen kerjasama dan perjanjiannya;
  - q. manajemen pendidikan, pelatihan dan penelitian;
  - r. manajemen etik;
  - s. manajemen penanganan pengaduan;
  - t. manajemen budaya keselamatan;
  - u. manajemen pengelolaan lingkungan dan sumber daya lain;
  - v. evaluasi dan penilaian kinerja;
  - w. tuntutan hukum;
  - x. pengisian jabatan; dan
  - y. pelaksanaan peraturan pola tata kelola.
- (3) Tata kelola pelayanan kesehatan terdiri dari:
  - a. tata kelola staf medis;
  - b. tata kelola staf keperawatan;
  - c. tata kelola staf tenaga kesehatan lainnya;
  - d. manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
  - e. manajemen pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - f. manajemen standar pelayanan minimal; dan
  - g. informasi medis.

BAB III  
TATA KELOLA KORPORASI  
Bagian Kesatu  
Identitas Rumah Sakit  
Pasal 7

- (1) Identitas Rumah Sakit ditetapkan sebagai berikut:
  - a. Nama Rumah Sakit Umum Daerah yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Siti Fatimah, yang merupakan Rumah Sakit Umum Daerah Milik Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan;

- b. Kelas RSUD Siti Fatimah 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 RSUD Siti Fatimah adalah Logo RSUD Siti Fatimah sebagaimana tercantum dalam Lampiran 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 RSUD Siti Fatimah adalah Lagu MARS RSUD Siti Fatimah yang ditetapkan lebih lanjut dengan Keputusan Pemimpin BLUD.
  - (4) Jenis RSUD Siti Fatimah yaitu rumah sakit umum.

Bagian Kedua  
Visi, Misi, Motto, dan Nilai  
Pasal 8

- (1) Visi RSUD Siti Fatimah yaitu “Menjadi Rumah Sakit Umum Rujukan Provinsi dan Rumah Sakit Pendidikan yang mampu Mewujudkan Pelayanan yang Bermutu, Profesional, Efisien dengan Standar Pelayanan Kelas Dunia”.
- (2) Misi RSUD Siti Fatimah yaitu:
  - a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, profesional dan efisien;
  - b. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan SDM kesehatan yang berkarakter, kompeten dan profesional; dan
  - c. menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang bermutu, profesional dan efisien.
- (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 RSUD Siti Fatimah sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan oleh Gubernur sebagai pemilik Rumah Sakit.

Pasal 9

Motto RSUD Siti Fatimah adalah kami selalu terdepan melayani kesehatan anda.

Pasal 10

Nilai RSUD Siti Fatimah yaitu “*WE PROTECT*” (*Welcome, Emphaty, Professional, Respect, One stop service hospital (currative & rehabilitative), Team work, Embrace innovation, Customer oriented-cost effectiveness, Time response*).



Bagian Ketiga  
Tanggung Jawab dan Kewenangan Pemilik  
Pasal 11

- (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 Unit Organisasi Bersifat Khusus 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 sumberdaya 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 pelaksanaan BLUD meliputi:
  - a. pengelompokan jenis pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - b. menetapkan formula remunerasi Rumah Sakit;

- c. melaksanakan perjanjian kerjasama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan pada Rumah Sakit;
  - d. dalam keadaan darurat, melakukan pemenuhan kebutuhan BLUD;
  - e. menyusun tata cara kerjasama 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.

Bagian Keempat  
Dewan Pengawas BLUD RSUD Siti Fatimah

Paragraf 1

Umum

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas merupakan representasi dari Pemilik Rumah Sakit yang dibentuk dengan Keputusan Gubernur atas usul Direktur RSUD Siti Fatimah.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan paling banyak 5 (lima) orang sesuai dengan besarnya omzet dan/atau nilai aset Rumah Sakit, serta seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (3) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhalangan tetap, maka Gubernur mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi Ketua hingga masa jabatan berakhir atas usulan Pemimpin BLUD.
- (4) Dewan Pengawas sebagai Representasi Pemilik Rumah Sakit bertanggungjawab kepada Gubernur.

Paragraf 2

Kedudukan, Tugas, dan Wewenang

Pasal 13

- (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 ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (5) Dewan Pengawas mempunyai tugas:



- a. menyetujui arah kebijakan Rumah Sakit;
  - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
  - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
  - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
  - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
  - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
- (6) Dewan Pengawas selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (5) juga melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Rumah Sakit sesuai Ketentuan peraturan perundang-undangan yaitu:
- a. memantau perkembangan kegiatan Rumah Sakit;
  - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan Rumah Sakit dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola;
  - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
  - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
  - e. memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai:
    1. BA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
    2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan Rumah Sakit; dan
    3. kinerja Rumah Sakit.

#### Pasal 14

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 3

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas

Pasal 15

- (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.

Paragraf 4

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) dalam hal batas usia anggota dewan pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh 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 5

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang.
- (2) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk Rumah Sakit yang memiliki:
  - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 30.000.000.000,00 (tiga puluh 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).
- (3) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk Rumah Sakit 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); dan
  - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).

Pasal 18

- (1) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (2) terdiri atas unsur:
  - a. 1 (satu) orang Pejabat SKPD yang membidangi kegiatan perumahsakitian;
  - b. 1 (satu) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
  - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (2) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (3) terdiri atas unsur:
  - a. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi kegiatan perumahsakitian;
  - b. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
  - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.

- (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 Rumah Sakit.
- (4) Pengangkatan Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola diangkat.
- (5) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat:
  - a. sehat jasmani dan rohani;
  - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan Rumah Sakit;
  - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
  - d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi Rumah Sakit;
  - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
  - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud 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 6

#### Tata Kerja Dewan Pengawas

#### Pasal 19

- (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 peraturan perundang-undangan;
  - b. manajemen menghormati tugas dan wewenang Dewan Pengawas untuk melakukan pengawasan dan memberikan nasihat terhadap kebijakan pengelolaan Rumah Sakit sesuai 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 7

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 20

- (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 8

Pembiayaan dan Operasional Dewan Pengawas

Pasal 21

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

Pasal 22

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Anggaran Fungsional BLUD RSUD Siti Fatimah dan dimuat dalam RBA.

Paragraf 9

Rapat Dewan Pengawas

Pasal 23

- (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) RSUD Siti Fatimah dan Komite-Komite serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di RSUD Siti Fatimah.
- (3) Rapat Rutin dilaksanakan paling sedikit sepuluh kali dalam setahun dengan interval tatap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi (Pejabat Pengelola), Komite-Komite dan pihak lain tertentu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 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 24

- (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 25

- (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 10

#### Undangan Rapat

#### Pasal 26

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



Paragraf 11  
Peserta Rapat  
Pasal 27

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

Pasal 28

- (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 12  
Kuorum  
Pasal 29

- (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 13  
Risalah Rapat  
Pasal 30

- (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 14  
Pemungutan Suara  
Pasal 31

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dekehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.

- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Paragraf 15

Pengambilan Keputusan Dewan Pengawas

Pasal 32

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 33

- (1) Unsur-unsur yang terlibat dalam pengambilan keputusan Dewan Pengawas adalah:
  - a. dewan Pengawas; dan
  - b. pejabat Pengelola.
- (2) 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.
- (3) Keputusan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dituangkan dalam bentuk tertulis dan ditandatangani oleh Ketua Dewan Pengawas.

Paragraf 16

Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 34

- (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 ditolaknya usulan.

Paragraf 17

Stempel Dewan Pengawas

Pasal 35

- (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 (4) 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 Kelima

Paragraf 1

Struktur Organisasi

Pasal 36

- (1) Struktur organisasi menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (2) Prosedur kerja menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi logis menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan rentang kendali dan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.
- (4) Struktur organisasi BLUD RSUD Siti Fatimah terdiri dari:
  - a. Direktur;
  - b. Wakil Direktur Medik dan Keperawatan membawahi:
    1. bidang pelayanan dan pengembangan medik, membawahi:
      - a. seksi pelayanan dan pengembangan medik; dan
      - b. seksi monitoring dan evaluasi pelayanan medis.
    2. bidang pelayanan keperawatan, membawahi:
      - a. seksi pelayanan dan pengembangan asuhan dan profesi keperawatan; dan
      - b. seksi monitoring dan evaluasi asuhan dan profesi keperawatan.
    3. bidang pelayanan penunjang medik, membawahi:
      - a. seksi pelayanan dan pengembangan penunjang medik; dan
      - b. seksi monitoring dan evaluasi penunjang medik.

- c. Wakil direktur umum, keuangan dan pengelolaan barang milik daerah, membawahi:
  - 1. bagian umum, membawahi:
    - a. subbagian tata usaha dan hukum;
    - b. subbagian rumah tangga; dan
    - c. subbagian rekam medik dan SIMRS.
  - 2. bagian keuangan:
    - a. subbagian perencanaan dan anggaran;
    - b. subbagian perbendaharaan dan mobilisasi dana; dan
    - c. subbagian akuntansi.
  - 3. bagian pengelolaan barang milik daerah:
    - a. subbagian perencanaan barang milik daerah;
    - b. subbagian penatausahaan barang milik daerah; dan
    - c. subbagian pengendalian barang daerah.
- d. Wakil direktur sumber daya manusia, hubungan masyarakat dan protokol, pemasaran dan kemitraan, membawahi:
  - 1. bagian sumber daya manusia, membawahi:
    - a. subbagian pengelolaan sumber daya manusia;
    - b. subbagian peningkatan kompetensi sumber daya manusia; dan
    - c. subbagian pendidikan dan penelitian.
  - 2. bagian hubungan masyarakat dan protokol, pemasaran dan kemitraan:
    - a. subbagian hubungan masyarakat dan protokol;
    - b. subbagian pemasaran;
    - c. subbagian kemitraan.
    - d. satuan pengawas internal;
    - e. komite;
    - f. instalasi; dan
    - g. kelompok jabatan fungsional.

Paragraf 2

Pejabat Pengelola

Pasal 37

- (1) Pejabat Pengelola RSUD Siti Fatimah meliputi:
  - a. direktur;
  - b. wakil direktur medik dan keperawatan;
  - c. wakil direktur umum, keuangan dan pengelolaan barang milik daerah; dan
  - d. wakil sumber daya manusia, hubungan masyarakat dan protokol, pemasaran dan kemitraan.



- (2) Pejabat pengelola RSUD Siti Fatimah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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.
- (3) Susunan pejabat pengelola RSUD Siti Fatimah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (4) Perubahan susunan pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan oleh Gubernur.
- (5) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (6) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatannya.
- (7) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.
- (8) Pejabat pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.

### Paragraf 3

#### Kedudukan Pejabat Pengelola

#### Pasal 38

- (1) Untuk melaksanakan kegiatan operasional rumah sakit sehari-hari Gubernur menetapkan Direktur RSUD Siti Fatimah yang dibantu Wakil Direktur.
- (2) Direktur RSUD Siti Fatimah 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 4

#### Persyaratan Pejabat Pengelola

#### Pasal 39

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:

- a. berkewarganegaraan Indonesia;
- b. seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahnyasakit;

- c. seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi 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 Pegawai Negeri Sipil; dan
- h. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

#### Pasal 40

Persyaratan untuk diangkat menjadi wakil Direktur medik dan keperawatan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. berpendidikan Dokter Spesialis atau Dokter dengan pendidikan S2 (Strata 2) bidang kesehatan; dan
- b. berstatus Pegawai Negeri Sipil dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 41

Seseorang dapat diangkat menjadi wakil Direktur umum, keuangan dan pengelolaan barang milik daerah apabila memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. Berpendidikan S2 (Strata 2) bidang Jurusan Ekonomi dan/atau Akuntansi; dan
- b. berstatus ASN dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 42

Persyaratan untuk diangkat menjadi wakil direktur sumber daya manusia, hubungan masyarakat dan protokol, pemasaran dan kemitraan harus 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.

#### Paragraf 5

Tugas dan Fungsi dan Kewenangan Direktur

#### Pasal 43

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 ayat (1) huruf a mempunyai tugas:
  - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan rumah sakit agar lebih efisien dan produktivitas;
  - b. merumuskan penetapan kebijakan teknis rumah sakit 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 Rumah Sakit selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
  - g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan rumah sakit yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional dan keuangan, barang milik daerah rumah sakit kepada Gubernur; dan
  - h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Gubernur sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Direktur dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan.

#### Pasal 44

- (1) Direktur memiliki fungsi:
- a. perumusan kebijakan dibidang pelayanan kesehatan dan prosedur yang dibutuhkan untuk menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dijalankan;
  - b. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan kesehatan;
  - c. pemberian arahan dan petunjuk teknis serta pengelolaan dibidang pelayanan kesehatan;
  - d. pemberian arahan dan petunjuk teknis pemasaran dan informasi pelayanan kesehatan;
  - e. penandatanganan naskah dinas keluar;
  - f. penyelenggaraan kerjasama dengan pihak lain;
  - g. peninjauan Falsafah, Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, Nilai-nilai Dasar dan Janji Layanan Rumah Sakit secara berkala minimal sekali dalam 5 (lima) tahun;
  - h. pengumuman visi Rumah Sakit kepada publik;
  - i. Penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas; dan
  - j. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Gubernur.
- (2) Dalam menjalankan fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan, Direktur bertindak selaku Kuasa Pengguna Anggaran atau selaku yang menerima pelimpahan kewenangan Pengguna Anggaran dari Kepala Dinas Kesehatan serta mempunyai tugas dan kewenangan:
- 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.
- (3) Selain menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur bertindak sebagai Kuasa Pengguna Barang.

#### Pasal 45

Dalam hal Direktur berasal dari unsur ASN, maka yang bersangkutan merupakan Kuasa Pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna Barang Milik Daerah.

#### Paragraf 6

#### Tugas dan Fungsi Wakil Direktur Medik dan Keperawatan

#### Pasal 46

- (1) Tugas Wakil Direktur Medik dan Keperawatan adalah memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan dibidang pelayanan medis dan keperawatan, penunjang dan pengendalian pelayanan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Wakil Direktur Medik dan Keperawatan mempunyai fungsi:
  - a. perumusan pelaksanaan teknis kebijakan di bidang pelayanan;
  - b. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas di bidang pelayanan;
  - c. pemberian arahan dan petunjuk teknis pemasaran dan informasi pelayanan kesehatan;
  - d. pemberian arahan dan petunjuk teknis pelaksanaan pelayanan penyempurnaan konsep dan penandatanganan atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - e. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
  - f. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
- (3) Wakil Direktur Medik dan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Wakil Direktur Medik dan Keperawatan yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.

Paragraf 7  
Tugas dan Fungsi Wakil Direktur Umum, Keuangan dan Pengelolaan  
Barang Milik Daerah  
Pasal 47

- (1) Tugas Wakil Direktur Umum, Keuangan dan Pengelolaan Barang Milik Daerah adalah memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan bidang perencanaan dan evaluasi, keuangan serta ketatausahaan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas Wakil Direktur Umum, Keuangan dan Pengelolaan Barang Milik Daerah mempunyai fungsi:
  - a. perumusan pelaksanaan teknis kebijakan di bagian perencanaan, ketatausahaan dan keuangan;
  - b. pemberian arahan dan petunjuk teknis di bagian perencanaan, ketatausahaan, dan keuangan;
  - c. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas di bagian perencanaan, ketatausahaan dan keuangan;
  - d. penandatanganan naskah dinas keluar sesuai kewenangannya;
  - e. penyusunan laporan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
  - f. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
- (3) Wakil Direktur Umum, Keuangan dan Pengelolaan Barang Milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Wakil Direktur Umum, Keuangan dan Pengelolaan Barang Milik Daerah yang berada dibawah bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 48

- Dalam melaksanakan tugas Wakil Direktur Umum, Keuangan dan Pengelolaan Barang Milik Daerah mempunyai fungsi:
- a. perumusan pelaksanaan teknis kebijakan di bagian perencanaan, ketatausahaan dan keuangan;
  - b. pemberian arahan dan petunjuk teknis di bagian perencanaan, ketatausahaan, dan keuangan;
  - c. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas di bagian perencanaan, ketatausahaan dan keuangan;
  - d. penandatanganan naskah dinas keluar sesuai kewenangannya;
  - e. penyusunan laporan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
  - f. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.



Paragraf 8

Tugas dan Fungsi Wakil Direktur Sumber Daya Manusia, Hubungan Masyarakat dan Protokol, Pemasaran dan Kemitraan  
Pasal 49

- (1) Tugas Wakil Direktur Sumber Daya Manusia, Hubungan Masyarakat dan Protokol, Pemasaran dan Kemitraan adalah memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan bidang SDM, Hubungan Masyarakat dan Protokol, Pemasaran dan Kemitraan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Wakil Direktur Sumber Daya Manusia, Hubungan Masyarakat dan Protokol, Pemasaran dan Kemitraan mempunyai fungsi:
  - a. perumusan pelaksanaan teknis kebijakan di bidang Sumber Daya Manusia, Hubungan Masyarakat dan Protokol, Pemasaran dan Kemitraan;
  - b. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas di bidang SDM, Hubungan Masyarakat dan Protokol, Pemasaran dan Kemitraan;
  - c. pemberian arahan dan petunjuk teknis pemasaran dan informasi pelayanan kesehatan;
  - d. pemberian arahan dan petunjuk teknis pelaksanaan pelayanan penyempurnaan konsep dan penandatanganan atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - e. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
  - f. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

Paragraf 9

Pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur  
Pasal 50

Direktur dan Wakil Direktur 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. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah ditetapkan;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan
- f. terbukti terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih berdasarkan keputusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.



Paragraf 10  
Evaluasi Kinerja Direktur dan Wakil Direktur  
Pasal 51

- (1) Evaluasi Kinerja Direktur:
  - a. evaluasi kinerja direktur berdasarkan pencapaian kinerja dan mutu rumah sakit berdasarkan rencana bisnis anggaran (RBA);
  - b. evaluasi kinerja direktur terdiri dari pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu non keuangan dan uraian tugas dalam bentuk sasaran kinerja pegawai (SKP); dan
  - c. dewan pengawas diberikan delegasi oleh gubernur untuk melakukan evaluasi kinerja direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.
- (2) Evaluasi Kinerja Wakil Direktur:
  - a. evaluasi kinerja wakil direktur berdasarkan pencapaian kinerja bidang/bagian wakil direktur;
  - b. evaluasi kinerja wakil direktur terdiri dari kinerja dan uraian tugas dalam bentuk sasaran kinerja pegawai (SKP); dan
  - c. evaluasi kinerja dinilai oleh direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.

Paragraf 11  
Kepala Bidang/Bagian  
Pasal 52

- (1) Pemilik menetapkan kepala bidang/bagian rumah sakit dan secara bersama bertanggungjawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.
- (2) Kepala bidang/ bagian bertanggungjawab kepada wakil direktur, sesuai peraturan perundang-undangan pimpinan tersebut meliputi:
  - a. unsur pimpinan pelayanan medis;
  - b. unsur pimpinan keperawatan;
  - c. unsur pimpinan penunjang medis; dan
  - d. unsur pimpinan administrasi umum dan keuangan.
- (3) Kualifikasi jabatan untuk para kepala bidang/bagian tersebut sesuai dengan persyaratan.
- (4) Para kepala bidang/bagian terlibat dalam mendefinisikan operasional misi rumah sakit, dan berdasarkan atas misi tersebut, para kepala bidang/bagian bekerjasama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Paragraf 12  
Persyaratan Jabatan, Tugas dan Fungsi  
Kepala Bidang/Bagian  
Pasal 53

- Persyaratan Jabatan Kepala Bidang/Bagian:
- a. berstatus ASN;
  - b. serendah-rendahnya memiliki 1 (satu) tingkat dibawah jenjang pangkat yang ditentukan;

- c. memiliki kualifikasi dan tingkat pendidikan yang ditentukan; dan
- d. semua unsur penilaian prestasi kerja sekurang-kurangnya bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir memiliki kompetensi jabatan yang diperlukan.

Paragraf 13

Evaluasi Kinerja Kepala Bidang/Bagian

Pasal 54

- (1) Evaluasi kinerja kepala bidang pelayanan dan pengembangan medik, kepala bidang pelayanan keperawatan, kepala bidang pelayanan penunjang medik dinilai wakil direktur medik dan keperawatan.
- (2) Evaluasi kinerja kepala bagian umum, kepala bagian keuangan dan kepala bagian pengelolaan barang milik daerah dinilai wakil direktur umum, keuangan dan pengelolaan barang milik daerah.
- (3) Evaluasi kinerja kepala bagian sumber daya manusia dan kepala bagian hubungan masyarakat dan protokol, pemasaran dan kemitraan dinilai wakil direktur sumber daya manusia, hubungan masyarakat dan protokol, pemasaran dan kemitraan.
- (4) Evaluasi kinerja kepala bagian/bidang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (3) berdasarkan pencapaian kinerja.
- (5) Evaluasi kinerja kepala bagian/bidang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (3) terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk sasaran kinerja pegawai (SKP).

Bagian Keenam

Organisasi Pendukung

Paragraf 1

Organisasi Pelaksana

Pasal 55

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit dibentuk organisasi pelaksana yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan, perubahan jumlah dan jenis organisasi pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan ketetapan direktur dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kemampuan rumah sakit.
- (3) Organisasi pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh direktur.
- (4) Organisasi pelaksana mempunyai tugas membantu direktur dalam menyelenggarakan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.

Pasal 56

Kepala organisasi pelaksana mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan kepada direktur.

Paragraf 2  
Kelompok Jabatan Non Struktural  
Pasal 57

- (1) Selain jabatan struktural di rumah sakit dapat dibentuk satuan organisasi yang bersifat non struktural yang bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Kelompok jabatan non struktural sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
  - a. satuan pengawas internal;
  - b. komite;
  - c. instalasi; dan
  - d. manager pelayanan pasien.

Paragraf 3  
Manajer Pelayanan Pasien  
Pasal 58

- (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 Wakil Direktur.
- (5) Manajer Pelayanan Pasien terdiri dari ASN yang menguasai bidang perumahsakit.

Paragraf 4  
Tim, Panitia dan Kelompok Kerja  
Pasal 59

- (1) Direktur dapat membentuk tim, panitia dan kelompok kerja dan menetapkan honor dalam rangka peningkatan pelaksanaan pelayanan kesehatan pada rumah sakit untuk menyelesaikan suatu tugas tertentu.
- (2) Tim, panitia dan kelompok kerja dimaksud pada ayat (1) merupakan kebijakan dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan rumah sakit, susunan keanggotaan, kualifikasi anggota dan jumlah anggota.

Bagian Ketujuh  
Pedoman Pelayanan  
Pasal 60

- (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 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 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 instalasi pelayanan menjamin adanya mekanisme aduan pelayanan pasien yang jelas demi pelayanan yang optimal kepada pasien.

Bagian Kedelapan  
Program Mutu Instalasi dan Unit  
Pasal 61

Kepala instalasi dan unit beserta seluruh stafnya turut serta dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan melakukan monitoring kegiatan klinis dan nonklinis bagi unit pelayanan tersebut.

Pasal 62

- (1) Kepala Instalasi dan Unit menerapkan pengawasan dan penilaian terkait peningkatan mutu di area kerjanya sesuai dengan standar minimal indikator mutu yang digunakan.
- (2) Standar minimal indikator mutu di instalasi dan unit sebagaimana diatur pada ayat (1) mencakup:
  - a. penilaian rumah sakit secara menyeluruh dan perbaikan yang ditetapkan oleh Direktur rumah sakit yang terkait secara spesifik dengan instalasi dan unit mereka;
  - b. penilaian yang terkait dengan prioritas instalasi dan unit secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana beresiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi; dan
  - c. penilaian spesifik di instalasi dan unit ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para profesional pemberi asuhan (PPA).

Pasal 63

Kepala instalasi dan unit menyediakan data dan informasi dari hasil kegiatan pelayanan di instalasi dan unit yang selanjutnya dipergunakan untuk melakukan evaluasi dokter, perawat, dan staf klinis pemberi asuhan yang memberikan pelayanan di instalasi dan unit tersebut.



Bagian Kesembilan  
Program Mutu Kelompok Staf Medis  
Pasal 64

- (1) Tiap kelompok staf medis memilih dan menetapkan panduan praktik klinik, beserta dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*) dan/atau protokol klinis atau prosedur dan/atau *standing order* sebagai panduan asuhan klinis.
- (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 asesmen 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 diperbarui berdasar atas bukti serta evaluasi proses dan hasil proses.
- (3) Panduan praktik klinik, alur klinis, atau protokol dijadikan acuan dan bahan evaluasi kelompok staf medis.

Pasal 65

- (1) Tiap ketua kelompok staf medis 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 66

Kepala unit pelayanan klinis ikut terlibat dalam evaluasi penerapan panduan praktik klinis, alur klinis dan protokol kelompok staf medis, sesuai dengan indikator mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 ayat (2).

Pasal 67

Komite medis bersama-sama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/DPJP terhadap panduan praktik klinis.

Bagian Kesepuluh

Hubungan-Hubungan dalam Peraturan Tata Kelola Rumah Sakit  
Paragraf 1

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas  
Pasal 68

- (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 69

- (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 70

- (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 71

- (1) Satuan pengawas internal berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Tugas pokok satuan pengawas internal adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di rumah sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.

- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), satuan pengendali internal berfungsi:
  - a. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan operasional;
  - b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian internal;
  - c. melakukan identifikasi resiko;
  - d. mencegah terjadinya penyimpangan;
  - e. memberikan konsultasi pengendalian internal; dan
  - f. melakukan hubungan dengan eksternal auditor.
- (4) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan (1) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.

#### Bagian Kesebelas

#### Pengelolaan Rumah Sakit Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus

##### Paragraf 1

##### Umum

##### Pasal 72

- (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, penganggaran, penatausahaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan dan 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.

##### Paragraf 2

##### Pengelolaan Keuangan

##### Pasal 73

- (1) Otonomi dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 72 ayat (1) meliputi:
  - a. perencanaan;
  - b. penganggaran;
  - c. penatausahaan;
  - d. pelaporan; dan
  - e. pertanggung jawaban keuangan.
- (2) Direktur RSUD Siti Fatimah bertanggung jawab atas pelaksanaan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan rumah sakit.

Pasal 74

- (1) Direktur dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 73 ayat (1) bertanggungjawab secara administratif/dalam bentuk laporan kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Direktur dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 73 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 yang berlaku.
- (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 75

- (1) Dalam melaksanakan otonomi pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 73 ayat (1), Direktur bertindak selaku kuasa pengguna anggaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (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 surat perintah membayar (SPM);
  - d. mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
  - e. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
  - f. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan (PPTK) dan pejabat penatausahaan keuangan (PPK) dan 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 yang dimaksud pada ayat (3) huruf a dan huruf b disampaikan kepada tim anggaran pemerintah daerah (TAPD) melalui PPKD untuk diverifikasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (5) Direktur menandatangani surat perintah membayar (SPM) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c meliputi uang persediaan (UP), Ganti Uang (GU), tambahan uang persediaan (TUP), langsung (LS) yang berpedoman kepada 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 dokumen pelaksanaan anggaran (DPA) yang berpedoman kepada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### Pasal 76

- (1) Rencana bisnis dan anggaran (RBA) rumah sakit merupakan lampiran dan bagian yang tidak terpisahkan dari dokumen pelaksanaan anggaran (DPA).
- (2) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 73 ayat (1) Direktur melaksanakan belanja sesuai dokumen pelaksanaan anggaran (DPA) yang berpedoman kepada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) rumah sakit juga melaksanakan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan.

#### Pasal 77

- (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 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 RSUD Siti Fatimah.

#### Pasal 78

- (1) Pagu anggaran belanja rumah sakit dalam DPA yang sumber dananya berasal dari pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (2) 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 RSUD Siti Fatimah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam RBA.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan lampiran dari DPA RSUD Siti Fatimah.

#### Pasal 79

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

Paragraf 2  
Prinsip Pengelolaan Keuangan  
Pasal 80

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektifitas, 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).

Paragraf 3  
Fleksibilitas  
Pasal 81

- (1) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80 ayat (1) RSUD Siti Fatimah 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 yang berlaku.

Paragraf 4  
Tarif Layanan  
Pasal 82

- (1) RSUD Siti Fatimah 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 yang berlaku.

- (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 RSUD Siti Fatimah.

Pasal 83

- (1) Pengenaan tarif layanan BLUD yang belum diatur dalam Peraturan Gubernur ini, diatur dengan ketetapan Direktur dengan memberikan batas waktu pemberlakuan paling lama 6 (enam) bulan sejak Ketetapan Direktur ditetapkan.
- (2) Ketetapan Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah 6 (enam) bulan ditetapkan menjadi Peraturan Gubernur.

Pasal 84

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

Paragraf 5

Struktur Anggaran Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 85

- (1) Struktur anggaran BLUD, terdiri atas:
  - a. pendapatan BLUD;
  - b. belanja BLUD; dan
  - c. pembiayaan BLUD.
- (2) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam 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.

Pasal 86

- (1) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 85 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 85 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 85 ayat (2) huruf c dapat berupa hasil yang diperoleh dari kerja sama BLUD.
- (5) Pendapatan BLUD yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 ayat (2) huruf d berupa pendapatan yang berasal dari DPA APBD.
- (6) Lain-lain pendapatan BLUD yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 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 87

- (1) Pengembangan usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 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 88

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 ayat (2) huruf a sampai dengan 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 RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 ayat (2) dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan BLUD RSUD Siti Fatimah.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap bulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), berpedoman pada peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 89

- (1) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 ayat (1) huruf b terdiri atas:
  - 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.

#### Pasal 90

- (1) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 ayat (1) huruf c terdiri atas:
  - 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 91

- (1) Penerimaan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 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 90 ayat (1) huruf b meliputi:
  - a. investasi; dan
  - b. pembayaran pokok utang/pinjaman.

#### Paragraf 6

### Perencanaan dan Penganggaran Badan Layanan Umum Daerah

#### Pasal 92

- (1) RSUD Siti Fatimah menyusun Renstra BLUD.
- (2) Renstra BLUD RSUD Siti Fatimah 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 93

Renstra BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 92 ayat (1), dipergunakan sebagai dasar penyusunan RBA dan Evaluasi kinerja.

#### Pasal 94

RBA merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan Rumah Sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

#### Pasal 95

- (1) Renstra sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi.
- (2) Sebelum ditetapkan oleh Gubernur, Rancangan Rencana Strategis 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 (1) 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 96

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94, 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 standar pelayanan minimal.

#### Pasal 97

- (1) Ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 96 ayat (1) huruf a merupakan ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) Rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 96 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 96 ayat (1) huruf c, merupakan estimasi harga jual produk barang dan/atau jasa setelah memperhitungkan biaya per satuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari Tarif Layanan.
- (4) Besaran persentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 96 ayat (1) huruf d, merupakan besaran persentase perubahan anggaran bersumber dari pendapatan operasional yang diperkenankan dan ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional BLUD.



- (5) Perkiraan maju sebagaimana dimaksud dalam Pasal 96 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 98

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA RSUD Siti Fatimah pada akun pendapatan daerah pada kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan dari BLUD RSUD Siti Fatimah.
- (2) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 ayat (1) huruf b yang sumber dananya berasal dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e dan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD, diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA RSUD Siti Fatimah 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 90 ayat (1) diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA RSUD Siti Fatimah 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 99

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94 ayat (1) 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 Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.



Pasal 100

- (1) PPKD menyampaikan RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 99 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 101

- (1) Tim Anggaran Pemerintah Daerah menyampaikan kembali RKA beserta RBA yang telah dilakukan penelaahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 100 ayat (1) kepada PPKD;
- (2) Tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan RBA mengikuti tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan APBD.

Paragraf 7

Pelaksanaan Anggaran BLUD

Pasal 102

Rumah Sakit menyusun DPA berdasarkan peraturan daerah tentang APBD untuk diajukan kepada PPKD.

Pasal 103

- (1) DPA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 102 memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) PPKD mengesahkan DPA sebagai dasar pelaksanaan anggaran BLUD.

Pasal 104

- (1) DPA yang telah disahkan oleh PPKD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 103 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 yang berlaku.
- (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 105

- (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 106

- (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 107

- (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 85 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e.

Pasal 108

- (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 109

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.

Paragraf 8

Pengelolaan Belanja BLUD

Pasal 110

- (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 85 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 111

- (1) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 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) Persentase 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 85 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 9

Syarat-Syarat Pembayaran BLUD

Pasal 112

- (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 (SPPD);
  - c. laporan perjalanan dinas/laporan hasil pendidikan/pelatihan;
  - d. bukti riil perjalanan (tiket transportasi, akomodasi, kwitansi pembayaran pendidikan dan pelatihan);
  - e. taksasi dan rincian biaya perjalanan dinas;
  - f. nominatif perjalanan dinas; dan
  - g. nota dinas 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 (dua puluh 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 (dua puluh 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. 20.000.000 (dua puluh 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/SPP (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. 20.000.000 (dua puluh 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. nota dinas 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/SPP (surat setoran pajak);
  - f. faktur pajak;
  - g. berita acara pemeriksaan;
  - h. berita acara serah terima; dan
  - i. nota dinas 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/SPP (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. nota dinas 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/SPP (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. nota dinas 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/SPP (surat setoran pajak);
  - f. faktur pajak;
  - g. berita acara pemeriksaan;
  - h. berita acara serah terima; dan
  - i. nota dinas 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/spp (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. nota dinas 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/SPP (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. nota dinas persetujuan dana dari pejabat keuangan.
- (13) Pengadaan langsung pembelian barang diatas 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/SPP (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. nota dinas persetujuan dana dari pejabat keuangan.
- (14) Pengadaan langsung jasa dan pemeliharaan diatas 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/SPP (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. nota dinas 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/SPP (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. nota dinas persetujuan dana dari pejabat keuangan.

Paragraf 10

Piutang Dan Utang/Pinjaman BLUD

Pasal 113

- (1) Rumah sakit mengelola piutang sehubungan dengan penyerahan barang, jasa, dan/atau transaksi yang berhubungan langsung atau tidak langsung dengan kegiatan BLUD.
- (2) RSUD Siti Fatimah 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 114

- (1) Piutang dapat dihapus secara mutlak atau bersyarat.
- (2) Pengelolaan dan penagihan piutang diatur dengan ketentuan-ketentuan:
  - a. RSUD mengelola piutang sehubungan dengan layanan dan perikatan perjanjian dan/atau akibat peristiwa lainnya;
  - b. Piutang RSUD 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. RSUD melakukan penagihan secara maksimal atas piutang;
  - e. Dalam hal penagihan piutang tidak terselesaikan secara maksimal, Direktur menyerahkan pengelolaan penagihan tersebut kepada panitia urusan piutang negara (PUPN) setelah mendapat persetujuan Gubernur; dan
  - f. Pengelolaan 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 RSUD; dan
    - 3. Dokumen yang dilengkapi berupa daftar nominatif para penanggung utang, besaran piutang yang dihapuskan, dan surat pernyataan PSBDT dari PUPN.
  - b. RSUD Siti Fatimah dapat mengajukan penghapusan secara mutlak kepada Gubernur tembusan Kepala 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 RSUD dari KPKNL regional Sumatera Selatan;
  - c. Kewenangan penghapusan secara bersyarat terhadap piutang RSUD Siti Fatimah 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 115

- (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 116

- (1) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 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 terhitung 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 117

- (1) Utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana, dimaksud dalam Pasal 115 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 terhitung 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 yang berlaku.

Paragraf 10

Investasi

Pasal 118

- (1) Rumah sakit dapat melakukan investasi sepanjang memberi manfaat bagi peningkatan pendapatan dan peningkatan pelayanan kepada masyarakat serta tidak mengganggu likuiditas keuangan BLUD dengan tetap memperhatikan rencana pengeluaran.
- (2) Investasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa investasi jangka pendek.

Pasal 119

- (1) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 118 ayat (2) merupakan investasi yang dapat segera dicairkan dan dimaksudkan untuk dimiliki selama 12 (dua belas) bulan atau kurang.



- (2) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan mengoptimalkan surplus kas jangka pendek dengan memperhatikan rencana pengeluaran.
- (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;
  - b. surat berharga negara jangka pendek; dan
  - c. lain-lain investasi yang memenuhi kriteria investasi 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.

#### Pasal 120

Pengelolaan investasi rumah sakit dengan status BLUD diatur dengan ketentuan-ketentuan:

- a. RSUD Siti Fatimah dapat melakukan Investasi sepanjang memberi manfaat bagi peningkatan pendapatan dan peningkatan pelayanan kepada masyarakat serta tidak mengganggu likuiditas keuangan RSUD Siti Fatimah dengan tetap memperhatikan rencana pengeluaran.
- b. Investasi sebagaimana dimaksud pada point a berupa Investasi jangka pendek, yaitu investasi yang dapat segera dicairkan dan dimaksudkan untuk dimiliki selama 12 (dua belas) bulan atau kurang.
- c. Investasi jangka pendek dapat dilakukan meliputi:
  1. deposito pada bank umum dengan jangka waktu 3 (tiga) sampai dengan 12 (dua belas) bulan dan/atau yang dapat diperpanjang secara otomatis; dan
  2. surat berharga negara jangka pendek.
- d. Karakteristik investasi jangka pendek dapat dilakukan meliputi:
  1. dapat segera diperjualbelikan/ dicairkan;
  2. ditujukan untuk manajemen kas; dan
  3. instrumen keuangan dengan risiko rendah.
- e. Besaran alokasi dana Investasi paling tinggi 80% (delapan puluh persen) dari dana kas RSUD Siti Fatimah dengan memperhatikan biaya pengeluaran dan disesuaikan dengan hasil evaluasi *cash flow* dana kas.
- f. Investasi jangka pendek dilaksanakan dengan melalui tahapan sebagai berikut:
  1. usulan investasi; dan
  2. pelaksanaan investasi.



- g. Usulan investasi diajukan oleh Direktur kepada Gubernur untuk mendapatkan persetujuan setelah mendapat pertimbangan dari Dewan Pengawas.
- h. RSUD Siti Fatimah menyusun pelaporan dan pertanggungjawaban pengelolaan Investasi dalam laporan keuangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- i. Gubernur melalui Kepala Bagian Perekonomian Sekretariat Daerah melakukan pembinaan dan melalui Inspektorat Daerah melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Investasi RSUD Siti Fatimah.
- j. Evaluasi terhadap Investasi RSUD Siti Fatimah dilakukan secara berkala oleh Dewan Pengawas.

Paragraf 12

Sisa Lebih Perhitungan Anggaran

Pasal 121

- (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;

- b. keperluan mendesak lainnya yang apabila ditunda akan menimbulkan kerugian yang lebih besar bagi pemerintah daerah dan masyarakat.

#### Pasal 122

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

- a. SiLPA RSUD merupakan selisih lebih antara realisasi penerimaan dan pengeluaran BLUD RSUD selama 1 (satu) tahun anggaran.
- b. SiLPA RSUD dihitung berdasarkan Laporan Realisasi Anggaran dalam 1 (satu) periode anggaran.
- c. SiLPA RSUD dapat digunakan dalam tahun anggaran berikutnya, kecuali atas perintah Gubernur disetorkan sebagian atau seluruhnya ke Kas Daerah dengan mempertimbangkan posisi likuiditas dan rencana pengeluaran RSUD, berdasarkan kajian yang mendalam.
- d. Pemanfaatan SiLPA RSUD dalam tahun anggaran berikutnya dapat digunakan sepanjang memberi manfaat bagi peningkatan pelayanan kepada masyarakat dan untuk memenuhi kebutuhan likuiditas dengan mempertimbangkan posisi likuiditas RSUD Siti Fatimah melalui mekanisme APBD.
- e. Pemanfaatan SiLPA RSUD Siti Fatimah 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 RSUD Siti Fatimah diperkirakan defisit, ditetapkan pembiayaan untuk menutupi defisit tersebut antara lain dari SiLPA RSUD Siti Fatimah 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.
  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 RSUD melalui kajian yang mendalam;

2. Penyetoran dana SiLPA dari Rekening Kas BLUD RSUD Siti Fatimah ke Rekening Kas Umum Daerah atas perintah Gubernur;
  3. Penyetoran dana SiLPA dilakukan untuk:
    - a. pembinaan pengelolaan keuangan BLUD RSUD Siti Fatimah; 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 RSUD Siti Fatimah 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 RSUD Siti Fatimah 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 RSUD Siti Fatimah ke Rekening Kas Umum Daerah, paling sedikit memuat:
    - a. besaran SiLPA yang disetorkan;
    - b. batas waktu penyetoran SiLPA RSUD Siti Fatimah 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.
  11. RSUD 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 ketentuan peraturan perundang-undangan.
  2. Pemantauan dilakukan untuk mengetahui tingkat keberhasilan penggunaan SiLPA dalam membiayai program dan kegiatan BLUD RSUD Siti Fatimah.
  3. Laporan Keuangan dapat digunakan sebagai bahan untuk pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pemanfaatan SiLPA.

Paragraf 13  
Defisit Anggaran  
Pasal 123

- (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.

Paragraf 14  
Penyelesaian Kerugian  
Pasal 124

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 15  
Pertanggungjawaban Keuangan  
Pasal 125

- (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 126

- (1) BLUD menyusun pelaporan dan pertanggungjawaban berupa laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  - a. laporan realisasi anggaran (LRA);
  - b. laporan perubahan saldo anggaran lebih;
  - c. neraca;
  - d. laporan operasional;
  - e. laporan arus kas (LAK);
  - f. laporan perubahan ekuitas; dan
  - g. catatan atas laporan keuangan (CaLK).
- (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 127

- (1) RSUD Siti Fatimah 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 16

Pengelolaan Barang Milik Daerah

Pasal 128

- (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;



Pasal 131

Kedudukan, Hak dan Kewajiban Pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Siti Fatimah yang berasal dari Aparatur Sipil Negara (ASN) sebagaimana dimaksud Pasal 129 huruf a tunduk pada Ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 132

- (1) Pegawai Rumah Sakit terdiri atas:
  - a. PNS;
  - b. PPPK; dan
  - c. Pegawai.
- (2) Kedudukan, hak dan kewajiban Pegawai Rumah Sakit tunduk pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Pegawai rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Paragraf 19

Tenaga Profesional Tertentu

Pasal 133

- (1) Selain Pegawai Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam pasal 130 ayat (2) Rumah Sakit dapat mempekerjakan Tenaga profesional tertentu.
- (2) Tenaga Profesional tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari ASN sepanjang tidak mengganggu pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya selaku ASN pada institusi asal, yang ditunjukkan dengan surat persetujuan/izin dari institusi asal.
- (3) Tenaga profesional tertentu yang mempunyai keahlian khusus yang dibutuhkan, dapat dilakukan kontrak kerja profesional.
- (4) Tenaga medis yang mempunyai keahlian khusus yang dibutuhkan, dapat dilakukan kontrak kerja profesional, dengan batasan usia mengikuti Surat Tanda Registrasi (STR) yang dikeluarkan oleh ketua Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).
- (5) Kontrak kerja profesional akan diatur lebih lanjut pada Peraturan Direktur RSUD Siti Fatimah.

Paragraf 20

Pengadaan Tenaga

Pasal 134

- (1) Pengadaan tenaga didasarkan pada formasi kebutuhan yang disusun berdasar:
  - a. jenis dan sifat pelayanan yang diberikan;
  - b. kemampuan pendapatan operasional;
  - c. sarana dan prasarana yang tersedia;
  - d. uraian dan peta jabatan/analisa beban kerja.
- (2) Formasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan terlebih dahulu kepada Gubernur untuk mendapatkan persetujuan.

- (3) Untuk melaksanakan pengadaan Tenaga Non ASN, Direktur membentuk Tim Pengadaan tenaga.
- (4) Susunan Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
  - a. pembina;
  - b. penanggungjawab;
  - c. ketua;
  - d. wakil ketua;
  - e. sekretaris;
  - 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 tenaga Non ASN berdasarkan persetujuan Direktur;
  - g. Ketua tim mengumumkan calon tenaga Non ASN;
  - h. melakukan pemanggilan kepada Calon tenaga Non ASN 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 tenaga Non ASN yaitu berasal dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah dan/atau anggaran Pendapatan Badan Layanan Umum Daerah.

#### Pasal 135

- (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);
  - d. psikologi dan apabila diperlukan dilengkapi dengan *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).

Paragraf 21

Pengangkatan tenaga

Pasal 136

- (1) Bagi Calon tenaga yang dinyatakan lulus tes selanjutnya ditetapkan menjadi tenaga.
- (2) Tenaga Non ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib mengikuti orientasi.
- (3) Orientasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari:
  - a. orientasi umum; dan
  - b. orientasi khusus.
- (4) Tenaga Non ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selama melakukan orientasi akan dievaluasi oleh atasan langsung.
- (5) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) yaitu Penilaian kinerja pegawai yang meliputi:
  - a. orientasi pelayanan;
  - b. integritas;
  - c. komitmen;
  - d. disiplin; dan
  - e. kerjasama.
- (6) Pengangkatan tenaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Perjanjian Kerja dan ditandatangani oleh Direktur selaku pemimpin BLUD.

Pasal 137

- (1) Tenaga Non ASN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 136 ayat (1) dapat diangkat menjadi Pegawai Tidak Tetap BLUD apabila telah menjalani masa orientasi minimal 3 (tiga) bulan dan dinyatakan lulus.
- (2) Pengangkatan Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Ketetapan Direktur berlaku selama 2 (dua) tahun dan selanjutnya dapat diperpanjang untuk 2 (dua) tahun berikutnya serta akan dilakukan evaluasi setiap 1 (satu) tahun.
- (3) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) 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.

Paragraf 22  
Evaluasi Kinerja  
Pasal 138

- (1) Evaluasi kinerja Pegawai ASN dilakukan:
  - a. evaluasi kinerja bagi pegawai ASN dilaksanakan setiap 1 (satu) tahun sekali tertuang didalam sasaran kerja pegawai (SKP) dan penilaian perilaku kerja pegawai (PKP);
  - b. evaluasi dilakukan berdasarkan kinerja individu dan kinerja mutu; dan
  - c. evaluasi kinerja pegawai ASN mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Evaluasi kinerja tenaga Non ASN 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.

Paragraf 23

Hak, Kewajiban dan Larangan Tenaga Non ASN  
Pasal 139

- (1) Tenaga berhak:
  - a. menerima honorarium 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 tenaga secara berkala sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.

Paragraf 24  
Kewajiban  
Pasal 140

Tenaga Non ASN 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 25

Larangan

Pasal 141

Tenaga Non ASN dilarang:

- a. menyalahgunakan gunakan 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.

Paragraf 26  
Penghargaan  
Pasal 142

- (1) Tenaga Non ASN dapat memperoleh penghargaan berupa:
  - a. uang atau barang yang setara dengan uang;
  - b. piagam penghargaan; dan
  - c. peningkatan kompetensi diri.
- (2) Pemberian penghargaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 27  
Pembinaan Tenaga Non ASN  
Pasal 143

- (1) Tenaga Non ASN yang tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 140 dan/ atau melakukan pelanggaran terhadap larangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 141 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.

Paragraf 28  
Kategori Pemberian Hukuman  
Pasal 144

Kategori pemberian hukuman bagi ASN dan PPPK berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 145

- (1) Kategori hukuman tenaga Non ASN:
  - 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terhadap tenaga Non ASN terdiri dari:
  - 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terhadap tenaga Non ASN terdiri dari:
  - 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 tenaga Non ASN akan dikenakan sanksi berupa pemutusan hubungan kerja secara sepihak atau pemberhentian dengan tidak hormat.
- (4) Kategori hukuman sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terhadap tenaga Non ASN maka akan berdampak pada pengurangan penilaian kinerja akhir tahun.
- (5) Kategori hukuman sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d terhadap tenaga Non ASN terdiri dari:
  - 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.



Paragraf 29

Pejabat yang Berwenang Memberikan Hukuman

Pasal 146

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

Paragraf 30

Tata Cara Pemanggilan, Pemeriksaan, Penjatuhan, dan

Penyampaian Keputusan Hukuman Disiplin

Pasal 147

- (1) Tenaga Non ASN yang diduga melakukan pelanggaran disiplin dipanggil secara lisan oleh atasan langsung untuk dilakukan pembinaan.
- (2) Pemanggilan kepada tenaga Non ASN 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) Tenaga Non ASN yang bersangkutan tetap tidak hadir, maka pejabat yang berwenang menghukum menjatuhkan hukuman disiplin berdasarkan alat bukti dan keterangan yang ada tanpa dilakukan pemeriksaan.

Pasal 148

- (1) Sebelum tenaga Non ASN dijatuhi hukuman tertulis Surat Peringatan 1 (satu) dan Surat Peringatan 2 (dua), setiap atasan langsung wajib memeriksa terlebih dahulu tenaga yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.
- (2) Pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara tertutup dan hasilnya ditunagkan 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 (2) diproses oleh unit kerja yang membidangi SDM untuk ditanda tangani oleh Direktur.



Pasal 149

- (1) Khusus untuk pelanggaran disiplin terkait dengan profesi dapat dibentuk Tim Pemeriksa 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 150

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

Pasal 151

- (1) Berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 148 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 152

- (1) Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dituangkan dalam berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 148 ayat (2), pejabat yang berwenang menghukum sebagaimana dimaksud Pasal 146 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 Tenaga Non ASN yang bersangkutan.

Pasal 153

- (1) Tenaga Non ASN 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) Tenaga Non ASN 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 154

- (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 Tenaga Non ASN 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 Tenaga Non ASN yang dijatuhi hukuman disiplin dan profesi tidak hadir pada saat penyampaian keputusan hukuman, keputusan dikirim kepada yang bersangkutan.

Paragraf 31

Pemberhentian Tenaga Non ASN

Pasal 155

- (1) Tenaga Non ASN 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 tenaga Non ASN; dan
  - b. pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri dari tenaga Non ASN.
- (3) Dalam hal dilakukan pemutusan hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Tenaga Non ASN tidak dapat menuntut pemberian kompensasi dalam bentuk apapun.

Paragraf 32

Batas Usia Tenaga Non ASN

Pasal 156

- (1) Batas usia tenaga Non ASN adalah 58 (lima puluh delapan) tahun.
- (2) Direktur dapat mempekerjakan tenaga Medis Spesialis, subspesialis 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 surat tanda registrasi (STR) yang dikeluarkan oleh konsil kedokteran indonesia (KKI);
  - 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.

Paragraf 33

Pemberhentian dengan hormat atas permintaan sendiri  
sebagai Tenaga Non ASN

Pasal 157

- (1) Pemberhentian dengan hormat atas permintaan sendiri sebagai Tenaga Non ASN, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 155 ayat (2) huruf a dapat diberikan dalam hal:
  - a. masa berlaku perjanjian kerja sebagai tenaga Non ASN 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 Tenaga Non ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan Surat Keterangan dari Direktur.
- (3) Pemberhentian dengan hormat atas permintaan sendiri sebagai tenaga Non ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berkait pada timbulnya hak untuk menuntut pesangon/bonus/pensiun atau istilah lainnya yang bersifat membebani keuangan rumah sakit.

Pasal 158

- (1) Pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai Tenaga Non ASN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 155 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 dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Surat Keterangan Direktur.

Paragraf 34  
Jasa Pelayanan  
Pasal 159

Jasa Pelayanan merupakan imbalan jasa yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik, pemeriksaan penunjang medik dan/atau pelayanan lainnya, yang ditetapkan dalam Peraturan Direktur.

Pasal 160

Jasa Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 diberikan berdasarkan prinsip dasar :

- a. proporsionalitas, yaitu pertimbangan atas kelas rumah sakit dan tingkat pelayanan;
- b. kesetaraan, yaitu dengan mempertimbangkan industri pelayanan sejenis; dan
- c. kepatutan, yaitu menyesuaikan kemampuan pendapatan fungsional rumah sakit.

Pasal 161

- (1) Pemberian gaji dan tunjangan bagi pegawai berstatus ASN dan PPPK dialokasikan melalui Anggaran Belanja Tidak Langsung.
- (2) Pemberian honorarium bagi tenaga Non ASN dialokasikan melalui Anggaran Belanja Langsung.
- (3) Alokasi anggaran insentif, bonus dan honorarium bagi Pejabat Pengelola, Pejabat Pelaksana Keuangan, Pejabat Pelaksana Teknis, Pegawai, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Tim Pembina Rumah Sakit dianggarkan melalui Anggaran Belanja Langsung.
- (4) Semua biaya yang dikeluarkan untuk remunerasi berasal dari Jasa layanan dan/atau anggaran fungsional Rumah Sakit yang dianggarkan dalam DPA paling tinggi 44 % (empat puluh empat persen) dari realisasi pendapatan rumah sakit.
- (5) Besaran Jasa/Imbalan tenaga manajer pelayanan pasien, Kepala Instalasi dan tenaga Staf Medis dapat diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

Pasal 162

- (1) Besaran Jasa Pelayanan bagi pegawai didasarkan pada indikator penilaian yang meliputi:
  - a. pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
  - b. keterampilan, ilmu pengetahuan dan Perilaku (*competency index*);



- c. resiko kerja (*risk index*);
  - d. tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
  - e. jabatan yang disandang (*position index*); dan
  - f. hasil/capaian kinerja (*performance index*).
- (2) Besaran Jasa Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

Bagian Kedua Belas  
Manajemen Sumber Daya

Paragraf 1

Pasal 163

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 164

- (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 165

- (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 ditetapkan Direktur.
- (3) Rencana Kerja Unit merupakan tahapan dalam proses perencanaan Rumah Sakit, berdasarkan:
  - a. renstra rumah sakit;
  - b. target capaian terhadap status akreditasi dan program kerja rumah sakit;
  - c. laporan kinerja pada periode sebelumnya;
  - d. kemampuan sumber daya rumah sakit;
  - e. resiko yang dihadapi dalam proses pelaksanaan kegiatan dalam program kerja.



Paragraf 3  
Pengadaan  
Pasal 166

- (1) Pengadaan barang dan jasa dilakukan oleh Instalasi Pengadaan Barang dan Jasa yang ditetapkan oleh Direktur;
- (2) Pengadaan barang dan Jasa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mengacu pada DPA yang telah disahkan;
- (3) Rumah sakit dalam pembelian alat kesehatan, bahan medis bekas pakai dan obat yang beresiko termasuk vaksin, harus memperhatikan perihal sebagai berikut:
  - a. akte pendirian perusahaan dan pengesahan dari Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia;
  - b. surat izin usaha perusahaan;
  - 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
  - i. didistribusikan (dari prinsipal).
- (4) Selain persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) untuk mengetahui keaslian produk yang akan diadakan Direktur melalui Instalasi Pengadaan Barang/ Jasa mencari data/ informasi tentang rantai distribusi obat, serta perbekalan farmasi yang aman untuk melindungi pasien dan staf dari produk yang berasal dari pasar gelap, palsu, terkontaminasi, atau cacat.

Paragraf 4  
Pengelolaan  
Pasal 167

- (1) Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan sarana dan prasarana mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Direktur mengatur dan menetapkan Kebijakan Pengelolaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit.
- (3) Setiap Kepala Unit Kerja di lingkungan rumah sakit melakukan pengawasan atas penyelenggaraan pengelolaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Unit kerja di lingkungan rumah sakit wajib mengelola dan menatausahakan sarana dan prasarana rumah sakit yang berada dalam pengawasannya dengan sebaik – baiknya.

Pasal 168

- (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 169

- (1) BLUD tidak boleh mengalihkan dan/atau menghapus aset tetap kecuali atas persetujuan pejabat yang berwenang.
- (2) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan alat berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD atau dimanfaatkan oleh masyarakat umum.
- (3) Kewenangan pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan berdasarkan jenjang nilai dan jenis barang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang - undangan.
- (4) Hasil pengalihan aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan pendapatan BLUD dan diungkapkan secara memadai dalam Laporan Keuangan BLUD.
- (5) Pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap dilaporkan kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (6) Penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi BLUD harus mendapat penetapan Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (7) Sarana dan prasarana yang berupa tanah yang dikuasai rumah sakit harus disertifikatkan.
- (8) Sarana dan prasarana rumah sakit yang berupa bangunan harus dilengkapi dengan bukti status kepemilikan dan ditatausahakan secara tertib.

#### Bagian Ketiga Belas

#### Manajemen Budaya Keselamatan Kerja

#### Pasal 170

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan K3RS.
- (2) Penyelenggaraan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat 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 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) Kebijakan K3RS meliputi:
  - a. penetapan kebijakan dan tujuan dari program K3RS;
  - b. penetapan organisasi K3RS; dan
  - c. penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana.
- (5) Kebijakan K3RS sebagaimana yang dimaksud pada ayat (4) ditetapkan secara tertulis dengan Keputusan Kepala atau Direktur Rumah Sakit dan disosialisasikan ke seluruh SDM Rumah Sakit.
- (6) Perencanaan K3RS 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 (6) 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 sumber daya manusia di bidang K3RS, sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai.
- (10) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS 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 (1) digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.
- (13) Peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS dilakukan untuk menjamin kesesuaian dan efektivitas penerapan SMK3 Rumah Sakit.



- (14) Peninjauan 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 Keempat Belas  
Manajemen Kerjasama/Kontrak  
Paragraf 1  
Umum  
Pasal 171

- (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;
  - b. kerjasama klinis dan perjanjian klinis;
  - c. kerjasama manajemen dan perjanjian manajemen; dan
  - d. kerjasama pelayanan kesehatan dan perjanjian pelayanan kesehatan;
- (5) Penatalaksanaan Kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 2  
Pengelolaan Jenis Kerja Sama  
Pasal 172

- (1) Kerja sama operasional sebagaimana dimaksud pada pasal 171 ayat (4) huruf a disebut kerja sama operasional (KSO) dilakukan melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan mitra kerja sama dengan tidak menggunakan atau menggunakan barang milik daerah meliputi kerja sama berupa profit sharing.
- (2) Perjanjian klinis dengan tenaga staf medis/individu staf klinis profesional pemberi asuhan (PPA) dilengkapi pakta integritas staf klinis untuk mematuhi peraturan perundang-undangan dan regulasi rumah sakit.
- (3) Regulasi rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi kredensial, rekredensial, penilaian kinerja, standar operasional prosedur (SOP), kode etik, dan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang rumah sakit.



- (4) Selain kerjasama klinis (kontrak klinis) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) rumah sakit juga dapat kerjasama dengan badan hukum/institusi dalam rangka pelaksanaan bidang kesehatan sebagai rumah sakit rujukan regional.
- (5) Kerjasama manajemen (kontrak manajemen) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 171 ayat (4) huruf c dilakukan dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan operasional rumah sakit dan kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan badan hukum/ institusi yaitu:
  - a. kerjasama penunjang medis / non medis.
  - b. kerjasama pelaksanaan sebagai rumah sakit pendidikan dan pengembangan penelitian.
- (6) Perjanjian manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a dapat meliputi kontrak untuk alat laboratorium, peralatan kedokteran, peralatan penunjang medis, obat-obatan, kontrak pelayanan, kontrak sumber daya manusia, pelayanan akuntansi keuangan, kebersihan, kerumahtanggaan seperti petugas keamanan, makanan, linen/laundry, pengolah limbah, oksigen, pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan perjanjian manajemen lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit.
- (7) Kerjasama Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada Pasal 171 ayat (3) huruf d adalah kesepakatan antara rumah sakit dengan pihak lain mengenai pelayanan kesehatan yang dibuat secara tertulis, menimbulkan hak dan kewajiban dari para pihak.
- (8) Perjanjian Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) meliputi rawat jalan (poli klinik bedah, poli klinik anak, poli klinik gigi, poli klinik paru, poli klinik ginjal, poli klinik ortopedi, IGD), rawat inap, rawat intensif (ICU, NICU, PICU, Perinatologi) penunjang medik (laboratorium, gizi, farmasi, radiologi).
- (9) Pendapatan yang berasal dari kerjasama sebagaimana dimaksud pada Pasal 171 ayat (4) yang sepenuhnya untuk menyelenggarakan tugas dan fungsi kegiatan Rumah Sakit merupakan pendapatan Rumah Sakit.
- (10) Pembiayaan yang timbul akibat dilakukannya kerjasama sebagaimana dimaksud pada Pasal 171 ayat (4) dibebankan pada anggaran fungsional Rumah Sakit berdasarkan kesepakatan kedua pihak.
- (11) Direktur rumah sakit menjabarkan secara tertulis jenis dan ruang lingkup, sifat dan cakupan pelayanan yang disediakan melalui perjanjian kerjasama dan perjanjian.
- (12) Direktur rumah sakit bertanggungjawab terhadap kerjasama dan perjanjiannya atau pengaturan lainnya.
- (13) Tata cara pelaksanaan kerjasamadan perjanjian selanjutnya diatur dengan Peraturan Direktur yang berpedoman pada perundang-undangan yang berlaku.
- (14) Kepala Bidang/Bagian secara berjenjang berpartisipasi dalam seleksi perjanjian klinis dan perjanjian manajemen.

Paragraf 3  
Evaluasi Kontrak  
Pasal 173

- (1) Rumah sakit perlu melakukan evaluasi Rutin 6 (enam) bulan atau satu tahun sekali untuk menilai kualitas/efektifitas Kerjasama.
- (2) Kontrak dan perjanjian kerjasama lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan berdasarkan kontrak tersebut.
- (3) Setiap kerjasama /kontrak yang telah dilengkapi indikator mutu harus dilaporkan ke rumah sakit sesuai dengan mekanisme pelaporan mutu di rumah sakit.
- (4) Kepala Bidang/Bagian melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan Kontrak Manajemen dibawah tanggung jawabnya.

Bagian Kelima Belas  
Manajemen Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

Paragraf 1  
Pendidikan dan Pelatihan  
Pasal 174

- (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 175

Monitoring dan kendali mutu pendidikan dan pelatihan dilaksanakan oleh Satuan Pengendali Internal (SPI) rumah sakit.

Paragraf 2  
Praktik Klinik Mahasiswa  
Pasal 176

- (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 177

- (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;
  - f. program keselamatan dan kesehatan kerja (K3) rumah sakit;
  - g. bantuan hidup dasar (BHD); dan
  - h. komunikasi efektif.
- (2) Rumah sakit menyediakan pendamping klinik dan atau pembimbing klinik.

Paragraf 3  
Penelitian  
Pasal 178

- (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 Keenam Belas  
Manajemen Etik  
Pasal 179

- (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 sumber daya manusia.

- 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 180

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

Pasal 181

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 sertabudaya negara Indonesia; dan
- k. mengurangi kesenjangan dalam akses untuk pelayanan kesehatan dan hasil klinis.

Bagian Ketujuh Belas  
Manajemen Budaya Keselamatan

Pasal 182

- (1) Direktur RSUD Siti Fatimah menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

- (2) Direktur RSUD Siti Fatimah melaksanakan, melakukan monitor, dan mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit.
- (3) Direktur RSUD Siti Fatimah 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;
  - 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 RSUD Siti Fatimah 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 RSUD Siti Fatimah melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data dan diskusi kelompok.
- (6) Direktur RSUD Siti Fatimah mendorong agar terbentuk kerjasama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini.
- (7) Direktur RSUD Siti Fatimah 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 RSUD Siti Fatimah mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas.

- (9) Direktur RSUD Siti Fatimah mengidentifikasi, mendokumentasi, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima.
- (10) Direktur RSUD Siti Fatimah mengidentifikasi, mendokumentasi, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima.
- (11) Direktur RSUD Siti Fatimah menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam rumah sakit.
- (12) Direktur RSUD Siti Fatimah 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 RSUD Siti Fatimah 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 RSUD Siti Fatimah 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 RSUD Siti Fatimah menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian/dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan.

Bagian Kedelapan Belas  
Manajemen Penanganan Pengaduan  
Paragraf 1  
Layanan Pengaduan  
Pasal 183

- (1) Pengaduan Internal adalah pengaduan di lingkup RSUD Siti Fatimah.
- (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 pengaduan 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 184

- (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 Umum.
- (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 peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Tim pelayanan pengaduan terdiri dari:
- a. Direksi;
  - b. Kepala Bagian Humas, Protokol, Pemasaran dan Kemitraan;
  - c. Kepala Subbagian Humas, Protokol, Pemasaran dan Kemitraan;
  - d. Seluruh ASN Eselon III;
  - e. Seluruh ASN eselon IV;
  - f. Seluruh Kepala Instalasi;
  - g. Penanggung Jawab Unit;
  - h. Case manager;
  - i. PPID; dan
  - j. Personal Care.

Bagian Kesembilan belas  
Manajemen Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit  
dan Sumber Daya Lain

Pasal 185

- (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 186

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 185 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, yang terdiri dari limbah medis dan limbah non medis.
- (2) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan perundang-undangan.

Pasal 187

- (1) Pengelolaan Sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, gedung dan jalan dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (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.

Pasal 189

Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud pada Pasal 187 ayat (1), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam:

- a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
- b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
- c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
- d. kemampuan menerima dari jasa layanan untuk membiyai pengeluaran.

Pasal 190

Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud pada Pasal 187 ayat (1) dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

Bagian Kedua Puluh Satu

Tuntutan Hukum Dan Pemberian Bantuan Hukum

Pasal 191

- (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;
- (5) Pemerintah Provinsi dapat menyediakan anggaran terhadap kasus penyelesaian hukum terhadap masyarakat sebagai perlindungan hukum dan bantuan hukum sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilakukan sesuai mekanisme permohonan dari pihak berwajib/penegak hukum.
- (7) Mekanisme pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dilakukan dengan mekanisme permohonan dari Penegak Hukum melalui RSUD Siti Fatimah Disampaikan kepada Biro Hukum/Bagian Hukum Setda Bidang bantuan Hukum.
- (8) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dengan anggaran APBD Provinsi Sumatera Selatan.

Bagian Kedua Puluh Dua  
Pengisian Jabatan  
Pasal 192

- (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 yang berlaku.
- (2) Jabatan Struktural selain Direktur diisi Pegawai ASN atas usulan Direktur kepada Gubernur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Pegawai ASN yang menduduki jabatan pimpinan tinggi, jabatan administrator dan jabatan pengawas Rumah Sakit memenuhi persyaratan kompetensi:
  - a. teknis;
  - b. manajerial; dan
  - c. sosial kultural.
- (4) Selain memenuhi 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 Kedua Puluh Tiga  
Pelaksanaan Peraturan Pola Tata Kelola  
Pasal 193

Seluruh pelaksanaan dan petunjuk teknis dari Peraturan ini akan diatur dalam Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ditetapkan oleh Direktur.

BAB IV  
TATA KELOLA KELOMPOK STAF MEDIS  
Bagian Kesatu  
Staf Medis  
Paragraf 1  
Umum  
Pasal 194

Staf Medis Rumah Sakit terdiri dari:

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

Pasal 195

Staf Medis ASN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 194 huruf a, yaitu dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis yang berstatus sebagai PNS atau PPPK RSUD Siti Fatimah yang bekerja penuh waktu sebagai pegawai tetap rumah sakit, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 196

- (1) Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 194 huruf b, yaitu dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang berstatus tenaga kontrak dan yang telah terikat perjanjian kerja dengan RSUD Siti Fatimah.
- (2) Staf Medis 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 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 RSUD Siti Fatimah.

#### Pasal 197

Staf Medis Tamu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 194 huruf c, yaitu dokter dari luar RSUD Siti Fatimah yang karena reputasi, keahliannya, dan/atau diundang secara khusus oleh RSUD Siti Fatimah untuk membantu memberikan pelayanan dan/atau menangani kasus-kasus yang belum mampu ditangani oleh staf medis di RSUD Siti Fatimah atau untuk melaksanakan tugas suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

#### Pasal 198

Peserta PPDS yaitu Dokter yang secara sah diterima sebagai peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis, serta membantu memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dibidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### Paragraf 3

#### Kewenangan Klinis Staf Medis

#### Pasal 199

- (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.
- (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 200

- (1) Untuk dapat memberikan rekomendasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 199 ayat (1) Komite medik menetapkan rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) dari syarat-syarat kompetensi yang dibutuhkan untuk setiap jenis pelayanan medis bagi setiap jenis pelayanan di rumah sakit.
- (2) Penetapan rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium spesialisasi dan didokumentasikan oleh Komite Medik dalam buku putih.
- (3) Buku putih sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menjadi dasar bagi Komite Medik dalam mengeluarkan rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk Staf Medis.

Paragraf 4  
Surat Penugasan Klinis  
Pasal 201

- (1) Pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 199 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 kelompok staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medik di rumah sakit.
- (4) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis 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 202

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

Pasal 203

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 204

- (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.

Pasal 205

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 206

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.

Pasal 207

- (1) Untuk menjadi Kelompok Staf Medis RSUD Siti Fatimah seorang staf medis harus memiliki:
  - a. kompetensi yang dibutuhkan;
  - b. surat tanda registrasi (STR); dan
  - c. surat izin praktik (SIP).
- (2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf medis harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang laik untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.

Pasal 208

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

Pasal 209

Dalam melaksanakan fungsinya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 208 ayat (1) Kelompok Staf Medis 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 210

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 208 Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/ keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis 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 kelompok Staf Medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 211

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

Pasal 212

Tanggungjawab Kelompok Staf Medis 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 Wakil Direktur Pelayanan tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain- lain yang dianggap perlu; dan
- e. melakukan perbaikan Standar Operasional Prosedur serta dokumen-dokumen yang terkait.

Pasal 213

- (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 5

Penilaian Kinerja Staf Medis

Pasal 214

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

Paragraf 6

Sanksi

Pasal 215

- (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.

Bagian Kedua  
Komite Medik  
Paragraf 1  
Pembentukan  
Pasal 216

- (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, penjaminan 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;
  - 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.

Paragraf 2  
Susunan, Fungsi, Tugas dan Kewenangan  
Pasal 217

Susunan Organisasi Komite medik terdiri dari:

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

Pasal 218

- (1) Ketua komite medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 217 huruf a, ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (2) Sekretaris komite medik dan ketua Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 217 huruf b dan huruf c ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari kelompok staf medis.
- (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 219

- (1) Komite Medis mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:

- a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Komite Medis mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
- a. subkomite kredensial staf medis;
  - b. subkomite mutu profesi medis; dan
  - c. subkomite etika dan disiplin profesi medis.
- (3) Sub Komite 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.

#### Pasal 220

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.

#### Pasal 221

- (1) Organisasi Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 219 ayat (2) huruf a paling sedikit terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Sub Komite Kredensial Staf Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. penyusunan dan pengkomplikasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    1. kompetensi;
    2. kesehatan fisik dan mental;

3. perilaku; dan
  4. etika profesi.
- c. evaluasi data pendidikan professional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
  - e. penilaian dan pemutusan 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 222

- (1) Organisasi Subkomite Mutu Profesi Medis sebagaimana dimaksud pada Pasal 219 ayat (2) huruf b, paling sedikit terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Mutu profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas memelihara mutu profesi staf medis.
- (3) 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 kelompok staf medis 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 223

- (1) Organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 219 ayat (2) huruf c, paling sedikit terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua Komite Medik.

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

Paragraf 3  
Kredensial  
Pasal 224

- (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.

Pasal 225

- (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 4  
Rekredensial  
Pasal 226

- (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 227

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

Paragraf 5

Rapat-Rapat

Pasal 228

Rapat Komite Medik terdiri dari:

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

Pasal 229

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 228 huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (2) Rapat Rutin bersama semua kelompok Staf Medis dan/atau dengan semua staf medis, dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (3) Rapat dipimpin oleh Ketua Medik atau Wakil Ketua dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu dari anggota yang hadir dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik tidak hadir.
- (4) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.
- (5) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 230

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 228 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  $\frac{2}{3}$  (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 231

- (1) Rapat tahunan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 228 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 232

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 226 huruf b dan huruf c wajib dihadiri oleh Direktur, Wakil Direktur Pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.

Pasal 233

- (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 234

- (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.

Paragraf 6  
Panitia *Ad hoc*  
Pasal 235

- (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/dokter gigi spesialis, dan/atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Paragraf 7  
Pembinaan dan Pengawasan  
Pasal 236

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh badan-badan yang berwenang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan Staf Medis dilakukan oleh Direktur melalui Komite Medik.
- (3) 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.
- (4) 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.



- (5) Dalam rangka pembinaan, pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.
- (6) Pembinaan dan pengawasan Staf Medis dilakukan oleh Direktur melalui Komite Medik.
- (7) Pembinaan dan pengawasan anggota kelompok Staf Medis dilakukan oleh Wakil Direktur Pelayanan melalui ketua kelompok Staf Medis dari masing-masing kelompok.

Bagian Ketiga  
Tata Kelola Staf Keperawatan  
Paragraf 1  
Umum  
Pasal 237

- (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.

Paragraf 2  
Kewenangan Klinis  
Pasal 238

- (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) terdiri dari:
  - 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 klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dijabarkan dalam buku putih.
- (6) Buku Putih sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disusun oleh Panitia *ad hoc* yang dibentuk oleh komite keperawatan dengan melibatkan mitra bestari.



Pasal 239

- (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.

Paragraf 3

Penugasan Klinis

Pasal 240

- (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.

Bagian Keempat

Komite Keperawatan

Paragraf 1

Pembentukan

Pasal 241

- (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.

Paragraf 2

Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan

Pasal 242

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. subkomite.
- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (3) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Ketua

- Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (4) 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 RSUD Siti Fatimah minimal 1 (satu) tahun;
    - j. memiliki pengalaman klinis minimal 2 (dua) tahun dan memiliki pengalaman managerial; dan
    - k. memiliki pengalaman menjadi anggota komite keperawatan.
  - (5) Dalam menentukan Ketua Komite Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Bidang dan staf keperawatan di RSUD Siti Fatimah.
  - (6) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari:
    - a. subkomite kredensial;
    - b. subkomite mutu profesi; dan
    - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
  - (7) Masing-masing anggota subkomite berjumlah 3 (tiga) orang.
  - (8) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (6) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
  - (9) Tugas dan Wewenang Subkomite Kredensial:
    - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
    - b. menyusun buku putih yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan sesuai dengan standar kompetensinya. Buku Putih 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 Sumber Daya Manusia;
    - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
    - e. melakukan kredensial ulang secara berkala seseuai waktu yang ditetapkan; dan
    - f. subkomite kredensial membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke Direktur RSUD Siti Fatimah.



- (10) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub komite Kredensial memiliki kewenangan memberikan rekomendasi rincian Kewenangan klinis untuk memperoleh surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*).
- (11) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (12) Tugas sub komite mutu profesi:
  - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan professional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. audit asuhan keperawatan; dan
  - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (13) Dalam melaksanakan tugasnya, subkomite mutu profesi mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan, pendidikan keperawatan berkelanjutan serta pendampingan.
- (14) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.
- (15) 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.
- (16) 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.
- (17) 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.

Pasal 243

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan subkomite mutu profesi; dan
  - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
  - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
  - c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
  - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
  - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
  - f. melaporkan seluruh proses kredensia 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.

Pasal 244

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 3



Kredensial

Pasal 245

- (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 246

- (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 4

Rekredensial

Pasal 247

- (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 RSUD Siti Fatimah.
- (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.

Paragraf 5  
Rapat-Rapat  
Pasal 248

Rapat Komite Keperawatan terdiri dari:

- a. rapat komite; dan
- b. rapat dengan tim komite PPI.

Pasal 249

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 248 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua anggota komite PPI yang dilakukan 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
- (2) Rapat dengan Tim Komite PPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 248 huruf b adalah rapat yang dilakukan oleh IPCN dengan IPCLN atau dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 250

- (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 RSUD Siti Fatimah.
- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Keperawatan yang hadir.

Pasal 251

- (1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat komite atau



rapat tim komite PPI, 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.

Paragraf 6  
Panitia *Ad hoc*  
Pasal 252

- (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.

Paragraf 7  
Pembinaan dan Pengawasan  
Pasal 253

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

Pasal 254

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 253 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.

Bagian Kelima



Tata Kelola Staf Tenaga Kesehatan Lainnya

Paragraf 1

Umum

Pasal 255

- (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 (Bidan, Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Gizi, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Fisioterapi, Okupasi Terapi, Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknisi Pelayanan Darah, Terapis Gigi dan Mulut, Refraksionis Optisien/ Optometris, Radiografer, Elektromedik, Pembimbing Kesehatan Kerja, Radioterapis, Fisikawan Medis, Penata Anestesi, Audologi, Terapis Wicara, Teknisi Kardiovaskular, Psikolog, dan Ortotik Prostetik).

Paragraf 2

Kewenangan Klinis

Pasal 256

- (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.

Bagian Keenam

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Paragraf 1

Pembentukan

Pasal 257

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari Bidan, Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Gizi, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Fisioterapi, Okupasi Terapi, Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknisi Pelayanan Darah, Terapis Gigi dan Mulut, Refraksionis Optisien/Optomemis, Radiografer, Elektromedik, Pembimbing Kesehatan Kerja, Radioterapis, Fisikawan Medis, Penata Anastesi, Audiologi, Terapis Wicara, Teknisi Kardiovaskular, Psikolog, dan Ortotik Prostetik.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lainnya.

Paragraf 2

Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan

Pasal 258

- (1) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sekurang-kurangnya terdiri dari:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. subkomite.
- (2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (3) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dan masukan dari tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di Rumah Sakit.
- (4) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari:
  - a. subkomite kredensial;
  - b. subkomite mutu profesi; dan
  - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (5) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud bertugas merekomendasikan kewenangan klinis sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lainnya.
- (6) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud bertugas melakukan audit tenaga kesehatan lainnya dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lainnya.
- (7) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 259

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan lainnya yang akan melakukan pelayanan di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lainnya; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku tenaga kesehatan lainnya masing-masing profesi.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. menyusun daftar rincian kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain dan buku putih;
  - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
  - c. merekomendasikan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain;
  - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain;
  - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; 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.

Pasal 260

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 3

Kredensial

Pasal 261

- (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 4  
Rekredensial  
Pasal 262

- (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 RSUD Siti Fatimah.
- (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 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 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.

Paragraf 5  
Rapat-Rapat



Pasal 263

Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari:

- a. rapat komite; dan
- b. rapat anggota komite;

Pasal 264

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 263 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua Staff komite yang dilakukan 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
- (2) Rapat Anggota Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 263 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 265

- (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 266

- (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.

Paragraf 6

Panitia *Ad hoc*

Pasal 267

- (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.

Paragraf 7

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 268

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

Pasal 269

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 268 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.

Bagian Ketujuh

Manajemen Peningkatan Mutu  
dan Keselamatan Pasien

Pasal 270

- (1) Direktur RSUD Siti Fatimah merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (2) Direktur RSUD Siti Fatimah, para pimpinan klinis, dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien.
- (3) Direktur RSUD Siti Fatimah bertanggungjawab memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen rumah sakit terhadap mutu.
- (4) Direktur RSUD Siti Fatimah mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi rumah sakit serta dukungan pemilik rumah sakit membentuk suatu budaya mutu di rumah sakit.

- (5) Direktur RSUD Siti Fatimah 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 RSUD Siti Fatimah menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien untuk mengatur dan mengarahkan pelaksanaan setiap harinya.
- (8) Direktur RSUD Siti Fatimah dapat membentuk Peningkatan Mutu dan Komite Keselamatan Pasien.
- (9) Direktur RSUD Siti Fatimah 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.
    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 RSUD Siti Fatimah 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 RSUD Siti Fatimah 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 RSUD Siti Fatimah 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 SPI.

#### Bagian Kedelapan

#### Manajemen Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

#### Pasal 271

- (1) Direktur RSUD Siti Fatimah menetapkan Komite PPI dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Direktur RSUD Siti Fatimah Bertanggung jawab terhadap tersedianya fasilitas sarana dan prasarana termasuk anggaran yang dibutuhkan untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (3) Direktur RSUD Siti Fatimah menentukan kebijakan strategi pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi:
- pelaksanaan kebersihan tangan;
  - penggunaan APD yang tepat sesuai level resiko;
  - surveilans resiko infeksi;
  - investigasi wabah (*outbreak*) penyakit infeksi;
  - meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikroba secara aman;
  - asesmen berkala terhadap resiko;
  - menerapkan sasaran penurunan resiko;
  - mengukur dan mereview resiko infeksi.
- (4) Direktur RSUD Siti Fatimah mengadakan evaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan saran dari Komite PPI.
- (5) Direktur RSUD Siti Fatimah mengadakan evaluasi kebijakan pemakaian antibiotika yang rasional dan desinfektan di rumah sakit berdasarkan saran dari komite PPI.

- (6) Direktur RSUD Siti Fatimah 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 RSUD Siti Fatimah memfasilitasi kebutuhan program kesehatan kerja atau karyawan terutama bagi petugas di area beresiko.

Bagian Kesembilan  
Standar Pelayanan Minimal  
Pasal 272

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

Pasal 273

Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 272 ayat (3) harus memenuhi persyaratan:

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

Pasal 274

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 273 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 273 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 273 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.



- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 273 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 273 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

#### Bagian Kesepuluh

#### Informasi Medis

#### Paragraf 1

#### Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

#### Pasal 275

- (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 medis dapat diberikan kepada:
  - a. pasien ataupun pihak lain atas izin pasien secara tertulis; dan
  - b. pengadilan untuk kepentingan peradilan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### Paragraf 2

#### Hak dan Kewajiban Dokter Rumah Sakit

#### Pasal 276

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 277

- (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 RumahSakit;
  - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (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, alternative 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;
  - 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.

BAB V  
KETENTUAN LAIN-LAIN  
Pasal 278

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

BAB VI  
KETENTUAN PENUTUP  
Pasal 279

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, Peraturan Gubernur Nomor 43 Tahun 2018 tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sumatera Selatan (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2018 Nomor 43), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

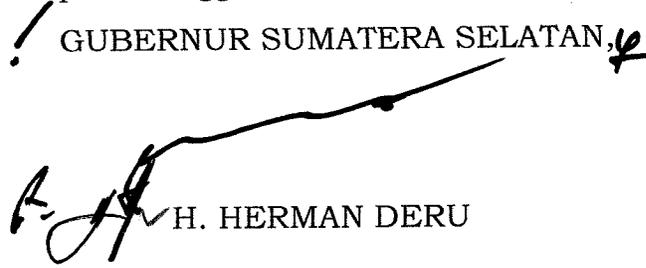
Pasal 280

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

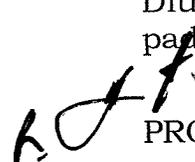
Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan.

Ditetapkan di Palembang  
pada tanggal 30 Desember 2022

GUBERNUR SUMATERA SELATAN,

  
H. HERMAN DERU

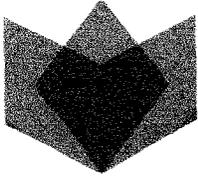
Diundangkan di Palembang  
pada tanggal 30 Desember 2022

  
SEKRETARIS DAERAH  
PROVINSI SUMATERA SELATAN,

  
S. A. SUPRIONO

SIGN HERE 

LAMPIRAN  
PERATURAN GUBERNUR SUMATERA SELATAN  
NOMOR 42 TAHUN 2022  
TENTANG  
TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SITI  
FATIMAH PROVINSI SUMATERA SELATAN



Makna Logo:

*Design* logo RSUD Siti Fatimah Provinsi ini terdiri dari 3 (tiga) buah belah ketupat yang mewakili 3 (tiga) gambaran rumah sakit yaitu Pelayanan yang Bermutu, Profesional, dan Efisien.

Makna Belah Ketupat :

1. Kehandalan
2. Visi yang Kuat
3. Stabilitas

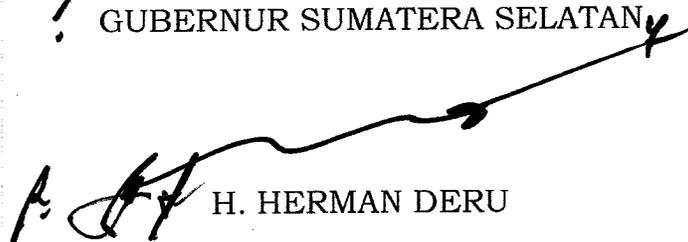
Dua belah ketupat membentuk sebuah buku yang terbuka mewakili visi RSUD Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan sebagai Rumah Sakit Pendidikan yang terbuka akan saran dan masukan dari berbagai pihak. Serta komitmen seluruh karyawan untuk selalu belajar dan memberikan yang terbaik.

Warna hijau digunakan sebagai representasi kesehatan masyarakat Provinsi Sumatera Selatan. Selain itu warna hijau juga memberikan rasa ketenangan dan kedamaian.

Warna biru digunakan pada bagian tengah logo mewakili rasa kepercayaan besar masyarakat Provinsi Sumatera Selatan kepada RSUD Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan untuk menjadi rumah sakit yang selalu memberikan yang terbaik. Warna biru juga menyiratkan bentuk profesionalitas, kematangan, integritas, ketulusan serta ketenangan.

Secara garis besar, belah ketupat juga melambangkan ruang khusus, visi kekuatan, pandangan-pandangan yang terukur dan harapan RSUD Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan sebagai abdi masyarakat.

! GUBERNUR SUMATERA SELATAN

  
H. HERMAN DERU