BUPATI BENER MERIAH

بوفاتي بنرمريه

PERATURAN BUPATI BENER MERIAH

NOMOR 09 TAHUN 2023

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNYANG KUTE REDELONG KABUPATEN BENER MERIAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KABUPATEN BENER MERIAH,

Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan pasal 36 huruf b Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 79 tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati Kabupaten Bener Meriah tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) RSUD Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah.

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) RSUD Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. 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;

6. Undang-Undang...

6. 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 beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
8. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) Sebagaimana Telah Diubah Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
11. 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);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/ Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 92, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5533);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5888) 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);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);

15. Peraturan../.

15. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 63 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6037);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 94 Tahun 2021 tentang Disiplin Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 202 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6718);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2018 tentang Manajemen Pegawai Pemerintah Dengan Perjanjian Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 224 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6264);
18. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
19. Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2021 Penyelenggaraan Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Barang Milik Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 547);
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 442);
25. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213;
26. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 56 Tahun 2019 tentang Pedoman Nomenklatur dan Unit Kerja Sekretariat Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota;
27. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);

28. Peraturan.../

28. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
29. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berbasis Risiko (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 316);
30. Peraturan Badan Kepegawaian Negara Nomor 6 Tahun 2022 tentang Peraturan Pelaksanaan, Peraturan Pemerintah Nomor 94 Tahun 2021;
31. Peraturan Bupati Bener Meriah Nomor 73 tentang Hasil Analisis Jabatan dan Analisis Beban Kerja Pemangku Jabatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah;
32. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor: Kep/26/M.Pan/2/2004 tentang Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik;
33. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
34. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 228/Menkes/SK/III/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
35. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit;
36. Keputusan Bupati Bener Meriah Nomor 188.45/266/Sk/2009 tentang Pengoperasionalan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah; dan
37. Qanun Kabupaten Bener Meriah Nomor 9 Tahun 2012 tentang Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bener Meriah.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI BENER MERIAH TENTANG PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNYANG KUTE REDELONG.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan
1. Daerah adalah Kabupaten Bener Meriah;
2. Pemerintahan daerah adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Bener Meriah;
3. Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong adalah Pemerintah Kabupaten Bener Meriah;

4. Rumah.../..

4. Rumah sakit adalah institusi pelayanan agian an yang menyelenggarakan pelayanan agian an perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat;
5. Rumah Sakit Umum Daerah adalah rumah sakit yang didirikan dan diselenggarakan oleh pemerintah daerah yang memberikan pelayanan agian an pada semua bidang dan jenis penyakit;
6. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD Munyang Kute Redelong;
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Rumah Sakit yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas;
8. Badan Layanan Umum Daerah adalah bentuk rumah sakit yang bertujuan untuk memberikan layanan umum secara efektif, efisien, ekonomis, transparan, dan bertanggung jawab dengan memperhatikan asas keadilan, kepatutan, dan manfaat sejalan dengan praktik bisnis yang sehat, untuk membantu pencapaian tujuan pemerintah daerah yang pengelolaanya dilakukan berdasarkan kewenangan yang didelegasikan oleh bupati;
9. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitan yang melibatkan unsur masyarakat;
10. Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit adalah pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri dari direktur, kepala agian tata usaha, kepala bidang, kepala subbagian, dan kepala seksi;
11. Direktur adalah Direktur RSUD Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah;
12. Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) 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;
13. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) adalah peraturan yang mengatur tentang hubungan antara pemerintah sebagai pemilik dengan direktur dan staf medis RSUD Munyang Kute Redelong;
14. Tata kelola staf medis aturan yang mengatur tata agian klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme kelompok staf medis di rumah sakit;
15. Jabatan struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi rumah sakit yang terdiri dari direktur, kepala agian, kepala bidang, kepala subbagian, dan kepala seksi;

16. Jabatan.../..

16. 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;
17. Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif;
18. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI 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;
19. 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;
20. Staf medis adalah dokter umum, dokter spesialis, dokter subspesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter gigi subspesialis yang merupakan staf medis fungsional;
21. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter umum, dokter spesialis, dokter subspesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter gigi subspesialis di rumah sakit yang dikelompokkan sesuai bidang spesialisasinya;
22. 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)*;
23. 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;
24. 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;
25. 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 (D3);
26. 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;

27. Tenaga../.

27. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran atau administrasi pelayanan guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan;
28. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan keputusan direktur sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk tujuan dan tugas tertentu;
29. 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;
30. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek 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;
31. 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 eknik analisis bisnis;
32. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran SKPD;
33. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran;
34. Pejabat Pelaksana Keuangan dan Pejabat Pelaksana Teknis adalah Kepala Bagian atau Bidang dan Kepala Subbagian, atau Kepala Seksi;
35. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat;
36. Unit kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit, dan lain-lain;
37. Mitra bestari (*peer group)* adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompentensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis;
38. 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; dan

39. Standar...

39. Standar pelayanan adalah tolak 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.

BAB II
MAKSUD, TUJUAN, DAN FUNGSI

Pasal 2

(1) Maksud peraturan internal adalah
   a. Menyusun peraturan dasar (peraturan internal) yang mengatur hubungan antara pemilik rumah sakit atau yang mewakili, direktur rumah sakit, dan komite medik sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas; dan
   b. Untuk meningkatkan kinerja layanan secara profesional kepada masyarakat.

(2) Tujuan peraturan internal adalah
   a. Sebagai konstitusi/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 internal adalah
a. Sebagai acuan pemilik rumah sakit dalam melakukan pengawasan;
b. Sebagai acuan direktur rumah sakit dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional;
c. Sarana menjamin efektifitas, efisiensi, dan mutu layanan;
d. Sarana perlindungan hukum;
e. Sebagai acuan penyelesaian konflik; dan
f. Memenuhi persyaratan akreditasi.

BAB III
RUANG LINGKUP DAN PRINSIP PERATURAN INTERNAL

Pasal 4

(1) Ruang lingkup tata kelola rumah sakit terdiri dari
   a. Tata kelola korporasi;
   b. Tata kelola staf medis;
   c. Tata kelola staf keperawatan;
   d. Tata kelola staf tenaga kesehatan lainnya;
   e. Manajemen pengelolaan rumah sakit sebagai unit organisasi bersifat khusus
      1. Pengelolaan keuangan;
      2. Pengelolaan barang milik daerah; dan
      3. Pengelolaan kepegawaian.
   g. Manajemen sumber daya;
   h. Manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien;

i. Manajemen.../..

i. Manajemen budaya keselamatan kerja;
j. Manajemen pencegahan dan pengendalian infeksi;
k. Manajemen kerjasama/kontrak;
l. Manajemen pendidikan, pelatihan, dan penelitian;
m. Manajemen etik;
n. Manajemen penanganan pengaduan;
o. Manajemen budaya keselamatan;
p. Manajemen pengelolaan lingkungan dan sumber daya lain;
q. Manajemen standar pelayanan minimal;
r. Evaluasi dan penilaian kinerja;
s. Informasi medis;
t. Tuntutan hukum;
u. Pengisian jabatan; dan
v. Pelaksanaan peraturan pola tata kelola.

(2) Peraturan tata kelola 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; dan
d. Independensi, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

BAB IV
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(*CORPORATE BY LAWS*)

Bagian Kesatu
Identitas Rumah Sakit

Pasal 5

(1) Identitas rumah sakit ditetapkan sebagai berikut
a. Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah;
b. Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong, Kabupaten Bener Meriah merupakan Organisasi Perangkat Daerah (OPD) di lingkungan pemerintah daerah untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan daerah;

c. Kelas...

c. Kelas rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas Tipe C selanjutnya mengikuti perkembangan penetapan kelas rumah sakit oleh lembaga yang berwenang;
d. Alamat rumah sakit adalah Jln. Simpang Teritit-Pondok Baru, Simpang Empat Kute Kering, Redelong, Kecamatan Bukit, Kabupaten Bener Meriah, Provinsi Aceh. No. Tel/Fax(0643) 7426252; dan
e. Logo rumah sakit dan arti logo sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Peraturan Bupati ini.

(2) Rumah Sakit dipimpin oleh seorang direktur yang merupakan seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitan.

Bagian Kedua

Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Program, Motto, dan Nilai-nilai Dasar Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong

Pasal 6

(1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional pada rumah sakit ditetapkan visi terwujudnya RSUD Munyang Kute Redelong menjadi rumah sakit kepercayaan masyarakat.
(2) Sebagai upaya untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), rumah sakit mempunyai misi
a. Memberikan pelayanan bermutu dan bernuansa islami;
b. Meningkatan sarana dan prasarana;
c. Meningkatkan kualitas SDM;
d. Mengembangkan pelayanan unggulan; dan
e. Meningkatkan kesejahteraan pegawai.
(3) Mencapai visi misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (2), rumah sakit mempunyai tujuan tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.
(4) Mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), rumah sakit memiliki sasaran strategis sebagai berikut
a. Kendali mutu dan biaya;
b. Pemenuhan dan pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit;
c. Penetapan pelayanan berbasis spesialis;
d. Memberikan pendidikan dan pelatihan formal dan informal; dan
e. Penetapan remunerasi.
(5) Program rumah sakit sebagaimana tercantum dalam rencana strategis bisnis rumah sakit adalah sebagai berikut
a. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit;
b. Pengembangan layanan kesehatan umum, gigi, penyakit dalam, jiwa, jantung dan pembuluh darah, paru, patologi klinik, kulit dan kelamin, patologi anatomi, radiologi, anestesi, saraf, bedah, kebidanan (KIA/KB), THT, mata, dan anak;
c. Mengoptimalkan standar sarana dan prasarana rumah sakit;

d. Mengoptimalkan./..

d. Mengoptimalkan pemasaran rumah sakit;
e. Meningkatkan mutu pengelolaan keuangan;
f. Meningkatkan ketersediaan dan mutu SDM rumah sakit; dan
g. Menyelenggarakan penelitian kesehatan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan umum, gigi, penyakit dalam, jiwa, jantung dan pembuluh darah, paru, patologi klinik, kulit dan kelamin, patologi anatomi, radiologi, anestesi, saraf, bedah, kebidanan (KIA/KB), THT, mata, dan anak;

(6) Misi rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.

(7) Perubahan misi rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diusulkan oleh direktur dan ditetapkan oleh bupati sebagai pemilik rumah sakit dalam peraturan bupati.

Pasal 7

Memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, rumah sakit memiliki moto keselamatan dan kesehatan pasien prioritas kami.

Pasal 8

Janji layanan rumah sakit kepada masyarakat adalah memberikan pelanyanan kesehatan yang optimal bagi masyarakat.

Pasal 9

Rumah Sakit menerapkan nilai-nilai dasar yaitu RIJKI dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, meliputi

a. Ramah;
b. Ikhlas;
c. Jujur;
d. Kerja sama; dan
e. Inovasi.

Bagian Ketiga
Tanggung Jawab dan Wewenang Bupati

Pasal 10

(1) Bupati 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), bupati berwenang
   a. Membentuk dan menetapkan pejabat pengelola dan dewan pengawas selaku representasi pemilik;
   b. Mengesahkan tata kelola rumah sakit;

c. Mengesahkan.../

c. Mengesahkan Renstra Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah, sebagai OPD yang berstatus BLUD penuh;
d. Mengesahkan RBA melalui pejabat yang ditunjuk yaitu Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (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 nonkeuangan 1 (satu) kali dalam satu tahun melalui institusi yang ditunjuk;
g. Menyetujui, menetapkan, dan mengesahkan visi, misi, tujuan, sasaran strategis, moto, nilai-nilai dasar, dan janji layanan rumah sakit;
h. Menyediakan anggaran operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit;
i. Menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit;
j. Memberikan arahan kebijakan rumah sakit; dan
k. Memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit serta melakukan evaluasi misi rumah sakit secara berkala.

(3) Memberikan advokasi dan tanggung gugat kepada pihak manajemen rumah sakit dan para pekerja agian n al agian n 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 bagian sumber akar masalah, merupakan kesalahan dari pihak manajemen rumah sakit.

(5) Bupati dapat mendelegasikan sebagian kewenangan kepada direktur dalam melaksanakan fleksibilitas dalam rangka efisien dan efektivitas pelaksanakan 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 bupati dan dilakukan penilaian setiap tahun.

Bagian Keempat...

Bagian Keempat
Pelaksaan Pembinaan dan Pengawasan Badan Layanan Umum Daerah

Paragraf 1
Pembina Rumah Sakit

Pasal 11

(1) Pemerintah daerah wajib melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakitan, dan organisasi kemasyarakatan.
(2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud ayat (1) diarahkan untuk
    a. Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat;
    b. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan;
    c. Keselamatan pasien;
    d. Pengembangan jangkauan pelayanan; dan
    e. Peningkatan kemampuan kemandirian rumah sakit.
(3) Pembina dan pengawas rumah sakit terdiri atas
    a. Pembina teknis dan pembina keuangan;
    b. Satuan pengawas internal; dan
    c. Dewan pengawas.
(4) Pembina Teknis sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) huruf a yaitu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bener Meriah.
(5) Pembina keuangan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) huruf a yaitu Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD).
(6) Satuan pengawas internal sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf b dibentuk oleh direktur untuk melakukan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan, dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktek bisnis yang sehat.
(7) Pembentukan satuan pengawas internal sebagaimana dimaksud ayat (6) mempertimbangkan
    a. Keseimbangan antara manfaat dan beban;
    b. Kompleksitas manajemen; dan
    c. Volume dan/atau jangkauan pelayanan.
(8) Tugas dan persyaratan untuk dapat diangkat menjadi satuan pengawas internal mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
(9) Selain pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud ayat (3) pada BLUD juga terdapat organ yang berfungsi sebagai pembina dan pengkoordinasian/perumus kebijakan yaitu Bagian Perekonomian Kabupaten Bener Meriah yang mempunyai tugas dan fungsi
    a. Menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis evaluasi BLUD;
    b. Menyiapkan bahan koordinasi kebijakan teknis evaluasi BLUD;
    c. Menyiapkan bahan penyusunan petunjuk pelaksanaan kebijakan evaluasi BLUD; dan

d. Menyiapkan./..

d. Menyiapkan bahan dan melaksanakan pemantauan, evaluasi, analisis, dan pelaporan kebijakan perencanaan pengembangan dan kerjasama BLUD.

(10) Selain pembinaan teknis sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf a terdapat aspek nonteknis perumahsakitan yang dapat dilakukan secara internal dan eksternal rumah sakit.

(11) Pembinaan dan pengawasan nonteknis eksternal sebagaimana dimaksud ayat (10) dilakukan oleh dewan pengawas.

(12) Pedoman pembinaan dan pengawasan rumah sakit sebagaimana dimaksud ayat (11) mengacu pada peraturan perundang undangan yang berlaku.

Bagian Kelima
Dewan Pengawas

Paragraf 1
Umum

Pasal 12

(1) Dewan pengawas merupakan representasi dari pemilik rumah sakit yang dibentuk dengan keputusan bupati atas usul direktur rumah sakit.

(2) Keanggotaan dewan pengawas ditetapkan sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang sesuai dengan besarnya omset dan/atau nilai ndep 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 bupati mengangkat salah satu anggota dewan pengawas untuk menjadi ketua hingga masa jabatan berakhir atas usulan pimpinan BLUD.

(4) Dewan pengawas sebagai representasi pemilik rumah sakit bertanggung jawab kepada bupati.

(5) Struktur koordinasi dewan pengawas sebagai representasi pemilik rumah sakit tercantum dalam peraturan bupati tentang tata ndepe.

Paragraf 2
Kedudukan, Tugas, dan Wewenang

Pasal 13

(1) Dewan pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat ndependent, 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 perumahsakitan secara internal di rumah sakit.

(4) Keputusan dewan pengawas bersifat kolektif kolegial.

(5) Dewan...

(5) Dewan pengawas mempunyai tugas dan fungsi
   a. Menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit.
   b. Menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit sehari-hari.
   c. Menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program-program tersebut.
   d. Menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit.
   e. Melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan.
   f. Mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
   g. Melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
   h. Melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

(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 nonkeuangan 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 nasihat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
   e. Memberikan pendapat dan saran kepada bupati mengenai
      1. Rencana bisnis dan anggaran yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
      2. Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan rumah sakit; dan
      3. Kinerja rumah sakit.

Pasal...

Pasal 14

Dalam melaksanakan tugasnya, dewan pengawas mempunyai wewenang yaitu

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 by laws*) 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 by laws*) atau dokumen pola tata kelola (*corporate governance*);
e. Berkoordinasi dengan direktur rumah sakit dalam menyusun peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*) 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 pemilik setiap 1 (satu) tahun sekali.
(2) Penilaian kinerja diukur paling sedikit meliputi
    a. Memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
    b. Memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
    c. Memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
    d. Kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
(3) Penilaian kinerja nonkeuangan diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
(4) Dewan pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) kepada bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
(5) Penilaian kinerja terhadap dewan pengawas dilakukan bupati.
(6) Penilaian didasarkan pada laporan pelaksanaan tugas dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan.

Paragraf...

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) Batas usia anggota dewan pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, dewan pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
(3) Anggota dewan pengawas diberhentikan oleh bupati karena
    a. Meninggal dunia;
    b. Masa jabatan berakhir; atau
    c. Diberhentikan sewaktu-waktu.
(4) Anggota dewan pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena
    a. Tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
    b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
    c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
    d. Dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
    e. Mengundurkan diri; dan
    f. Terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau daerah.

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 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) 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 (4) 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); atau
    b. Nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).

Pasal./..

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 perumahsakitan;
   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 perumahsakitan;
   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 dan ayat (2) 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 di angkat.

(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 dalam ayat (1) dan ayat (2);
   h. Tidak pernah menjadi anggota direksi, dewan pengawas, atau komisaris yang diyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpinnya dinyatakan pailit;
   i. Tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
   j. Tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon bupati atau calon wakil bupati, dan/atau calon anggota legislatif.

Paragraf 6
Tata Kerja Dewan Pengawas

Pasal 19

(1) Tata kerja dewan pengawas dan manajemen bersifat dinamis dan selalu berkembang.

(2) Penyempurnaannya...

(2) Penyempurnaannya sangat tergantung kepada kebutuhan manajemen dan dewan pengawas dalam pengelolaan rumah sakit dengan prinsip
   a. Dewan pengawas menghormati tugas dan wewenang manajemen dalam mengelola rumah sakit sebagaimana telah diatur dalam peraturan perundang-undangan;
   b. Manajemen menghormati tugas dan wewenang dewan pengawas untuk melakukan pengawasan dan memberikan nasihat terhadap kebijakan pengelolaan rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
   c. Setiap hubungan kerja antara manajemen dengan dewan pengawas merupakan hubungan yang bersifat formal kelembagaan, dalam arti senantiasa dilandasi oleh suatu mekanisme baku atau korespondensi yang dapat dipertanggungjawabkan;
   d. Hubungan kerja informal tidak dapat dijadikan sebagai dasar pengambilan keputusan;
   e. Dewan pengawas berhak memperoleh informasi rumah sakit secara tepat waktu, lengkap, terukur, dan akurat; 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) Bupati 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 Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah dan dimuat dalam RBA.

Paragraf/...

Paragraf 9
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 23

Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan dewan pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus

(1) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara dewan pengawas dengan direksi (pejabat pengelola) rumah sakit dan komite-komite serta pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di rumah sakit.
(2) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit sepuluh kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh dewan pengawas.
(3) Sekretaris dewan pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota dewan pengawas, direksi (pejabat pengelola), komite-komite, dan pihak lain tertentu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
(4) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh sekretaris dewan pengawas sebagaimana diatur dalam 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; atau
    b. Ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 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 dalam ayat (2) huruf b diatas, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya suat 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.../..

(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

Rapat rutin selain dihadiri oleh anggota dewan pengawas, sekretaris dewan pengawas, direksi, dan komite medik serta pihak lain yang ada di lingkungan rumah sakit dan/atau di luar lingkungan rumah sakit apabila diperlukan.

Pasal 28

(1) 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 dalam 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 setengan 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./..

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 dikehendaki oleh para anggota dewan pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
(2) Putusan rapat dewan pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Paragraf 15
Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 32

(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 16
Stempel Dewan Pengawas

Pasal 33

(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...

(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 Keenam
Pejabat Pengelola

Paragraf 1
Struktur Organisasi

Pasal 34

Struktur organisasi menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan, dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku sebagaimana tercantum dalam Lampiran III Peraturan Bupati ini

a. Prosedur kerja menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antarposisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
b. Pengelompokan fungsi logis menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan rentang kendali dan prinsip pengendalian internal dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.
c. Pengelompokan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif berdasarkan kompetensi untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif, efisien, dan produktif.
d. Kepala bagian/bidang merupakan para pimpinan di rumah sakit yang diberi sejumlah tanggung jawab secara keseluruhan untuk mengantarkan rumah sakit dalam mencapai misinya dalam lingkup bagian/bidang masing-masing.

Paragraf 2
Pejabat Pengelola

Pasal 35

(1) Pejabat pengelola rumah sakit terdiri dari
    a. Direktur
    b. Kepala bagian tata usaha, membawahi
        1. Subbagian umum dan kepegawaian
        2. Subbagian penyusunan program dan evaluasi
        3. Sub bagian keuangan
    c. Kepala bidang pelayanan, membawahi
        1. Kepala seksi pengendalian instalasi
        2. Kepala seksi pelayanan medis

d. Kepala.../..

d. Kepala bidang keperawatan, membawahi
   1. Kepala seksi pelayanan keperawatan
   2. Kepala seksi pengembangan sdm dan diklat
e. Kepala bidang pelayanan sarana penunjang, membawahi
   1. Kepala seksi logistik dan diagnostik
   2. Kepala seksi pelayanan penunjang nonmedik

(2) Pejabat pengelola rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang memangku jabatan rangkap sebagai
a. Direksi BUMN
b. Direksi pada rumah sakit swasta
c. Jabatan lain yang berhubungan dengan pengurusan perusahaan

(3) Direktur bertanggung jawab kepada bupati terhadap operasional, pengelolaan keuangan, dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.

(4) Kepala bagian dan kepala bidang sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf b, huruf c, huruf d, dan huruf e bertanggung jawab kepada direktur sesuai bagian dan bidang tanggung jawab masing-masing.

(5) Susunan pejabat pengelola rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.

(6) Perubahan susunan pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan oleh bupati.

(7) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat pengelola rumah sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.

(8) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (7) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatannya.

(9) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (7) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas, dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.

(10) Pejabat pengelola diangkat dan diberhentikan oleh bupati.

(11) Rumah sakit menetapkan struktur organisasi internal meliputi komite, instalasi, dan unit organisasi lain serta tata hubungan kerja dengan para pimpinan di rumah sakit sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

(12) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud ayat (11) dapat mendukung proses budaya kerja manajemen rumah sakit, budaya keselamatan pasien dalam manajemen klinis di rumah sakit, dan komunikasi antar profesi.

(13) Struktur organisasi dapat mendukung proses perencanaan pelayanan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan.

(14) Struktur organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi.

(15) Struktur organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas mutu pelayanan klinis.

(16) Menjamin manajemen mutu dan keselamatan pasien, direksi dibantu oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP).

(17) Manajer...

(17) Manajer pelayanan pasien diangkat dan diberhentikan oleh direktur.
(18) Dalam rangka mewujudkan pelayanan klinis dan manajemen rumah sakit sehari-hari agar lebih efektif dan efisien maka rumah sakit dibagi menjadi subkelompok yang kohesif yaitu instalasi, kelompok staf medis, kelompok staf keperawatan, kelompok staf tenaga kesehatan lainnya, dan komite-komite atau jenis layanan tertentu yang berada di bawah arahan pimpinan pelayanan yang disebut organisasi pelaksana atau instalasi.
(19) Subkelompok sebagaimana dimaksud pada ayat (18) diangkat dan diberhentikan oleh direktur.
(20) Dalam pelaksanaan pelayanan instalasi dapat terdiri dari unit-unit sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
(21) Unit-unit sebagaimana dimaksud ayat (20) dibentuk dan ditetapkan oleh direktur sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

Paragraf 3
Kedudukan Pejabat Pengelola

Pasal 36

(1) Untuk melaksanakan kegiatan operasional rumah sakit sehari-hari bupati menetapkan direktur rumah sakit yang dibantu kepala bagian dan kepala bidang rumah sakit.
(2) Direktur rumah sakit merupakan pimpinan tertinggi di rumah sakit yang ditetapkan oleh bupati selaku pemilik.
(3) Direktur bertanggung jawab 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 37

Syarat untuk dapat diangkat menjadi direktur adalah
a. Seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitan dan tidak boleh dirangkap oleh pemilik rumah sakit serta berkewarganegaraan indonesia;
b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit;
c. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
d. Berstatus ASN atau non-ASN;
e. Bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan dan bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan dan menjalankan praktik bisnis yang sehat di rumah sakit;

f. Memenuhi...

f. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi direktur yang berstatus ASN; dan
g. Bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Pasal 38

Syarat untuk dapat diangkat menjadi kepala bagian tata usaha adalah
a. Memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan, dan pengalaman di bagian umum, keuangan, administrasi, dan sumber daya;
b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
c. Mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan administrasi rumah sakit;
d. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit; dan
e. Berstatus ASN dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 39

Syarat untuk dapat diangkat menjadi kepala bidang pelayanan medis adalah
a. Seorang dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan, dan pengalaman di bidang pelayanan;
b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
c. Mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan rumah sakit; dan
d. Berstatus ASN dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 40

Syarat untuk dapat diangkat menjadi kepala bidang keperawatan adalah
a. Seorang perawat yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan, dan pengalaman di bidang keperawatan;
b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk pengembangan keperawatan;
c. Mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan rumah sakit; dan
d. Berstatus ASN dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 41

Syarat untuk dapat diangkat menjadi kepala bidang penunjang adalah
a. Memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan, dan pengalaman di bidang penunjang;

b. Berkelakuan...

b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
c. Mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan rumah sakit; dan
d. Berstatus ASN dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Paragraf 5
Tugas, Fungsi, dan Kewenang Direktur

Pasal 42

(1) Direktur sebagaimana dimaksud pasal 35 ayat (1) huruf a mempunyai tugas
   a. Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan rumah sakit;
   b. Merumuskan penetapan kebijakan teknis rumah sakit serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh bupati;
   c. Menyusun rencana strategi bisnis rumah sakit;
   d. Menyiapkan rencana bisnis anggaran;
   e. Mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada bupati sesuai dengan ketentuan;
   f. Menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan rumah sakit selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundangan-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 serta bidang kepegawaian rumah sakit kepada bupati; dan
   h. Tugas lainnya yang ditetapkan oleh bupati sesuai dengan kewenangannya.
(2) Direktur dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan.

Pasal 43

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...

g. Peninjauan falsafah, visi, misi, tujuan, sasaran strategis, moto, 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 bupati.

Pasal 44

Direktur memiliki uraian tugas
a. Menyusun program kerja dan rencana kerja berdasarkan peraturan perundangan-undangan yang berlaku;
b. Membagi tugas kepada bawahan sesuai seksi masing-masing agar pelaksanaannya dapat berjalan lancar;
c. Memberi petunjuk kepada bawahan berdasarkan pembagian tugas agar memahami tugasnya;
d. Mengawasi pelaksanaan pekerjaan bawahan dan mengevaluasi hasilnya secara langsung atau melalui laporan untuk mengetahui kelancaran serta hambatan yang terjadi;
e. Memotivasi bawahan dengan memberikan perhatian dan penghargaan untuk peningkatan produktifitas kerja dan pengembangan karir;
f. Membina dan mengendalikan urusan ketatausahaan rumah sakit sesuai ketentuan dalam rangka kelancaran pelaksanaan tugas;
g. Membina dan mengendalikan penyediaan sarana dan prasarana sesuai kebutuhan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan;
h. Membina dan mengendalikan penyusunan program kerja tahunan, jangka menengah, dan jangka panjang sesuai ketentuan yang berlaku dalam rangka tertibnya administrasi layanan;
i. Membina dan mengendalikan penetapan dan kebijakan teknis di bidang pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, logistik, dan diagnostik serta nonmedis lainnya sesuai dengan ketentuan dalam rangka mendukung kelancaran pelaksanaan pelayanan;
j. Membina dan mengendalikan penyelenggaraan di bidang pelayanan medis, paramedis, penunjang medis, logistik, dan diagnostik serta nonmedis sesuai kebutuhan dalam rangka mendukung kelancaran pelaksanaan tugas;
k. Membina dan mengendalikan pendidikan dan pelatihan sesuai jenjang dan keahlian dalam rangka meningkatkan mutu SDM;
l. Membina dan mengendalikan penyelenggaraan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan serta teknologi kedokteran sesuai ketentuan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan;
m. Membina dan mengendalikan penyelenggaraan dan pelayanan rujukan sesuai tandar pelayanan dalam rangka tertibnya prosedur pelayanan;

n. Membina...

n. Membina dan mengendalikan penyelenggaraan pelayanan administrasi umum dan keuangan sesuai ketentuan dalam rangka tertibnya administrasi;
o. Membina dan mengkoordinasikan tugas dan fungsi unsur organisasi dalam rangka mendukung kelancaran pelaksanaan pelayanan;
p. Membina dan mengendalikan pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan pelaporan sesuai ketentuan untuk penyempurnaan program selanjutnya;
q. Melaksanakan koordinasi dengan instansi dan/atau lembaga terkait lainnya sesuai ketentuan untuk mendapatkan petunjuk dan arahan; dan
r. Melaksanakan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya agar terbagi habis.

Pasal 45

Direktur memiliki tanggung jawab
a. Keberhasilan dalam pelaksanaan kerja bawahan;
b. Ketepatan dan kelancaran pelaksanaan tugas;
c. Penggunaan alat tulis kantor dan perlengkapan kantor secara efektif dan efisien;
d. Terjaminnya kerahasiaan hasil kerja dan dokumen; dan
e. Kebenaran isi dan ketepatan waktu laporan.

Pasal 46

Direktur memiliki wewenang
a. Mengajukan, menegur bawahan yang dinilai tidak disiplin secara lisan maupun tulisan dan menerapkan sanksi sesuai peraturan perundang-undangan;
b. Memberikan pengarahan dan petunjuk kepada bawahan;
c. Membina dan menilai kinerja bawahan;
d. Melakukan koordinasi dengan instansi terkait; dan
e. Menjaga dan memelihara dokumen kedinasan.

Pasal 47

(1) Dalam menjalankan fungsi sebagai penanggung jawab 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...

g. Menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah.

(2) Selain menjalankan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1) direktur bertindak sebagai kuasa pengguna barang.

Pasal 48

(1) Dalam hal direktur berasal dari unsur ASN, maka yang bersangkutan merupakan kuasa pengguna anggaran dan kuasa pengguna barang milik daerah.
(2) Dalam hal direktur berasal dari unsur non-ASN, maka yang bersangkutan bukan merupakan kuasa pengguna anggaran dan bukan kuasa pengguna barang milik daerah.
(3) Dalam hal direktur bukan ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka yang menjadi kuasa pengguna anggaran dan kuasa pengguna barang daerah adalah pejabat keuangan yang berasal dari unsur ASN.

Paragraf 6
Pemberhentian Direktur

Pasal 49

Direktur dapat diberhentikan karena
a. Meninggal dunia;
b. Berhalangan secara tetap tanpa keterangan sekurang-kurangnya 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 perbuataan melanggar hukum yang ancaman pidana 5 (lima) tahun atau lebih berdasarkan keputusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.

Paragraf 7
Evaluasi Kinerja Direktur

Pasal 50

(1) Evaluasi kinerja direktur
   a. Evaluasi kinerja direktur berdasarkan pencapaian kinerja dan mutu rumah sakit berdasarkan RBA.
   b. Evaluasi kinerja direktur terdiri dari pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu nonkeuangan, dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
   c. Dewan pengawas diberikan delegasi oleh bupati untuk melakukan evaluasi kinerja direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.

Bagian...

Bagian Ketujuh
Kepala Bagian/Bidang

Paragraf 1
Umum

Pasal 51

(1) Pemilik menetapkan kepala bagian/bidang rumah sakit dan secara bersama bertanggung jawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.
(2) Kepala bagian/bidang bertanggung jawab kepada direktur, sesuai peraturan perundang-undangan pimpinan tersebut meliputi
    a. Unsur pimpinan ketatausahaan;
    b. Unsur pimpinan pelayanan Medis;
    c. Unsur pimpinan keperawatan; dan
    d. Unsur pimpinan penunjang.
(3) Kualifikasi jabatan untuk para kepala bagian/bidang tersebut sesuai dengan persyaratan.
(4) Para kepala bagian/bidang terlibat dalam mendefinisi-operasionalkan misi rumah sakit dan berdasarkan atas misi tersebut, para kepala bagian/bidang bekerjasama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Paragraf 2
Persyaratan Jabatan, Tugas, dan Fungsi Kepala Bagian/Bidang

Pasal 52

(1) Persyaratan Jabatan Kepala Bagian/Bidang
    a. Berstatus ASN;
    b. Serendah-rendahnya memiliki 1 (satu) tingkat dibawah jenjang pangkat yang ditentukan;
    c. Memiliki kualifikasi dan tingkat pendidikan yang ditentukan;
    d. Semua unsur penilaian prestasi kerja sekurang-kurangnya bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir; dan
    e. Memiliki kompetensi jabatan yang diperlukan.
(2) Uraian tugas dan fungsi kepala bagian/bidang sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati Nomor 73 Tahun 2021 tentang Hasil Analisis Jabatan dan Analisis Beban Kerja Pemangku Jabatan RSUD Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah.

Paragraf 3
Evaluasi Kinerja Kepala Bagian/Bidang

Pasal 53

(1) Evaluasi kinerja kepala bagian tata usaha, kepala bidang pelayanan medis, kepala bidang keperawatan, dan kepala bidang penunjang dinilai direktur.

(2) Evaluasi...

(2) Evaluasi kinerja kepala subbagian keuangan, kepala subbagian penyusunan program dan evaluasi, dan kepala subbagian umum dan kepegawaian dinilai kepala bagian tata usaha.
(3) Evaluasi kinerja kepala seksi pengendalian instalasi dan kepala seksi pelayanan medis dinilai kepala bidang pelayanan medis.
(4) Evaluasi kinerja kepala seksi pelayanan keperawatan dan kepala seksi pengembangan SDM dan diklat dinilai kepala bidang keperawatan.
(5) Evaluasi kepala seksi logistik dan diagnostik dan kepala pelayanan penunjang nonmedik dinilai kepala bidang pelayanan penunjang.
(6) Evaluasi kinerja kepala bagian/bidang berdasarkan pencapaian kinerja.
(7) Evaluasi kinerja kepala bagian/bidang terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk SKP.

Bagian Kedelapan
Pejabat Fungsional dan Tugas Tambahan selaku Kelompok Sub substansi dan Sub koordinator

Paragraf 1
Umum

Pasal 54

(1) Pemilik menetapkan pejabat fungsional setara Eselon IV sebagai pejabat fungsional ahli muda sesuai dengan kompetensi dan keahlian pegawai rumah sakit dan secara bersama bertanggung jawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.
(2) Pejabat fungsional ahli muda sebagaimana dimaksud ayat (1) mendapat tugas tambahan dalam kelompok subsubstansi yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada kepala bagian/bidang, dengan tupoksi sebagaimana Eselon IV sebelumnya dan juga tugas subkoordinator.
(3) Pejabat ahli muda sebagaimana dimaksud ayat (1) meliputi
    a. Perawat ahli muda;
    b. Administrator kesehatan ahli muda;
    c. Administrator ahli muda;
    d. Pranata humas ahli muda;
    e. Pranata komputer ahli muda;
    f. Analis kebijakan ahli muda;
    g. Analis SDM aparatur ahli muda;
    h. Administrator kesehatan ahli muda;
    i. Analis keuangan pusat dan daerah ahli muda;
    j. Analis keuangan pusat dan daerah;
    k. Analis hukum ahli muda;
    l. Administrator kesehatan ahli muda; dan
    m. Administrator kesehatan ahli muda.
(4) Kualifikasi jabatan untuk para pejabat fungsional ahli muda tersebut sesuai dengan persyaratan.

(5) Para...

(5) Para pejabat fungsional ahli muda terlibat dalam mengimplementasikan dan menyesuaikan rencana dan program dengan misi rumah sakit dan berdasarkan atas misi tersebut, bekerjasama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Paragraf 2
Persyaratan, Tugas, dan Fungsi Pejabat Fungsional Ahli Muda

Pasal 55

(1) Persyaratan jabatan fungsional ahli muda
   a. Berstatus ASN;
   b. Serendah-rendahnya memiliki 1 (satu) tingkat dibawah jenjang pangkat yang ditentukan;
   c. Memiliki kualifikasi dan tingkat pendidikan yang ditentukan;
   d. Semua unsur penilaian prestasi kerja sekurang-kurangnya bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir; dan
   e. Memiliki kompetensi jabatan yang diperlukan.
(2) Uraian tugas dan fungsi pejabat fungsional ahli muda dalam menjalankan tugas kelompok subsubtansi dan subkoordinator mengacu pada Peraturan Bupati Nomor 73 Tahun 2021 tentang Tugas Kelompok Subsubstansi dan Tugas Subkoordinator di Lingkungan RSUD Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah.

Paragraf 3
Evaluasi Kinerja Pejabat Fungsional Ahli Muda

Pasal 56

(1) Evaluasi kinerja pejabat fungsional ahli muda berdasarkan pencapain kinerja.
(2) Evaluasi kinerja pejabat fungsional ahli muda terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk SKP.
(3) Evaluasi kinerja pejabat fungsional ahli muda dinilai oleh kepala bagian/bidang dalam 1 (satu) tahun sekali.

Bagian Kesembilan
Organisasi Pendukung

Paragraf 1
Organisasi Pelaksana

Pasal 57

(1) Penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit dibentuk organisasi pelaksana yang merupakan unit pelayanan nonstruktural.
(2) Pembentukan, perubahan jumlah, dan jenis organisasi pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan direktur dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kemampuan rumah sakit.

(3) Organisasi...

(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.
(5) Kriteria jabatan fungsional sebagaimana dimaksud ayat (3) diatur dalam Peraturan Bupati Nomor 73 Tahun 2021 tentang Hasil Analisis Jabatan dan Analisis Beban Kerja Pemangku Jabatan pada RSUD Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah.

Pasal 58

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

Paragraf 2
Kelompok Jabatan Nonstruktural

Pasal 59

(1) Selain jabatan struktural di rumah sakit dapat dibentuk satuan organisasi yang bersifat nonstruktural yang bertanggung jawab kepada direktur.
(2) Kelompok jabatan nonstruktural sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari
    a. Satuan pengawas internal;
    b. Komite;
    c. Instalasi; dan
    d. Manager pelayanan pasien.
(3) Kelompok jabatan nonstruktural sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf a, huruf b, dan huruf c diatur dalam Peraturan Bupati Nomor 73 Tahun 2021 tentang Hasil Analisis Jabatan dan Analisis Beban Kerja Pemangku Jabatan pada RSUD Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah.

Paragraf 3
Manajemen Pelayanan Pasien

Pasal 60

(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, mengendalikan terhadap penyelenggaraan pelayanan mutu, dan keselamatan pasien.
(3) Ketua, sekretaris, dan anggota manajer pelayanan pasien dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan direktur.
(4) Manajer pelayanan pasien berada dibawah dan bertanggung jawab kepada direktur secara langsung atau melalui wakil direktur.

(4) Manajer/...

(5) Manajer pelayanan pasien terdiri dari ASN dan non-ASN yang menguasai bidang perumahsakitan.

Paragraf 4
Tim, Panitia, dan Kelompok Kerja

Pasal 61

(1) Direktur dapat membentuk tim, panitia, 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 kesepuluh
Pedoman Pelayanan

Pasal 62

(1) Kepala unit kepala instalasi pelayanan mengusulkan rencana kegiatan dan anggaran, serta program peningkatan mutu dan kinerja instalasi kepada pimpinan rumah sakit melalui pejabat diatasnya.
(2) Kepala instalasi pelayanan bertanggung jawab membuat pedoman pelayanan tentang pelayanan yang dikepalai.
(3) Pedoman pelayanan sebagaimana diatur pada ayat (1) 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 Kesebelas
Program Mutu Instalasi dan Unit

Pasal 63

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

Pasal 64

(1) Kepala instalasi dan unit menerapkan pengawasan dan penilaian terkait peningkatan mutu di unit yang dikepalai sesuai dengan standar minimal indikator mutu yang digunakan.

(2) Standar/...

(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 65

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 Keduabelas
Program Mutu Kelompok Staf Medis

Pasal 66

(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 67

(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.../

(2) Tiap unit pelayanan melakukan komunikasi dan koordinasi dengan unit pelayanan terkait agar dapat membantu penerapan dan evaluasi penerapan panduan klinis prioritas.

Pasal 68

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 66 ayat (3).

Pasal 69

Komite medis dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/DPJP terhadap panduan praktek klinis.

Bagian Ketiga Belas
Hubungan dalam Peraturan Tata Kelola

Paragraf 1
Hubungan Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas

Pasal 70

(1) Pengelolaan rumah sakit dilakukan oleh pejabat pengelola.
(2) Pejabat pengelola bertanggung jawab secara substantif kepada bupati melalui dewan pengawas.
(3) Pejabat pengelola bertanggung jawab secara esehatan ive dalam bentuk menyampaikan laporan kinerja kepada kepala dinas.
(4) Dewan pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan rumah sakit, dengan menetapkan kebijakan-kebijakan pelaksanaan, baik dibidang pelayanan medis, esehatan , dan pelatihan serta penelitian, dan pengembangan esehatan untuk tercapainya visi, misi, falsafah, dan tujuan rumah sakit.
(5) Keberhasilan rumah sakit tergantung dari pengurusan pejabat pengelola dan pembinaan serta pengawasan dari bupati melalui dewan pengawas sehingga dalam pertanggungjawaban tugas dan kewajiban antara pengelola, dan bupati selaku pemilik adalah bersifat tanggung renteng.

Paragraf 2
Hubungan Pejabat Pengelola dengan Komite Medik

Pasal 71

(1) Komite medik berada dibawah dan bertanggung jawab 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...

Paragraf 3
Hubungan Pejabat Pengelola dengan Satuan Pengawas Internal

Pasal 72

(1) Satuan pengawas internal berada dibawah dan bertanggung jawab 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 (3) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada direktur

BAB V
TATA KELOLA KELOMPOK STAF MEDIS

Bagian Kesatu
Kelompok Staf Medis

Paragraf 1
Umum

Pasal 73

(1) Untuk menjadi kelompok staf medis rumah sakit seorang staf medis harus memiliki
    a. Kompetensi yang dibutuhkan;
    b. Surat Tanda Registrasi (STR); dan
    c. Surat Izin Praktek (SIP).
(2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf medis harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang baik untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya serta memiliki perilaku, moral, dan etik yang baik.

Pasal 74

(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...

Pasal 75

Dalam melaksanakan fungsinya sebagaimana dimaksud dalam pasal 73 ayat (1) kelompok staf medis mempunyai tugas

a. Melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promoti, preventif, kuratif, dan rehabilitatif;
b. Membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu, dan akurat;
c. Meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan;
d. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran; dan
e. Menyusun, mengumpulkan, menganalisa, dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 76

(1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam pasal 75 staf medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
(2) Setiap kelompok staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal 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 77

(1) Kelompok staf medis dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggotannya.
(2) Ketua kelompok staf medis dapat dijabat oleh dokter ASN atau dokter non-ASN.
(3) Pemilihan ketua kelompok staf medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh komite medik dengan persetujuan direktur.
(4) Ketua kelompok staf medis ditetapkan dengan keputusan direktur.
(5) Masa bakti ketua kelompok staf medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Pasal 78

Tanggung jawab kelompok staf medis meliputi

a. Melakukan evaluasi atas kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif;
b. Memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
c. Memberikan masukan melalui ketua komite medik kepada direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktek kedokteran;

d. Memberikan...

d. Memberikan laporan secara teratur paling sedikit 1 (satu) kali setiap tahun melalui ketua komite medik kepada direktur atau tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
e. Melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen yang terkait.

Pasal 79

Kewajiban kelompok staf medis meliputi
a. Menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial, dan bidang pelayanan medik;
b. Menyusun indikator mutu klinis; dan
c. Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

Pasal 80

(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 tanggung jawab komite medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Paragraf 2
Kelompok Staf Medis

Pasal 81

Staf medis rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam pasal 73 ayat (1) terdiri dari
a. Staf medis ASN;
b. Staf medis Non-ASN; dan
c. Staf medis tamu.

Pasal 82

Staf medis ASN sebagaimana dimaksud dalam pasal 81 huruf a, yaitu dokter ASN yang bekerja purna waktu sebagai pegawai tetap rumah sakit, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama rumah sakit serta bertanggung jawab kepada direktur.

Pasal 83

(1) Staf medis Non-ASN sebagaimana dimaksud dalam pasal 81 huruf b, yaitu dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang berstatus tenaga kontrak dan yang telah terikat perjanjian kerja dengan rumah sakit dan/atau institusi pendidikan dan ditetapkan berdasarkan keputusan penempatan di rumah sakit oleh direktur.

(2) Staf./..

(2) Staf Medis Non-ASN 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 Non-ASN yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat bekerja kembali untuk masa kontrak 1 (satu) berikutnya setelah menandatangani perjanjian kerja baru dengan pihak rumah sakit.

Pasal 84

Staf medis tamu sebagaimana dimaksud dalam pasal 81 huruf c, yaitu dokter dari luar rumah sakit yang karena reputasi dan/atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medik yang ada di rumah sakit atau untuk melaksanakan tugas suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Paragraf 3
Kewenangan Klinis Staf Medis

Pasal 85

(1) Setiap staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh direktur sesuai standar profesi setelah mendapat rekomendasi dari komite medik berdasarkan buku putih *(white paper*).
(2) Kewenangan klinis seorang staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilan tetapi juga didasarkan pada rivilege fisik, rivilege mental, dan perilaku (*behavior*).

Pasal 86

(1) Untuk dapat memberikan rekomendasi sebagaimana dimaksud dalam pasal 85 ayat (1) komite medik menetapkan rincian kewenangan klinis (*delineation ofclinical rivilege*) 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...

Paragraf 4
Surat Penugasan Klinis

Pasal 87

(1) Pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam pasal 85 ayat (2) diberikan direktur melalui penerbitan surat penugasan klinis.
(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 *(clinical appointment)* sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka seorang staf medis tergabung menjadi anggota kelompok (*member*) staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medik di rumah sakit.
(4) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis *(clinical appointment)* seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite medik atau alasan tertentu.
(5) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*clinical appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medik di rumah sakit.

Pasal 88

Direktur dapat memberikan surat penugasan klinis sementara (*temporary clinical appointment*) kepada dokter tamu atau dokter pengganti.

Pasal 89

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban, semua staf medis rumah sakit dapat diberikan kewenangan klinis oleh direktur untuk melakukan tindakan penyelamatan diluar kewenangan klinis yang dimilikinya sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Paragraf 5
Masa Kerja Staf Medis

Pasal 90

(1) Staf medis ASN sebagaimana dimaksud dalam pasal 81 huruf a, memiliki masa kerja sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan.
(2) Staf medis sebagaimana dimaksud dalam pasal 81 huruf b dan huruf c, memiliki masa kerja sesuai dengan perjanjian dan/atau keputusan direktur.

Pasal 91

(1) Staf medis ASN yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai staf medis non-ASN atau staf medis tamu sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan tenaganya masih dibutuhkan oleh rumah sakit.

(2) Untuk...

(2) Untuk dapat diangkat kembali sebagai staf medis non-ASN atau diangkat kembali sebagai staf medis tamu, harus terlebih dahulu mengajukan permohonan kepada direktur dan selanjutnya direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan tersebut.
(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.
(4) Selain staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) rumah sakit/direktur juga dapat mempekerjakan staf medis spesialis mandiri atau dari luar yang diikat dengan perjanjian kerja sama/kontrak berdasarkan analisis kebutuhan yang dilakukan dengan membuat kajian terlebih dahulu oleh komite medik subkomite kredensial.
(5) Jangka waktu perjanjian kerjasama sebagaimana dimaksud ayat (4) berdasarkan kesepakatan kedua belah pihak dengan mempertimbangkan efektivitas, efisien, dan kemampuan keuangan.
(6) Tata cara pelaksanaan perjanjian kerja sama diatur dalam peraturan direktur sebagai pedoman dalam pengelolaan kerjasama di RSUD Munyang Kute Kabupaten Bener Meriah.

Pasal 92

Staf medis diberhentikan dengan hormat karena
a. 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 93

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.

Paragraf 6
Penilaian Kinerja Staf Medis

Pasal 94

Penilaian kinerja staf medis dilakukan oleh komite medik yang disampaikan kepada direktur merupakan rekomendasi bagi direktur untuk mengambil kebijakan.

Paragraf 7
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 95

(1) Pembinaan dan pengawasan staf medis dilakukan oleh direktur melalui komite medik.

(2) Pembinaan...

(2) Pembinaan dan pengawasan anggota staf medis dilakukan oleh kepala bidang melalui ketua staf medis dari masing-masing kelompok.

Paragraf 8
Sanksi

Pasal 96

(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 non-ASN yang masih berada dalam masa kontrak saja.
(3) Pemberian sanksi sebagaimana dilakukan oleh direktur setelah mendengar pendapat komite medik dalam hal ini subkomite etika dan disiplin profesi medis dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.
(4) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan direktur dan disampaikan kepada SMF yang bersangkutan dengan tembusan kepada komite medik.
(5) Dalam hal SMF tidak dapat menerima sanksi maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis kepada direktur dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan.
(6) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya surat sanggahan, direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

Bagian Kedua
Komite Medik

Paragraf 1
Pembentukan

Pasal 97

(1) Komite medik merupakan organisasi nonstruktural di rumah sakit yang dibentuk dengan keputusan direktur. Perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

(2) Komite...

(2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.
(3) Komite medik berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada direktur, meliputi hal-hal yang berkaitan dengan
    a. Mutu pelayanan medis;
    b. Pembinaan etik kedokteran; dan
    c. Pengembangan profesi medis.
(4) Komite medik mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
(5) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan bagi komite medik untuk melaksanakan fungsinya.

Paragraf 2
Susunan, Fungsi, Tugas, dan Kewenangan

Pasal 98

Susunan organisasi komite medik terdiri dari
a. Ketua;
b. Sekretaris; dan
c. Subkomite.

Pasal 99

(1) Ketua komite medik sebagaimana dimaksud dalam pasal 98 huruf a, ditetapkan oleh direktur.
(2) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
(3) Keanggotaan komite medis ditetapkan oleh direktur 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.

Pasal 100

(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 medik terbagi dalam 3 (tiga) Subkomite, yaitu
    a. Subkomite kredensial staf medis;
    b. Subkomite mutu profesi medis; dan
    c. Subkomite etika dan disiplin profesi medis.

(3) Sub...

(3) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis *(clinical appointment)* di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

Pasal 101

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 102

(1) Organisasi subkomite kredensial staf medis sebagaimana dimaksud dalam pasal 100 ayat (2) huruf a sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab 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) subkomite kredensial staf medis memiliki fungsi sebagai berikut
    a. Penyusunan dan pengkomplikasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku
        1. kompetensi;
        2. kesehatan fisik dan mental; dan
        3. perilaku etika profesi.
    b. Penyelenggaraan periksaan dan pengkajian;
    c. Evaluasi data pendidikan professional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
    d. Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
    e. Penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
    f. Pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medis;
    g. Melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medis; dan
    h. Rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

Pasal./..

Pasal 103

(1) Organisasi subkomite mutu profesi medis sebagaimana dimaksud dalam pasal 100 ayat (2) huruf b, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh direktur 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;
    d. Rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan; dan
    e. Pemantauan dan pengendalian mutu profesi dilakukan melalui :
        1. Pemantauan kualitas, misalnya *morning report,* kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian *(death case),* audit medis, dan *journal reading*; dan
        2. Tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kewenangan tambahan.

Pasal 104

(1) Organisasi subkomite etik dan disiplin profesi medis sebagaimana dimaksud dalam pasal 100 ayat (2) huruf c, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota yang ditetapkan oleh direktur dan bertanggung jawab 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 nasihat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf..

Paragraf 3
Kredensial

Pasal 105

(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 tanggung jawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf medis yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
(3) Kredensial dilakukan terhadap seluruh staf medis, tenaga keperawatan, dan tenaga kesehatan lainnya.
(4) Rumah sakit wajib melakukan proses kredensial sebagaimana dimaksud 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.
(6) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi 2 (dua) aspek yaitu
    a. Kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, ketrampilan, dan perilaku profesional; dan
    b. Kompetensi fisik dan mental.

Pasal 106

(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 107

(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/...

(3) Mekanisme dan proses rekredensial 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 108

(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

Pasal 109

Rapat komite medik terdiri dari
a. Rapat rutin;
b. Rapat khusus; dan
c. Rapat tahunan.

Pasal 110

(1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam pasal 109 huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
(2) Rapat rutin alinan semua dan/atau dengan semua staf medis, dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
(3) Rapat dipimpin oleh ketua medik dalam hal ketua tidak hadir maka rapat dapat dipimpin oleh salah satu dari anggota yang 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 alinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 111

(1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam pasal 109 huruf b diadakan apabila
   a. Ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis; dan

b. Ada...

b. Ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat komite medik.

(2) Rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota komite medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.

(3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua komite medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.

(4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.

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

Pasal 112

(1) Rapat tahunan komite medik sebagaimana dimaksud dalam pasal 109 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 113

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam pasal 109 huruf b dan huruf c wajib dihadiri oleh direktur dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh ketua komite medis.

Pasal 114

(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 115

(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) Dalah 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...

Paragraf 6
Panitia *Adhoc*

Pasal 116

(1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
(2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur berdasarkan usulan ketua komite medik.
(3) Panitia *adhoc* 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 117

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

BAB VI
TATA KELOLA STAF KEPERAWATAN

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 118

(1) Peraturan internal staf keperawatan merupakan peraturan penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan mekanisme tata kerja komite keperawatan.

(2) Peraturan...

(2) Peraturan internal staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan sebagai acuan dan dasar hukum yang sah bagi komite keperawatan dan direktur dalam pengambilan keputusan tentang staf keperawatan.

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis

Pasal 119

(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 indakan medis tertentu dari staf medis fungsional berdasarkan rincian kompetensi staf keperawatan.
(3) Jenjang klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari
    a. jenjang perawat klinik I;
    b. jenjang perawat klinik II; dan
    c. jenjang perawat klinik III;
(4) Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dijabarkan dalam buku putih.
(5) Buku putih sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disusun oleh panitia *adhoc* yang dibentuk oleh komite keperawatan dengan melibatkan mitra bestari.

Pasal 120

(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 reomendasi; dan
    c. Rekomendasi dengan syarat.

Bagian Ketiga
Penugasan Klinis

Pasal 121

(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...

(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 122

(1) Komite keper awatan merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk oleh direktur yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan.
(2) Komite keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

Paragraf 2
Susunan, Fungsi, Tugas, dan Kewenangan

Pasal 123

(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.
(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 pada ayat (4) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
(6) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
(7) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 124...

Pasal 124

(1) Komite keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dengan cara
   a. Melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatandan kebidanan di rumah sakit;
   b. Memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
   c. Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.

(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; dan
   f. Melaporkan seluruh proses kredensial kepada direktur melalui ketua komite keperawatan;

(3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, komite keperawatan memiliki tugas sebagai berikut
   a. Menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
   b. Meromendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan kepada tenaga keperawatan;
   c. Melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
   d. Memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

(4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, komite keperawatan memiliki tugas sebagai berikut
   a. Melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keparawatan;
   b. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
   c. Merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
   d. Merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
   e. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

Pasal 125

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite keperawatan berwenang
a. Memberikan rekomendasi kewenangan klinis;
b. Memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
c. Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
d. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
e. Memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan

f. Memberikan...

f. Memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 3
Kredensial

Pasal 126

(1) Rekomendasi dari komite keperawatan untuk pemberian penugasan klinis oleh direktur kepada staf keperawatan dilakukan melalui proses kredensial.
(2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan direktur rumah sakit kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan atas asuhan kebidanan dalam lingkungan rumah sakit untuk periode tertentu.
(3) Proses kredensial komite keperawatan dilakukan oleh subkomite kredensial komite keperawatan.
(4) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf keperawatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
(5) Tujuan dilakukan kredensial adalah
    a. Memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
    b. Melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas; dan
    c. Pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga keperawatan yang berada di semua level pelayanan.

Pasal 127

(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 128

(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 rumah sakit.

(2) Terhadap...

(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 rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
(5) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi komite 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; dan
   e. Kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi.

Paragraf 5
Rapat

Pasal 129

Rapat komite keperawatan terdiri dari
a. Rapat komite; dan
b. Rapat dengan tim komite lainnya.

Pasal 130

Rapat komite sebagaimana dimaksud dalam pasal 129 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua anggota komite keperawatan yang dilakukan 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 131

(1) Keputusan rapat komite komite keperawatan 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 keperawatan yang hadir.

Pasal 132

(1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat komite atau rapat tim komite keperawatan, sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.

(2) Dalam...

(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 *Adhoc*

Pasal 133

(1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite keperawatan dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
(2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur berdasarkan usulan ketua komite keperawatan.
(3) Panitia adhoc 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, organisasi profesi bidan, dan/atau institusi endidikan keperawatan dan institusi endidikan kebidanan.

Paragraf 7
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 134

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite keperawatan dilakukan oleh dewan pengawas dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

Pasal 135

(1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam pasal 134 diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite keperawatan dalam rangka menjamin mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta keselamatan pasien di rumah sakit.
(2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui
    a. Advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
    b. Pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
    c. Monitoring dan evaluasi.

BAB VII...

BAB VII
TATA KELOLA STAF TENAGA KESEHATAN LAINNYA

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 136

(1) Maksud dibuatnya tata kelola staf kesehatan lainnya agar komite tenaga kesehatan lainnya dapat menyelenggarakan tata kelola yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi di rumah sakit.
(2) Tenaga kesehatan lain yang dimaksud dalam keputusan ini terdiri dari beberapa profesi tenaga kesehatan (apoteker dan tenaga teknis kefarmasian, tenaga gizi, tenaga kesehatan lingkungan, fisioterapi, okupasi terapi, perekam 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, ortotik prostetik, kesehatan masyarakat, penata anastesi, dan teknisi elektromedis).

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis

Pasal 137

(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 Ketiga
Penugasan Klinis

Pasal 138

(1) Komite kesehatan lainnya menetapkan kewenangan klinis dan mengusulkan kepada direktur untuk dikeluarkan surat penugasan klinis.

(2) Direktur...

(2) Direktur mengeluarkan surat penugasan klinis yang berlaku dalam 3 (tiga) tahun.
(3) Dalam keadaan tertentu direktur dapat mengeluarkan surat pengakhiran penugasan klinis staf tenaga kesehatan lainnya atas rekomendasi subkomite etik dan disiplin profesi melalui ketua komite tenaga kesehatan lainnya.

Bagian Keempat
Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Paragraf 1
Pembentukan

Pasal 139

(1) Komite tenaga kesehatan lainnya merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh direktur yang keanggotaannya terdiri dari apoteker dan tenaga teknis kefarmasian, tenaga gizi, tenaga kesehatan lingkungan, fisioterapi, okupasi terapi, perekam 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, ortotik prostetik, kesehatan masyarakat, penata anastesi, dan teknisi elektromedis.
(2) Komite tenaga kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lainnya.

Paragraf 2
Susunan, Fungsi, Tugas, dan Kewenangan
Pasal 140

(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.
(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 yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lainnya.

(6) Sub...

(6) Sub komite mutu profesi sebagaimana dimaksud bertugas melakukan audit tenaga kesehatan lainnya dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lainnya.
(7) Sub komite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 141

(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 kesehatan 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...

d. Merekomendasikan pencabutan kewenangan tenaga kesehatan lain; dan
e. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan kesehatan lain.

Pasal 142

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 143

(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 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 subkomite kredensial komite kesehatan lainnya.
(4) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya 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...

(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 144

(1) Paling lambat 2 (dua) minggu sebelum habis masa berlakunya surat penugasan klinis, staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada direktur, dengan mengisi formulir yang telah disediakan oleh rumah sakit.
(2) Terhadap permohonan 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 subkomite kredensial komite tenaga kesehatan lainnya.
(4) Mekanisme dan proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
(5) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi komite tenaga kesehatan lainnya kepada direktur berupa
    a. Kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
    b. Kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
    c. Kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
    d. Kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
    e. Kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
    f. Kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Paragraf 5
Rapat

Pasal 145

Rapat komite tenaga kesehatan lainnya terdiri dari
a. Rapat komite; dan
b. Rapat anggota komite.

Pasal 146

(1) Rapat komite sebagaimana dimaksud dalam pasal 145 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua staf komite yang dilakukan 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

(2) Rapat...

(2) Rapat anggota komite sebagaimana dimaksud dalam pasal 145 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 147

(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 berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
(3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota komite tenaga kesehatan lainnya yang hadir.

Pasal 148

(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 *Adhoc*

Pasal 149

(1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite tenaga kesehatan lainnya dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
(2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur berdasarkan usulan ketua komite tenaga kesehatan lainnya.
(3) Panitia *adhoc* 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 150

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...

Pasal 151

(1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam pasal 150 diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite tenaga kesehatan lainnya dalam rangka menjamin mutu pelayanan, serta keselamatan pasien di rumah sakit.
(2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui
    a. Advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
    b. Pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
    c. Monitoring dan evaluasi.

BAB VIII
PENGELOLAAN RUMAH SAKIT UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 152

(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, pelaksanaan, pelaporan, dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah.
(3) Dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) direktur bertanggung jawab kepada kepala dinas melalui penyampaian laporan keuangan, laporan pengelolaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian rumah sakit.
(4) Penyampaikan 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.

Bagian Kedua
Pengelolaan Keuangan

Paragraf 1
Perencanaan, Penganggaran, Penatausahaan, Pelaksanaan, Pelaporan, dan Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 153

(1) Otonomi dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud pada pasal 152 ayat (1) meliputi perencanaan, penganggaran, penatausahaan, pelaksanaan, pelaporan, dan pertanggungjawaban keuangan.

(2) Direktur...

(2) Direktur rumah sakit bertanggung jawab atas pelaksanaan anggaran pendapatan, belanja, dan pembiayaan rumah sakit.

Pasal 154

(1) Direktur rumah sakit dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 153 ayat (1) bertanggung jawab secara administratif atau dalam bentuk laporan kepada kepala daerah.
(2) Direktur rumah sakit dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 153 ayat (1) bertanggung jawab secara substansif kepada bupati melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
(3) Dalam penyampaian laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) direktur melakukan penyusunan laporan keuangan yang merupakan bagian dari laporan kinerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(4) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disajikan sebagai lampiran laporan keuangan daerah.
(5) Tata cara dan format penyusunan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur lebih lajut dalam penatausahaan keuangan dengan peraturan direktur.

Pasal 155

(1) Dalam melaksanakan otonomi pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 154 ayat (1), direktur ditetapkan selaku kuasa pengguna anggaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(2) Selain selaku kuasa pengguna anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), direktur rumah sakit memiliki tugas dan kewenangan
    a. Menyusun Rencana Kerja dan Anggaran (RKA);
    b. Menyusun Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA);
    c. Menandatangani Surat Perintah Membayar (SPM);
    d. Mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
    e. Menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
    f. Menetapkan Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK) dan Pejabat Penatausahaan Keuangan (PPK); dan
    g. Menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah;
    h. Mengusulkan Kuasa Pengguna Anggaran (KPA), Bendahara Pengeluaran (BP), Bendahara Penerimaan, dan Bendahara Pengeluaran Pembantu (BPP) kepada bupati.
(3) Rencana Kerja dan Anggaran dan RBA serta DPA sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2) huruf (a) dan huruf (b) disampaikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) untuk diverifikasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(4) Direktur.../

(4) Direktur menandatangani Surat Perintah Membayar (SPM) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi Uang Persediaan (UP), Ganti Uang (GU), Ganti Uang Persediaan (GUP), Tambahan Uang Persediaan (TUP), dan Lumsum (LS).
(5) Direktur mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggungjawabnya sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf d yang merupakan konsekwensi dari DPA.

Pasal 156

(1) Rencana kegiatan dan anggaran rumah sakit merupakan lampiran dari DPA rumah sakit.
(2) Dokumen pelaksanaan anggaran rumah sakit merupakan lampiran dari DPA rumah sakit.
(3) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 154 ayat (1) direktur melaksanakan belanja sesuai DPA sebagaimana dimaksud dalam pasal 155 ayat (1) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(4) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) rumah sakit juga melaksanakan anggaran pendapatan, belanja, dan pembiayaan.

Pasal 157

(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 RKA dinas pada kelompok Pendapatan Asli Daerah (PAD), jenis lain-lain PAD yang sah dan objek pendapatan rumah sakit.

Pasal 158

(1) Pagu anggaran belanja rumah sakit dalam RKA dinas yang sumber dananya berasal dari pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam pasal 157 ayat (2) dan surplus anggaran rumah sakit dirinci dalam satu program, satu kegiatan, satu *output*, dan jenis belanjanya untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan.
(2) Rincian lebih lanjut dari pagu anggaran belanja rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam RBA.
(3) Rencana bisnis anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan lampiran dari DPA rumah sakit.

Pasal 159

(1) Pembiayaan rumah sakit merupakan lampiran RKA rumah sakit selanjutnya diintegrasikan pada akun pembiayaan rumah sakit.
(2) Rumah Sakit dapat melakukan pergeseran rincian belanja yang ada di RBA, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sepanjang tidak melebihi pagu anggaran perjenis belanja di DPA dengan mengetahui dewan pengawas.

(3) Pergeseran...

(3) Pergeseran rincian belanja seperti yang dimaksud pada ayat (2) dilakukan pertrimester waktu pelaksanaan anggaran dengan persyaratan pergeseran dilakukan setelah evaluasi kinerja keuangan pertrimester.
(4) Pergeseran rincian belanja seperti yang dimaksud pada ayat (3) dilakukan setelah pengelola mendapatkan izin tertulis yang ditandatangani oleh KPA melalui formular persetujuan pergeseran anggaran.
(5) Tata cara dan format pergeseran sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur lebih lanjut dalam prosedur pergeseran anggaran yang diatur melalui standar prosedur operasional.

Paragraf 2
Prinsip Pengelolaan Keuangan

Pasal 160

(1) Pengelolaan keuangan rumah sakit berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi, fleksibilitas, dan produktivitas dengan berazaskan akuntabilitas dan transparansi.
(2) Dalam rangka penerapan prinsip dan azas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

Paragraf 3
Fleksibilitas

Pasal 161

(1) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 160 ayat (1) rumah sakit dengan status BLUD memperoleh fleksibilitas berupa
    a. Pengelolaan pendapatan dan belanja;
    b. Pengelolaan kas;
    c. Pengelolaan utang;
    d. Pengelolaan piutang;
    e. Pengelolaan investasi;
    f. Pengelolaan barang dan/atau jasa;
    g. Pengadaan barang/jasa;
    h. Penyusunan akuntansi, pelaporan, dan pertanggungjawaban;
    i. Pengelolaan surplus dan sistem;
    j. Kerjasama dengan pihak lain;
    k. Mempekerjakan tenaga Non-ASN;
    l. Pengelolaan dana secara langsung; dan
    m. Perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.
(2) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), selanjutnya diatur dalam peraturan bupati.

Paragraf...

Paragraf 4
Tarif Layanan

Pasal 162

(1) Rumah sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
(2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan (*unit cost*) dan perkegiatan (*activity based costing*).
(3) 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.
(4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan rumah sakit.

Pasal 163

(1) Tarif layanan rumah sakit diusulkan oleh direktur rumah sakit kepada bupati.
(2) Penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan peraturan bupati.
(3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
(4) Pola tarif dan penetapan besaran tarif disusun oleh tim tarif yang dibentuk oleh direktur rumah sakit.

Pasal 164

(1) Peraturan bupati mengenai tarif layanan rumah sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
(2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun perunit layanan.

Paragraf 5
Struktur Anggaran Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 165

(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. Anggaran.../..

d. Anggaran pendapatan dan belanja daerah, anggaran pendapatan belanja negara; dan
e. Lain-lain pendapatan BLUD yang sah.

Pasal 166

(1) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 165 ayat (2) huruf a berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
(2) Pendapatan BLUD agi bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam pasal 165 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 agi bersumber dari hasil kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam pasal 165 ayat (2) huruf c dapat berupa hasil yang diperoleh dari kerja sama BLUD.
(5) Pendapatan BLUD yang bersumber dari APBD dan APBN sebagaimana dimaksud dalam pasal 165 ayat (2) huruf d berupa pendapatan yang berasal dari DPA APBD dan APBN.
(6) Lain-lain pendapatan BLUD yang sah sebagaimana dimaksud dalam pasal 165 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; dan
    f. Pengembangan usaha.

Pasal 167

(1) Pengembangan usaha sebagaimana dimaksud dalam pasal 166 ayat (6) huruf f dilakukan melalui pembentukan unit usaha untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat.
(2) Unit usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan agian dari BLUD yang bertugas melakukan pengembangan layanan dan mengoptimalkan sumber pendanaan untuk mendukung kegiatan BLUD.

Pasal 168

(1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam pasal 166 ayat (2) huruf a sampai dengan huruf e dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran BLUD sesuai RBA, kecuali yang berasal dari hibah terikat dan hibah tidak terikat.

(2) Pendapatan.../..

(2) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui rekening kas BLUD.
(3) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam pasal 166 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 objek pendapatan rumah sakit.
(4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada pejabat pengelola keuangan daerah setiap trimester.
(5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Pasal 169

(1) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam pasal 165 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 emba tetap dan emba 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 embal dan bangunan, belanja jalan, irigasi dan jaringan, dan belanja emba tetap lainnya.

Pasal 170

(1) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam pasal 165 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 171

(1) Penerimaan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 170 ayat (1) huruf a meliputi
    a. Sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya;
    b. Divestasi; dan
    c. Penerimaan utang/pinjaman.

(2) Pengeluaran.../

(2) Pengeluaran pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 170 ayat (1) huruf b meliputi
   a. Investasi; dan
   b. Pembayaran pokok utang/pinjaman.

Paragraf 6
Perencanaan dan Penganggaran Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 172

(1) Rumah sakit menyusun renstra BLUD.
(2) Rencana strategis BLUD rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup penyataan 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 173

Rencana strategis BLUD sebagaimana dimaksud dalam pasal 172 ayat (1), dipergunakan sebagai dasar penyusunan RBA dan evaluasi kinerja.

Pasal 174

Rencana bisnis anggaran merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan rumah sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

Pasal 175

(1) Direktur wajib menyusun renstra rumah sakit dan renstra BLUD setiap 5 (lima) tahun sekali.

(2) Rencana/...

(2) Rencana Strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten.
(3) Sebelum ditetapkan oleh bupati, rancangan renstra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan dewan pengawas, untuk mendapat persetujuan.
(4) Rumah sakit yang menerapkan BLUD menyusun RBA mengacu pada renstra.
(5) Rencana Bisnis Anggaran 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.
(6) Anggaran berbasis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a merupakan analisis kegiatan yang berorientasi pada pencapaian output dengan penggunaan sumber daya secara efisien.
(7) Standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf b merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku di suatu daerah.
(8) BLUD menyusun standar satuan harga yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
(9) Dalam hal BLUD belum menyusun standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (8), BLUD menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan oleh Keputusan Bupati.
(10) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimann dimaksud pada ayat (5) huruf c merupakan pagu belanja yang dirinci menurut belanja operasi dan belanja modal.

Pasal 176

(1) Rencana bisnis anggaran sebagaimana dimaksud dalam pasal 174, 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) Rencana bisnis anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu presentase ambang batas tertentu.
(3) Rencana bisnis anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disertai dengan standar pelayanan minimal.

Pasal 177

(1) Ringkasan pendapatan, belanja, dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 176 ayat (1) huruf a merupakan ringkasan pendapatan, belanja, dan pembiayaan.

(2) Rincian...

(2) Rincian anggaran pendapatan, belanja, dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 176 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 sebagamana dimaksud dalam pasal 176 ayat (1) huruf c, merupakan estimasi harga jual produk barang dan/atau jasa setelah memperhitungkan biaya persatuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari tarif layanan.
(4) Besaran persentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam pasal 176 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 176 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 178

(1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam pasal 165 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf e diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA dinas pada akun pendapatan daerah pada kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain pendapatan asli daerah yang sah dengan objek pendapatan dari BLUD.
(2) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam pasal 165 ayat (1) huruf b yang sumber dananya berasal dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam pasal 165 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf e dan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD, diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA dinas pada akun belanja daerah yang selanjutnya dirinci dalam I (satu) program, I (satu) kegiatan, I (satu) *output*, dan jenis belanja.
(3) Belanja BLUD sebagaimara dimaksud pada ayat (2) dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan serta kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan.
(4) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam pasal 170 ayat (1) diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA dinas 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...

Pasal 179

(1) Rencana bisnis anggaran sebagaimana dimaksud dalam pasal 176 ayat (1) diintegrasikan/dikonsolidasikan dan merupakan kesatuan dari RKA.
(2) Rencana kerja dan anggaran beserta RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan rancangan peraturan daerah tentang APBD.

Pasal 180

(1) Pejabat pengelola keuangan daerah menyampaikan RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud dalam pasal 160 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 181

(1) Tim anggaran pemerintah daerah menyampaikan kembali RKA beserta RBA yang telah dilakukan penelaahan sebagaimana dimaksud dalam pasal 180 ayat (1) kepada PPKD untuk dicantumkan dalam rancangan peraturan daerah tentang APBD yang selanjutnya ditetapkan menjadi Peraturan Daerah tentang APBD.
(2) Tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan RBA mengikuti tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan APBD.

Paragraf 7

Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 182

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

Pasal 183

(1) Dokumen pelaksanaan anggaran sebagaimana dimaksud dalam pasal 182 memuat pendapatan, belanja, dan pembiayaan.
(2) Pejabat pengelola keuangan daerah mengesahkan DPA sebagai dasar pelaksanaan anggaran BLUD.

Pasal 184

(1) Dokumen pelaksanaan anggaran yang telah disahkan oleh PPKD sebagaimana dimaksud dalam pasal 183 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 modal, dan belanja barang dan/atau jasa yang mekanismenya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(3) Pelaksanaan/...

(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 185

(1) Dokumen pelaksanaan anggaran yang telah disahkan dan RBA menjadi lampiran perjanjian kinerja yang ditandatangani oleh bupati 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 186

(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 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 ayat (3), PPKD melakukan pengesahan dengan menerbitkan surat pengesahan pendapatan, belanja, dan pembiayaan.

Pasal 187

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

Pasal 188

(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...

d. Pembayaran;
e. Perolehan sumber dana untuk menutup efinit jangka pendek; dan
f. Pemanfaatan surplus kas untuk memperoleh pendapatan tambahan.

(2) Penerimaan BLUD dilaporkan setiap hari kepada direktur melalui pejabat keuangan.

Pasal 189

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, efin tetap, dan investasi; dan
e. Ekuitas.

Paragraf 8
Pengelolaan Belanja Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 190

(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 efinitive.
(3) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilaksanakan terhadap belanja rumah sakit yang bersumber dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam pasal 165 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 bupati.
(6) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, BLUD mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada PPKD.

Pasal 191

(1) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam pasal 190 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...

(3) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dicantumkan dalam RBA dan DPA.
(4) Pencantuman ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa catatan yang memberikan informasi besaran presentase ambang batas.
(5) Pesentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dicapai, terukur, rasional, dan dapat dipertanggungjawabkan.
(6) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), digunakan apabila pendapatan BLUD sebagaimana pasal 165 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
Piutang dan Utang/Pinjaman Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 192
(1) Rumah sakit mengelola piutang sehubungan dengan penyerahan barang, jasa, dan/atau transaksi yang berhubungan langsung atau tidak langsung dengan kegiatan BLUD.
(2) Rumah sakit melaksanakan penagihan piutang pada saat piutang jatuh tempo, dilengkapi administrasi penagihan.
(3) Dalam hal piutang sulit tertagih, keputusan penagihan piutang diputuskan setelah dikonsultasikan kepada bupati dengan melampirkan bukti yang sah.

Pasal 193
(1) Piutang dapat dihapus secara mutlak atau bersyarat.
(2) Tata cara penghapusan piutang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan peraturan bupati.

Pasal 194
(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 195
(1) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam pasal 194 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 embali utang/pinjaman yang harus dilunasi dalam tahun anggaran berkenaan.

(3) Utang...

(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 anjang utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab pemerintah daerah melalui rumah sakit.
(5) Mekanisme pengajuan utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan peraturan bupati.

Pasal 196

(1) Utang/pinjaman jangka anjang sebagaimana, dimaksud dalam pasal 194 ayat (2) merupakan utang/pinjaman yang memberikan manfaat lebih dari 1 (satu) tahun anggaran dengan masa pembayaran anjang atas utang/pinjaman tersebut lebih dari 1 (satu) tahun anggaran.
(2) Utang/pinjaman jangka anjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya untuk pengeluaran belanja modal.
(3) Pembayaran utang/pinjaman jangka anjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kewajiban pembayaran anjang 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) Mekanisme pengajuan utang/pinjaman jangka anjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 10
Investasi

Pasal 197

(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 198

(1) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam pasal 197 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./..

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 199

Pengelolaan investasi rumah sakit dengan status BLUD diatur dengan peraturan bupati.

Paragraf 11
Sisa Lebih Perhitungan Anggaran

Pasal 200

(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) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan likuiditas.
(4) Pemanfataan 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.
(5) Pemanfataan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (4) pada kondisi mendesak dapat dilaksanakan mendahului APBD perubahan.
(6) Kriteria kondisi mendesak sebagaimana dimaksud pada ayat (5) mencakup
a. Program dan kegiatan pelayanan dasar masyarakat yang anggarannya belum tersedia dan/atau belum cukup anggarannya pada tahun anggaran berjalan;
b. Program kerja yang bersifat terikat dengan actor eksternal yang harus dilaksanakan dikarenakan terikat waktu dan tidak bisa ditunda; dan
c. Keperluan mendesak lainnya yang apabila ditunda akan menimbulkan kerugian yang lebih besar bagi pemerintah daerah dan masyarakat.

Paragraf...

Paragraf 12
Defisit Anggaran

Pasal 201

(1) Defisit anggaran BLUD merupakan selisih kurang antara pendapatan dengan belanja BLUD.
(2) Dalam hal anggaran BLUD diperkirakan enyusu, ditetapkan pembiayaan untuk menutupi enyusu tersebut antara lain dapat bersumber dari sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya dan penerimaan pinjaman.
(3) Dalam hal terjadi enyusu pada BLUD maka Pemerintah Daerah wajib menyediakan dana untuk menutup enyusu melalui mekanisme pembiayaan.

Paragraf 13
Penyelesaian Kerugian

Pasal 202

Setiap kerugian daerah pada BLUD akibat enyusun melawan hukum atau yang disebabkan oleh kelalaian seseorang diselesaikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai penyelesaian kerugian negara/daerah.

Paragraf 14
Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 203

(1) BLUD menyelenggarakan akuntansi dan enyusun laporan keuangan.
(2) Dalam rangka akuntabilitas keuangan laporan keuangan BLUD sebelum dilakukan audit oleh auditor eksternal dilakukan peninjauan oleh Satuan Pengendali Internal (SPI).
(3) BLUD menyelenggarakan akuntansi, enyusun laporan keuangan, dan pertanggungjawaban keuangan wajib dilakukan audit oleh auditor eksternal.

Pasal 204

(1) BLUD enyusun 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...

(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 Bupati.
(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 (l) diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 205

(1) Rumah sakit 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 peninjauan oleh OPD yang membidangi pengawasan
di pemerintah daerah.
(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 peninjauan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesatuan dari laporan keuangan BLUD tahunan.

Pasal 206

(1) Rumah sakit menyelenggarakan akuntansi dan enyusun laporan keuangan.
(2) Dalam rangka akuntabilitas keuangan laporan keuangan rumah sakit sebelum dilakukan audit oleh auditor eksternal dilakukan tinjauan oleh SPI.

Bagian Ketiga
Pengelolaan Barang Milik Daerah

Pasal 207

(1) Sebagai unit organisai 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, pelaksanaan, dan pertanggungjawaban penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah.

(3) Rumah...

(3) Rumah sakit berwenang dan bertanggung jawab dalam pengelolaan barang milik daerah dan merupakan keseluruhan kegiatan yang meliputi perencanaan kebutuhan dan penganggaran, pengadaan, penggunaan, pemanfaatan, pengamanan, dan pemeliharaan, penilaian, penatausahaan, dan pengendalian dalam rangka melaksanakan tugas dan fungsi rumah sakit dalam lingkup barang milik daerah yang ada dalam penguasaannya.

(4) Direktur mempunyai wewenang dan bertanggung jawab dalam pelaksanaan penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah meliputi
   a. Mengajukan rencana kebutuhan dan penganggaran barang milik daerah bagi rumah sakit yang dipimpinnya;
   b. Mengajukan permohonan penetapan status penggunaan barang yang diperoleh dari beban APBD dan perolehan lainnya yang sah;
   c. Melakukan pencatatan dan inventarisasi barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;
   d. Menggunakan barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya untuk kepentingan penyelenggaraan tugas dan fungsi rumah sakit yang dipimpinnya;
   e. Mengamankan dan memelihara barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;
   f. Mengajukan usul pemanfaatan dan pemindah tanganan barang milik daerah berupa tanah dan/atau bangunan yang tidak memerlukan persetujuan DPRD dan barang milik daerah selain tanah dan/atau bangunan;
   g. Menyerahkan barang milik daerah berupa tanah dan/atau bangunan yang tidak digunakan untuk kepentingan penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah yang dipimpinnya dan sedang tidak dimanfaatkan pihak lain, kepada bupati melalui pengelola barang;
   h. Mengajukan usul pemusnahan dan penghapusan barang milik daerah;
   i. Melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian atas penggunaan barang milik daerah yang ada dalam penguasaannya;
   j. Menyusun dan menyampaikan laporan barang pengguna semesteran dan laporan barang pengguna tahunan yang berada dalam penguasaannya kepada pengelola barang; dan
   k. Hasil pemanfaatan barang milik daerah merupakan pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah BLUD.

Bagian Keempat
Pengelolaan Kepegawaian

Paragraf 1
Umum

Pasal 208

(1) Sebagai unit organisasi bersifat khusus rumah sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan bidang kepegawaian.

(2) Direktur...

(2) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian pegawai yang berasal dari ASN kepada pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(3) Direktur memiliki kewenangan dalam menyelenggarakan pembinaan pegawai yang berasal dari ASN dalam pelaksanaan tugas dan fungsi dalam jabatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(4) Direktur memiliki kewenangan dalam pengelolaan dan pembinaan pegawai di lingkungan rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2
Klasifikasi Pegawai

Pasal 209

Pegawai rumah sakit terdiri dari
a. Aparatur Sipil Negara (ASN);
b. Pegawai Non Aparatur Sipil Negara (Non-ASN); dan
c. Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK).

Pasal 210

Kedudukan, hak, dan kewajiban Pegawai RSUD Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah yang berasal dari ASN sebagaimana dimaksud pasal 209 huruf a tunduk pada ketentuan peraturan yang berlaku.

Pasal 211

(1) Pegawai rumah sakit sebagaimana dimaksud pasal 209 huruf b berkedudukan sebagai pegawai pada rumah sakit
(2) Pegawai rumah sakit terdiri atas
    a. Pegawai tetap;
    b. Pegawai profesional tertentu.
(3) Kedudukan, hak, dan kewajiban pegawai rumah sakit tunduk pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 212

Kedudukan, hak, dan kewajiban Pegawai RSUD Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah yang berasal dari PPPK sebagaimana dimaksud pasal 209 huruf c tunduk pada ketentuan peraturan yang berlaku.

Paragraf 3
Pegawai Paruh Waktu dan Profesional Tertentu

Pasal 213

(1) Selain pegawai rumah sakit sebagaimana dimaksud pasal 211 ayat (2) rumah sakit dapat mempekerjakan tenaga medis spesialis paruh waktu sebagai dokter mitra.

(2) Tenaga.../..

(2) Tenaga medis spesialis paruh waktu sebagai dokter mitra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari ASN sepanjang tidak menggangu pelaksanakan tugas pokok dan fungsinya selaku ASN pada institusi asal, yang ditunjukan dengan surat persetujuan/izin dari institusi asal.
(3) Tenaga medis spesialis yang mempunyai keahlian khusus yang dibutuhkan, dapat dilakukan kontrak kerja profesional, dengan batasan usia mengikuti Surat Tanda Registrasi (STR) yang dikeluarkan oleh Ketua Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).

Paragraf 4
Pengadaan Pegawai Non-ASN

Pasal 214

(1) Pengadaan pegawai non-ASN didasarkan pada formasi kebutuhan yang disusun berdasar
   a. Jenis dan sifat pelayanan yang diberikan;
   b. Kemampuan pendapatan operasional;
   c. Sarana dan prasarana yang tersedia; dan
   d. Uraian dan peta jabatan/analisa beban kerja.
(2) Formasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan terlebih dahulu kepada bupati untuk mendapatkan persetujuan.
(3) Untuk melaksanakan pengadaan pegawai non-ASN, direktur membentuk tim pengadaan pegawai non-ASN.
(4) Susunan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari
   a. Pembina;
   b. Penanggung jawab;
   c. Ketua;
   d. Sekretaris; dan
   e. Anggota tetap dan tidak tetap;
(5) Tim pengadaan pegawai non-ASN rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mempunyai tugas
   a. Menyampaikan pengumuman penerimaan calon pegawai non-ASN 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 non-ASN dan melaporkan hasilnya kepada direktur;
   f. Mengusulkan peserta tes yang lolos seleksi dan akan diterima menjadi calon pegawai non-ASN berdasarkan persetujuan direktur;
   g. Ketua tim mengumumkan calon pegawai non-ASN;
   h. Melakukan pemanggilan kepada calon pegawai non-ASN yang dinyatakan lulus semua tahapan tes.

Pasal...

Pasal 215

(1) Pengadaan pegawai non-ASN dilaksanakan melalui seleksi penerimaan pegawai non-ASN oleh tim pengadaan pegawai non-ASN yang ditetapkan oleh direktur.
(2) Seleksi sebagaimana dimaksud ayat (1) dilaksanakan dengan cara tes tertulis dan wawancara dengan materi meliputi
    a. Administrasi dan kesehatan;
    b. Seleksi Kompetensi Dasar (SKD);
    c. Seleksi Kompetensi sesuai Bidang/pendidikan (SKB); dan
    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).

Bagian Kelima
Pengangkatan Pegawai Non-ASN

Pasal 216

(1) Bagi calon pegawai non-ASN yang dinyatakan lulus tes selanjutnya diangkat menjadi pegawai.
(2) Pegawai sebagaimana dimaksud ayat (1) wajib mengikuti orientasi.
(3) Orientasi sebagaimana dimaksud ayat (2) terdiri dari
    a. Orientasi Umum selama 1 (satu) minggu; dan
    b. Orientasi Khusus selama 5 (lima) bulan 3 (tiga) minggu.
(4) Pegawai sebagaimana ayat (1) selama melakukan orientasi akan dievaluasi oleh atasan langsung.
(5) Evaluasi sebagaimana ayat (4) terdiri dari
    a. Penilaian sasaran kerja pegawai; dan
    b. Penilaian perilaku kerja pegawai yang meliputi
        1. orientasi pelayanan;
        2. integritas;
        3. komitmen;
        4. disiplin; dan
        5. kerjasama.
(6) Pengangkatan pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan perjanjian kerja dan ditandatangani oleh direktur.

Bagian Keenam
Evaluasi Kinerja

Pasal 217

(1) Pegawai administrasi
    a. Evaluasi awal dilakukan pada saat orientasi selama 6 (enam) bulan oleh atasan langsung;
    b. Evaluasi kinerja bagi pegawai administrasi dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali yang tertuang didalam penilaian kinerja pegawai;
    c. Evaluasi dilakukan berdasarkan kinerja individu dan kinerja mutu; dan

d. Evaluasi...

d. Evaluasi dilakukan oleh kepala seksi/kepala subbagian dan kepala bidang atas rekomendasi/persetujuan dari atasan langsung.

(2) Pegawai administrasi
   a. Evaluasi kinerja bagi pegawai administrasi dilaksanakan setiap 1 (satu) tahun sekali tertuang didalam kinerja pegawai;
   b. Evaluasi dilakukan berdasarkan kinerja individu dan kinerja mutu;
   c. Evaluasi terhadap kinerja dokter subspesialis, dokter spesialis, dokter spesialis konsultan, dokter umum, dokter gigi subspesialis, dokter gigi spesialis, dan dokter gigi dilakukan oleh kepala bidang pelayanan medis;
   d. Evaluasi terhadap tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, dan tenaga kesehatan lainnya dinilai oleh kepala bidang sesuai dengan stuktur organisasi atas persetujuan dan/atau rekomendasi dari atasan langsung.

(3) Tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, dan tenaga kesehatan lainnya selain dilakukan evaluasi kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) akan dilakukan evaluasi terhadap praktek profesionalismenya yang dilaksanakan oleh komite dari masing-masing jabatan melalui subkomite mutu masing-masing komite jabatan.

(4) Evaluasi kinerja dan praktek profesionalisme sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sekurang-kurangnya dilakukan 1 (satu) tahun sekali.

Bagian Ketujuh
Hak, Kewajiban, dan Larangan Pegawai Non-ASN

Paragraf 1
Hak

Pasal 218

(1) Menerima honorarium tetap setiap bulan yang besarnya ditetapkan dengan keputusan direktur sesuai dengan kemampuan daerah;
(2) Memperoleh jasa pelayanan sebagai imbalan jasa berdasarkan ketentuan yang berlaku;
(3) Menjadi anggota BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan;
(4) Mendapatkan pensiun dari BPJS ketenagakerjaan;
(5) Mendapatkan cuti;
(6) Pengembangan kompetensi; dan
(7) Hak-hak lain yang ditetapkan oleh direktur.

Paragraf 2
Kewajiban

Pasal 219

Pegawai 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.../

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 tanggung jawab di unit kerja yang ditempati;
f. Menunjukan 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 Pelatihan yang diikuti dan dibiayai oleh rumah sakit sesuai dengan masa berlaku sertifikat;
u. Mengembalikan dua kali seluruh biaya pelatihan yang telah dikeluarkan oleh rumah sakit apabila mengundurkan diri sebelum batas waktu yang ditentukan pada huruf t pasal ini;
v. Ikut berperan serta dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit;
w. Bersedia ditempatkan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

Paragraf 3
Larangan

Pasal 220

Pegawai non-ASN dilarang
a. Menyalahgunakan wewenang yang telah diberikan;
b. Menjadi perantara untuk mendapatkan keuntungan pribadi dan/atau orang lain dengan menggunakan kewenangan orang lain;

c. Bekerja...

c. Bekerja pada perusahaan asing, konsultan asing, atau lembaga swadaya masyarakat asing;
d. Memiliki, menjual, membeli, menggadaikan, menyewakan, atau meminjamkan barang-barang baik bergerak atau tidak bergerak, dokumen atau surat berharga milik negara secara tidak sah;
e. Melakukan kegiatan bersama dengan atasan, teman sejawat, bawahan, atau orang lain di dalam maupun di luar lingkungan kerjanya dengan tujuan untuk keuntungan pribadi, golongan, atau pihak lain yang secara langsung atau tidak langsung merugikan rumah sakit;
f. Memberi atau menyanggupi akan memberikan sesuatu kepada siapapun baik secara langsung atau tidak langsung dan dengan dalih apapun untuk diangkat dalam jabatan;
g. Menerima hadiah atau suatu pemberian apa saja dari siapapun juga yang berhubungan dengan jabatan dan/atau pekerjaannya;
h. Melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan suatu tindakan yang dapat menghalangi atau mempersulit salah satu pihak yang dilayani sehingga mengakibatkan kerugian bagi yang dilayani;
i. Menghalangi berjalannya tugas kedinasan;
j. Melakukan tindakan asusila baik dilingkungan rumah sakit maupun di luar lingkungan rumah sakit;
k. Memberikan dukungan kepada calon presiden/wakil presiden, dewan perwakilan rakyat, dewan perwakilan rakyat daerah, dan calon bupati/wakil bupati dengan cara
    1. Ikut serta sebagai pelaksana kampanye;
    2. Menjadi peserta kampanye dengan menggunakan atribut partai;
    3. Sebagai peserta kampanye dengan menggunakan fasilitas rumah sakit;
    4. Membuat keputusan dan/atau tindakan yang menguntungkan atau merugikan salah satu pasangan calon selama masa kampanye;
    5. Mengadakan kegiatan yang mengarah kepada keberpihakan terhadap pasangan calon yang menjadi peserta pemilu sebelum, selama, dan sesudah masa kampanye meliputi pertemuan, ajakan, 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;
q. Dengan sengaja atau ceroboh merusak, merugikan atau membiarkan dalam keadaan bahaya barang dan/atau fasilitas rumah sakit.

Bagian...

Bagian Kedelapan
Penghargaan

Pasal 221

(1) Pegawai non-ASN dapat memperoleh penghargaan berupa
   a. Uang atau barang yang setara dengan uang;
   b. Piagam penghargaan; dan
   c. Pelatihan.
(2) Pemberian penghargaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan oleh direktur.

Bagian Kesembilan
Cuti Pegawai Non-ASN

Pasal 222

(1) Pegawai non-ASN apabila telah diangkat sebagai pegawai mendapat hak cuti;
(2) Cuti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut
   a. Cuti besar untuk kegiatan keagamaan (ibadah umroh dll) paling banyak 14 (empat belas hari) termasuk cuti tahunan pada tahun berjalan;
   b. Cuti alasan penting paling banyak selama 14 (empat belas) hari; dan
   c. Cuti bersalin bagi pegawai perempuan selama 3 (tiga) bulan maksimal 3 kali bersalin.
(3) Tatacara pemberian cuti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) akan diatur lebih lanjut dengan peraturan direktur.

Bagian Kesepuluh
Pembinaan Pegawai Non-ASN

Pasal 223

(1) Pegawai non-ASN yang tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam pasal 219 dan/atau melakukan pelanggaran terhadap larangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 220 dapat dijatuhi hukuman disiplin.
(2) Penjatuhan hukuman disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat 1 ditetapkan oleh pejabat yang berwenang secara hierarki.
(3) Apabila pelanggaran yang dilakukan menimbulkan kerugian yang bernilai material dan/atau dapat dikategorikan sebagai tindak pidana, maka penyelesaian dapat dilakukan melalui jalur hukum.

Bagian Kesebelas
Jenis Pelanggaran dan Hukuman

Pasal 224

(1) Hukuman disiplin tingkat ringan dijatuhkan bagi pelanggaran terhadap kewajiban sebagaimana dimaksud pasal 219 dan terhadap larangan sebagaimana dimaksud pasal 220 dan pelanggaran tersebut hanya berdampak negatif pada unit kerja (instalasi terkecil);

(2) Masuk...

(2) Masuk kerja dan mematuhi jam kerja sebagaimana dimaksud pasal 219 huruf m berupa
   a. Teguran lisan yang dituangkan dalam notulensi dan ditandatangani oleh pegawai yang bersangkutan dan atasan langsung yang memberikan teguran, apabila pegawai non-ASN tidak masuk kerja selama 5 (lima) hari kerja tanpa alasan yang sah;
   b. Teguran tertulis dan dituangkan dalam berita acara yang ditandatangani oleh pegawai yang bersangkutan dan atasan langsung yang memberikan teguran, apabila pegawai non-ASN tidak masuk kerja selama 6 (enam) hingga 10 (sepuluh) hari kerja tanpa alasan yang sah; dan
   c. Teguran berupa pernyataan tidak puas secara tertulis oleh atasan langsung dan dituangkan dalam berita acara yang ditandatangani oleh atasan langsung dan pegawai yang bersangkutan apabila pegawai BLUD tidak masuk kerja selama 11 (sebelas) hingga 15 (lima belas) hari kerja tanpa alasan yang sah.

Bagian Kedua Belas
Jenis pelanggaran dan hukum

Pasal 225

Hukuman disiplin tingkat sedang dijatuhkan bagi pelanggaran terhadap kewajiban sebagaimana dimaksud pasal 219 dan pelanggaran sebagaimana dimaksud pasal 220 tersebut
a. Hanya berdampak negatif pada unit kerja (bagian/bidang) yang bersangkutan; dan
b. Mencapai sasaran kerja pegawai yang sebagaimana yang ditetapkan pada pasal 219 huruf n dengan tingkat capaian 25% (dua puluh lima persen) s/d 50% (lima puluh persen).

Pasal 226

Hukuman disiplin tingkat berat dijatuhkan bagi pelanggaran terhadap kewajiban sebagaimana dimaksud pasal 219 dan terhadap larangan sebagaimana dimaksud pasal 220 dan pelanggaran tersebut

a. Berdampak negatif organisasi perangkat daerah dan/atau pemerintah; dan
b. Mencapai sasaran kerja pegawai yang sebagaimana yang ditetapkan pada pasal 219 huruf n dengan tingkat capaian kurang dari 25% (dua puluh lima persen).

Bagian Ketiga Belas
Pejabat yang Berwenang Menghukum

Pasal 227

(1) Kepala subbagian/kepala seksi menetapkan penjatuhan hukuman disiplin bagi pegawai non-ASN untuk jenis hukuman disiplin ringan sebagaimana dimaksud pasal 224;

(2) Kepala...

(2) Kepala bagian/kepala bidang menetapkan hukuman disiplin bagi pegawai non-ASN untuk jenis hukuman disiplin sedang sebagaimana dimaksud pasal 225; dan
(3) Direktur menetapkan hukuman disiplin bagi pegawai non-ASN untuk jenis hukuman disiplin berat sebagaimana dimaksud pasal 226.

Bagian Keempat Belas
Tata Cara Pemanggilan, Pemeriksaan, Penjatuhan, dan Penyampaian Keputusan Hukuman Disiplin

Pasal 228

(1) Pegawai non-ASN yang diduga melakukan pelanggaran disiplin dipanggil secara tertulis oleh atasan langsung untuk dilakukan pemeriksaan.
(2) Pemanggilan kepada pegawai 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) pegawai non-ASN yang bersangkutan tidak hadir juga, maka pejabat yang berwenang menghukum menjatuhkan hukuman disiplin berdasarkan alat bukti dan keterangan yang ada tanpa dilakukan pemeriksaan.

Pasal 229

(1) Sebelum pegawai non-ASN dijatuhi hukuman disiplin setiap atasan langsung wajib memeriksa terlebih dahulu pegawai non-ASN yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.
(2) Pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara tertutup dan hasilnya dituangkan dalam berita acara pemeriksaan.
(3) Apabila menurut hasil pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kewenangan untuk menjatuhkan hukuman disiplin kepada pegawai non-ASN tersebut merupakan kewenangan
    a. Atasan langsung yang bersangkutan, maka atasan langsung tersebut wajib menjatuhkan hukuman disiplin; dan
    b. Pejabat yang lebih tinggi, maka atasan langsung tersebut wajib melaporkan secara hierarki disertai berita acara pemeriksaan.

Pasal 230

(1) Khusus untuk pelanggaran disiplin yang ancaman hukumannya sebagaimana dimaksud dalam pasal 226 dapat dibentuk tim pemeriksa.
(2) Khusus untuk pelanggaran profesi yang ancaman hukumannya dapat dibentuk tim pemeriksa.

(3) Tim Pemeriksa.../

(3) Tim pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari atasan langsung, komite etik rumah sakit, unsur kepegawaian atau pejabat lain yang ditunjuk.
(4) Tim pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari atasan langsung, subkomite etik profesi, unsur kepegawaian atau pejabat lain yang ditunjuk.
(5) Tim pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) dibentuk dan ditetapkan oleh direktur.

Pasal 231

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

Pasal 232

(1) Berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 229 ayat (2) harus ditandatangani oleh pejabat yang memeriksa dan pegawai non-ASN yang diperiksa.
(2) Dalam hal pegawai non-ASN 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) Pegawai non-ASN yang diperiksa, berhak mendapat salinan berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Pasal 233

(1) Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dituangkan dalam berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 232 ayat (2), pejabat yang berwenang menghukum sebagaimana dimaksud pasal 231 menjatuhkan hukuman disiplin dan profesi serta mewajibkan yang bersangkutan mematuhi rekomendasi dari tim pemeriksa yang diusulkan kepada atasan langsung atau kepada direktur sesuai dengan tingkat dan jenis pelanggaran.
(2) Dalam keputusan hukuman disiplin dan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disebutkan pelanggaran disiplin dan profesi yang dilakukan oleh pegawai non-ASN yang bersangkutan.

Pasal 234

(1) Pegawai 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) Pegawai 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.

(3) Pegawai.../..

(3) Pegawai non-ASN tidak dapat dijatuhi hukuman disiplin dan profesi dua kali atau lebih untuk satu pelanggaran.

Pasal 235

(1) Setiap penjatuhan hukuman disiplin dan profesi ditetapkan dengan keputusan pejabat yang berwenang menghukum.
(2) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan secara tertutup oleh pejabat yang berwenang menghukum atau pejabat lain yang ditunjuk kepada Pegawai 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 pegawai non-ASN yang dijatuhi hukuman disiplin dan profesi tidak hadir pada saat penyampaian keputusan hukuman, keputusan dikirim kepada yang bersangkutan.

Bagian Kelima Belas
Pemberhentian Pegawai Non-ASN

Paragraf 1
Umum

Pasal 236

(1) Pegawai 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 dari pegawai non-ASN; dan
    b. Pemberhentian tidak dengan hormat dari pegawai non-ASN
(3) Dalam hal dilakukan pemutusan hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pegawai non-ASN tidak dapat menuntut pemberian kompensasi dalam bentuk apapun.

Paragraf 2
Batas Usia Pensiun Pegawai non-ASN

Pasal 237

(1) Batas usia pensiun pegawai non-ASN adalah 58 (lima puluh delapan) tahun.
(2) Batas usia pensiun pegawai non-ASN yang berstatus sebagai tenaga medis fungsional dapat diperpanjang sampai usia 60 (enam puluh) tahun.
(3) Direktur dapat mempekerjakan tenaga medis spesialis, subspesialis, dan spesialis konsultan yang berusia lebih dari 60 (enam puluh) tahun sebagaimana dimaksud ayat (2) apabila

a. Sepanjang...

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 daerah.

(4) Tenaga medis sebagaimana dimaksud ayat (3) akan diikat dengan perjanjian kerja.

Paragraf 3
Pemberhentian Dengan Hormat Sebagai Pegawai Non-ASN

Pasal 238

(1) Pemberhentian dengan hormat sebagai pegawai non-ASN, sebagaimana dimaksud dalam pasal 236 ayat (2) huruf a dapat diberikan dalam hal
a. Mengajukan permohonan pengunduran diri;
b. Tewas atau meninggal dunia; dan
c. Tidak sehat jasmani atau rohani, sehingga tidak dapat melaksanakan tugas.

(2) Pemberhentian dengan hormat pegawai non-ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan keputusan direktur.

(3) Pemberhentian dengan hormat pegawai 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 239

(1) Pemberhentian tidak dengan hormat sebagai pegawai non-ASN sebagaimana dimaksud dalam pasal 236 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. Melakukan...

f. Melakukan pelanggaran disiplin tingkat berat terhadap kewajiban dan larangan pegawai.

(2) Pemberhentian dengan tidak dengan hormat sebagaimana dimaksud ayat (1) dilakukan dengan keputusan direktur.

Paragraf 4
Jasa Pelayanan

Pasal 240

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

Pasal 241

Jasa pelayanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 240 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 242

(1) Pemberian gaji dan tunjangan bagi pegawai berstatus ASN dialokasikan melalui anggaran belanja tidak langsung.
(2) Pemberian honorarium bagi pegawai berstatus 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 setinggi-tingginya 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 243

(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...

(2) Besaran jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan peraturan direktur.

BAB IX
MANAJEMEN SUMBER DAYA

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 244

Manajemen sumber daya rumah sakit merupakan pengelolaan sarana prasarana pada rumah sakit untuk menunjang ketersediaan seluruh bahan dan alat nalisa dalam rangka kelancaran pelaksanaan pelayanan nalisa secara luas.

Pasal 245

(1) Pemenuhan sumber daya berupa sarana prasarana memerlukan ketersediaan data/informasi meliputi penggantian, penambahan, dan 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 ayat (3), mendapatkan rekomendasi dari staf klinis dan/atau organisasi profesi dalam pemilihan teknologi medik dan obat di rumah sakit.

Bagian Kedua
Perencanaan

Pasal 246

(1) Rumah sakit nalisa nalisa kebutuhan sumber daya yang merupakan usulan dari seluruh komponen rumah sakit dan dituangkan dalam Rencana Kerja Unit (RKU).
(2) Rencana kerja unit sebagaimana dimaksud ayat (1) dibuat masing-masing unit dalam format yang seragam dan di tetapkan direktur.
(3) Rencana kerja unit merupakan tahapan dalam proses perencanaan rumah sakit, berdasarkan
    a. Rencana strategis 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; dan
    e. Resiko yang dihadapi dalam proses pelaksanaan kegiatan dalam program kerja.

Bagian...

Bagian Ketiga
Pengadaan

Pasal 247

(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 (SIUP);
    c. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP);
    d. Izin Pedagang Besar Farmasi Penyalur Alat Kesehatan (PBF–PAK);
    e. Perjanjian kerjasama antara distributor dan prinsipal serta rumah sakit;
    f. Nama dan surat izin kerja apoteker untuk apoteker penanggung jawab PBF;
    g. Alamat dan denah kantor PBF; dan
    h. Surat garansi jaminan keaslian produk yang didistribusikan (dari prinsipal).
(5) Selain persyaratan sebagaimana diatur dalam ayat (3) diatas, 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.

Bagian Keempat
Pengelolaan

Pasal 248

(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 pengawasanya dengan sebaik–baiknya.

Pasal 249

(1) Sarana dan prasarana rumah sakit adalah barang milik BLUD yang merupakan sset yang tidak terpisahkan dari sset pemerintahan daerah.

(2) Barang...

(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 ayat (2) merupakan barang pakai habis, barang untuk diolah, atau dijual, barang lainnya yang tidak memenuhi pernyataan sebagai enyu tetap.
(4) Hasil penjualan barang inventaris sebagai akibat dari pengalihan sebagaimana dimaksud ayat (2) merupakan pendapatan BLUD.
(5) Hasil penjualan barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dituangkan secara memadai dalam laporan keuangan BLUD.

Pasal 250

(1) BLUD tidak boleh mengalihkan dan/atau menghapus enyu 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 enyu tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan berdasarkan jenjang nilai dan jenis barang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang–undangan.
(4) Hasil pengalihan enyu tetap sebagaimana dimaksud ayat (3) merupakan pendapatan BLUD dan diungkapkan secara memadai dalam laporan keuangan BLUD.
(5) Pengalihan dan/atau penghapusan enyu tetap dilaporkan kepada bupati melalui sekretaris daerah.
(6) Penggunaan enyu tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi BLUD harus mendapat penetapan bupati 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.

BAB X
MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Pasal 251

(1) Direktur rumah sakit merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
(2) Direktur rumah sakit, para pimpinan klinis, dan pimpinan manajerial secara enyusu-sama enyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien.

(3) Direktur...

(3) Direktur rumah sakit bertanggung jawab memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen rumah sakit terhadap mutu.

(4) Direktur rumah sakit mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi rumah sakit serta dukungan pemilik rumah sakit membentuk suatu budaya mutu di rumah sakit.

(5) Direktur rumah sakit memilih pendekatan yang digunakan oleh rumah sakit untuk mengukur, menilai serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

(6) Pengukuran mutu dilakukan menggunakan indakan mutu di tingkat rumah sakit dan di tingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.

(7) Direktur rumah sakit menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien untuk mengatur dan mengarahkan pelaksanaan setiap harinya.

(8) Direktur rumah sakit dapat membentuk komite/tim peningkatan mutu dan komite keselamatan pasien.

(9) Direktur rumah sakit menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di rumah sakit untuk memastikan koordinasi diseluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan.

(10) Direktur rumah sakit bertanggung jawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada representasi pemilik sebagai berikut

a. Setiap tiga bulan yang meliputi capaian dan analisis indakan mutu area klinis, area manajemen, sasaran keselamatan pasien, capaian implementasi panduan praktik klinik, dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien.

b. Setiap 6 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 indakan perbaikan tersebut dipertahankan.

c. Khusus untuk kejadian sentinel, direktur rumah sakit wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2x24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 hari.

(11) Direktur rumah sakit menetapkan regulasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dapat berbentuk pedoman dan prosedur-prosedur lainnya antara lain berisi sebagai berikut

a. Penetapan./..

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 ystem or mutu di tingkat rumah sakit (ystem or area klinik, area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien) serta keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian ystem or yang masih rendah;
d. Peran direktur rumah sakit dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai area yste 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, umpan balik, 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/ ystem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan surveilans infeksi.

(12) Direktur rumah sakit dengan para pimpinan dan komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas rumah sakit dengan memperhatikan beberapa hal
a. Misi rumah sakit;
b. Data-data permasalahan yang ada (ystem o pasien, capaian ystem or mutu yang masih rendah, terdapat kejadian tidak diharapkan);
c. Terdapat ystem 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 terstandardisasi 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; dan
e. Dampak pada perbaikan sistem sehingga efek perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya sistem manajemen obat di rumah sakit.

(13) Direktur...

(13) Direktur rumah sakit membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan mengembangkan standarisasi proses dan hasil asuhan klinis pelayanan prioritas serta mengembangkan pengukuran mutu klinis, manajerial, dan penerapan sasaran keselamatan pasien.
(14) Dalam pelaksanaan teknis kegiatan operasional rumah sakit, direktur dapat menetapkan kebijakan dan/atau standar prosedur operasional.
(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.

Pasal 252

Peran direktur dalam mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien

a. Penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur, serta mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
b. Pemilihan esehatan mutu di tingkat RSUD Munyang Kute Redelong (esehatan area klinik, area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien) serta keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian esehatan yang masih rendah;
c. Memilih area prioritas sebagai area eseh untuk perbaikan;
d. Pemantauan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan pemantauan, kapan dilakukan, dan bagaimana melakukan pemantauannya;
e. Proses pengumpulan data, analisis, umpan balik, dan pemberian informasi kepada staf;
f. Bagaimana alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu RSUD Munyang Kute Redelong, mulai dari unit sampai kepada pemilik rumah sakit; dan
g. Bantuan teknologi/ eseha informasi RSUD Munyang Kute Redelong yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan surveilans infeksi.

Pasal 253

Profil esehatan mutu RSUD Munyang Kute Redelong sebagaimana yang disebut pada pasal 252 huruf b

a. Indikator Nasional Mutu (INM) pelayanan esehatan rumah sakit
   1) Kepatuhan kebersihan tangan;
   2) Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD);
   3) Kepatuhan identifikasi pasien;
   4) Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi;
   5) Waktu tunggu rawat jalan;
   6) Penundaan operasi elektif;
   7) Kepatuhan waktu visit dokter;

(8) Pelaporan./..

8) Pelaporan hasil kritis laboratorium;
9) Kepatuhan penggunaan formularium nasional;
10) Kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*);
11) Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh;
12) Kecepatan waktu tanggap komplain; dan
13) Kepuasan pasien.

b. Indikator Unit Mutu (IUM) pelayanan kesehatan rumah sakit
1) Manajemen
a) Ketepatan waktu penyusunan laporan realisasi keuangan;
b) Terlaksananya proses penata usaha keuangan yang tertib sesuai peraturan perundang-undangan;
c) Kelengkapan berkas acuan dalam pembuatan surat menyurat;
d) Angka kesesuaian permintaan barang dengan penerimaan barang;
e) Pelatihan staf minimal 20 jam/tahun;
f) Survei ketidakpatuhan identifikasi pasien di ruang rawat inap;
g) Kelengkapan dokumen perizinan rumah sakit;
h) Audit kebersihan ruangan;
i) Kelengkapan dokumen staf tenaga kesehatan lainnya;
j) Kepatuhan dalam pencatatan surat masuk dan surat keluar
k) Ketidaksesuaian penempatan staf dengan RKK (rincian kewenangan klinik) kredensial;
l) Kelengkapan dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) pada setiap unit di bawah bidang pengendalian instalasi; dan
m) Ketepatan waktu pengklaiman BPJS.
2) Penunjang
a) Kejadian kesalahan pemberian obat;
b) Kepatuhan ruang rawat jalan mengisi formulir permintaan pemeriksaan darah;
c) Ketidakpatuhan ruang rawat inap melengkapi pengisian formulir permintaan darah;
d) Kesalahan pada proses pengemasan dan pelabelan alat steril;
e) Waktu tunggu hasil pelayanan foto dada;
f) Ketepatan pelayanan endoskopi sesuai jadwal tindakan;
g) Angka kerusakan dan kehilangan linen;
h) Kebersihan toilet rumah sakit;
i) Audit kebersihan ruangan;
j) Waktu tanggap perbaikan alat medis dalam waktu ≤ 5 jam;
k) Kepatuhan dalam pencatatan surat masuk dan surat keluar;
l) Ketepatan pengembalian berkas rekam medis rawat inap setelah pasien pulang/meninggal;
m) Tersedianya biaya talangan pasien rujukan;
n) Kepatuhan pemulasaran jenazah;

(o) Waktu...

o) Waktu tanggap panggilan supir 10 menit jika berada di tempat dan 30 menit jika tidak berada di tempat;
p) Makanan yang tidak habis;
q) Pengisian lembar kuisioner pasien rawat inap;
r) Pelaksanaan kegiatan penyuluhan kesehatan di rumah sakit sesuai SPO;
s) Ketidakpatuhan pangunjang dalam mentaati jam berkunjung; dan
t) Waktu tanggap petugas mendorong pasien ke ruang rawat inap.

3) Pelayanan
a) Kepatuhan petugas dalam rekam medik dengan lengkap;
b) Kepatuhan petugas mengisi assesmen/pengkajian resiko jatuh;
c) Kepatuhan petugas mengisi resume assesmen/pengkajian resiko jatuh;
d) Kepatuhan petugas mengisi resume medis pasien pulang;
e) Kepatuhan prosedur pemberian obat dengan prinsip *read back* dari perawat ICU kepada DPJP ditandatangani dalam waktu 24 jam;
f) Kepatuhan melengkapi pengisian assessmen/pengkajian awal pasien
g) Kepatuhan petugas medis melengkapi pengisian assesmen awal medis;
h) Kepatuhan petugas memasang stiker risiko pasien jatuh;
i) Kepatuhan ibu melakukan inisiasi menyusu dini (IMD);
j) Kepatuhan melakukan waktu keluar dalam prosedur pembedahan;
k) Kepatuhan petugas melakukan *handover*; dan
l) Kepatuhan pengisian rekam medis di poli rawat jalan.

BAB XI
MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN KERJA

Pasal 254

(1) Setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit (K3RS).
(2) Penyelenggaraan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi
a. Membentuk dan mengembangkan Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja (SMK3) rumah sakit; dan
b. Menerapkan standar K3RS.
(3) Sistem manajemen K3RS 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...

(4) Kebijakan K3RS sebagaimana yang dimaksud ditetapkan secara tertulis dengan keputusan direktur rumah sakit dan disosialisasikan ke seluruh SDM rumah sakit.
(5) Kebijakan K3RS meliputi
   a. Penetapan kebijakan dan tujuan dari program K3RS;
   b. Penetapan organisasi K3RS; dan
   c. Penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana.
(6) Perencanaan K3RS sebagaimana dimaksud dibuat berdasarkan manajemen risiko K3RS, peraturan perundang-undangan, dan persyaratan lainnya.
(7) Perencanaan K3RS ditetapkan oleh direktur rumah sakit.
(8) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud 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 harus didukung oleh sumber daya manusia di bidang K3RS, sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai.
(10) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilakukan oleh sumber daya manusia di bidang K3RS yang ditugaskan oleh direktur.
(11) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilaksanakan melalui pemeriksaaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal SMK3 rumah sakit.
(12) Hasil pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.
(13) Peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilakukan untuk menjamin kesesuaian dan efektivitas penerapan SMK3 rumah sakit.
(14) Peninjauan sebagaimana dimaksud dilakukan terhadap penetapan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan rencana, dan pemantauan dan evaluasi.
(15) Hasil peninjauan sebagaimana digunakan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja K3RS.

BAB XII
MANAJEMEN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Pasal 255

(1) Direktur rumah sakit menetapkan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian infeksi.

(2) Direktur...

(2) Direktur rumah sakit bertanggung jawab terhadap tersedianya fasilitas sarana dan prasarana termasuk anggaran yang dibutuhkan untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi.
(3) Direktur rumah sakit menentukan kebijakan strategi pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi
   a. Pelakasanaan kebersihan tangan;
   b. Penggunaan APD yang tepat sesuai level resiko;
   c. Surveilans resiko infeksi;
   d. Investigasi wabah (*outbreak*) penyakit infeksi;
   e. Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikroba secara aman;
   f. Assesmen berkala terhadap resiko;
   g. Menerapkan sasaran penurunan resiko; dan
   h. Mengukur dan meninjau resiko infeksi.
(4) Direktur rumah sakit mengadakan evaluasi kebijakan PPI infeksi berdasarkan saran dari komite PPI.
(5) Direktur rumah sakit mengadakan evaluasi kebijakan pemakaian ntibiotic yang rasional dan desinfektan di rumah sakit berdasarkan saran dari komite PPI.
(6) Direktur rumah sakit 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 PPI, direktur mengesahkan regulasi dan SPO yang berkaitan dengan PPI.
(8) Direktur rumah sakit memfasilitasi kebutuhan program kesehatan kerja atau karyawan terutama bagi petugas di area beresiko.

BAB XIII
KOMITE ETIK DAN HUKUM
Bagian Kesatu

Pasal 256

(1) Susunan organisasi komite etik dan hukum paling sedikit terdiri atas
   a. Ketua;
   b. Sekretaris; dan
   c. Anggota.
(2) Ketua dan sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merangkap sebagai anggota.
(3) Ketua dan sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merangkap sebagai anggota.
(4) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a tidak merangkap jabatan lain di rumah sakit.
(5) Selain susunan organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dibentuk subkomite etik penelitian sesuai dengan kebutuhan rumah sakit

Pasal...

Pasal 257

(1) Keanggotaan komite etik dan hukum paling sedikit terdiri atas
   a. Tenaga medis;
   b. Tenaga keperawatan;
   c. Tenaga kesehatan lain;
   d. Unsur yang membidangi mutu dan keselamatan pasien;
   e. Unsur administrasi umum dan keuangan, pengelola pelayanan hukum; dan
   f. Unsur administrasi umum dan keuangan, pengelola sumber daya manusia.
(2) Jumlah las an keanggotaan komite etik dan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit.
(3) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a sampai dengan huruf d diusulkan oleh masing-masing komite.
(4) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan huruf f diusulkan oleh pimpinan unit sumber daya manusia di rumah sakit.
(5) Dalam hal dibutuhkan, keanggotaan komite etik dan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan unsur masyarakat.

Pasal 258

Keanggotaan komite etik dan hukum diangkat dan diberhentikan oleh direktur rumah sakit.

Pasal 259

(1) Untuk diangkat menjadi anggota komite etik dan hukum sebagaimana dimaksud dalam pasal 256 harus dipenuhi persyaratan
   a. Tidak pernah melakukan perbuatan tercela;
   b. Sehat jasmani dan jiwa;
   c. Memiliki pengetahuan dan/atau pengalaman bekerja di bidang etik dan/atau hukum;
   d. Mengikuti pelatihan etik dan hukum rumah sakit;
   e. Bersedia bekerja sebagai anggota komite etik dan hukum; dan
   f. Memiliki kepedulian dan kepekaan terhadap masalah etik, hukum, sosial lingkungan, dan kemanusiaan.
(2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d dapat dipenuhi paling lambat 1 (satu) tahun setelah diangkat menjadi anggota komite etik dan hukum rumah sakit.

Pasal 260

(1) Direktur rumah sakit dapat memberhentikan anggota komite etik dan hukum sebelum habis masa kerjanya disertai dengan las an pemberhentian.
(2) Alasan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi

a. Tidak...

a. Tidak melaksanakan tugas dan fungsi komite etik dan hukum;
b. Melanggar panduan etika dan perilaku (*code of conduct*);
c. Terlibat dalam endidik yang merugikan rumah sakit; dan
d. Pidana karena melakukan tindak pidana kejahatan berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

(3) Pemberhentian anggota komite etik dan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberitahukan secara tertulis oleh direktur rumah sakit kepada ketua dan/atau anggota yang diberhentikan.

Pasal 261

Ketentuan mengenai tata cara pengangkatan dan pemberhentian anggota komite etik dan hukum sebagaimana dimaksud dalam pasal 256 sampai dengan pasal 258 dan masa kerja keanggotaan komite etik dan hukum ditetapkan oleh direktur rumah sakit.

Bagian Kedua
Tugas, Fungsi, dan Kewenangan

Pasal 262

(1) Komite etik dan hukum bertugas meningkatkan dan menjaga kepatuhan penerapan etik dan hukum di rumah sakit, dengan cara
a. Menyusun panduan etik dan perilaku (*code of conduct*);
b. Menyusun pedoman etika pelayanan;
c. Membina penerapan etika pelayanan, etika penyelenggaraan, dan hukum perumahsakitan;
d. Mengawasi pelaksanaan penerapan etika pelayanan dan etika penyelenggaraan;
e. Memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
f. Mendukung endid hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum; dan
g. Menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di rumah sakit.

(2) Selain tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), komite etik dan hukum bertugas.

Pasal 263

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam pasal 260, komite etik dan hukum memiliki fungsi
a. Pengelolaan data dan informasi terkait etik rumah sakit;
b. Pengkajian etik dan hukum perumahsakitan, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, endidikan, dan penelitian serta nilai-nilai bioetika dan humaniora;

c. Sosialisasi./..

c. Sosialisasi dan promosi panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etik pelayanan;
d. Pencegahan penyimpangan panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etik pelayanan;
e. Monitoring dan evaluasi terhadap penerapan panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etik pelayanan;
f. Pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etik pelayanan;
g. Penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait etik pelayanan dan etik penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal rumah sakit; dan
h. Penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etik antar profesi.

Pasal 264

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam pasal 260 dan pasal 261, komite etik, dan hukum berwenang
a. Menghadirkan pihak terkait untuk menyelesaikan masalah etik rumah sakit;
b. Melakukan klarifikasi dengan pihak terkait sebagai penyusunan bahan rekomendasi; dan
c. Memberikan rekomendasi kepada direktur rumah sakit mengenai sanksi terhadap pelaku pelanggaran panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etik pelayanan.

Pasal 265

(1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam pasal 260 dan pasal 262 komite etik dan hukum dapat membentuk panitia adhoc.
(2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua komite etik dan hukum.
(3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berasal dari komite etik dan hukum rumah sakit lain.

Pasal 266

Komite etik dan hukum harus melaporkan kegiatannya secara berkala kepada direktur rumah sakit paling sedikit setiap 6 (enam) bulan atau sewaktu-waktu bila diperlukan.

Bagian Ketiga
Tata Hubungan Kerja

Pasal 267

(1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite etik dan hukum.
(2) Komite etik dan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.

Pasal...

Pasal 268

(1) Komite etik dan hukum merupakan unit yang bersifat memberikan kajian, pertimbangan, dan rekomendasi.
(2) Kajian, pertimbangan, dan rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dipergunakan direktur rumah sakit dalam menyusun perencanaan dan pengambilan keputusan.

Pasal 269

(1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, komite etik dan hukum dapat berkoordinasi dengan unsur komite medik, komite keperawatan, atau komite/unit lain di rumah sakit.
(2) Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui tata hubungan kerja penyelenggaraan etik dan hukum di rumah sakit yang ditetapkan oleh direktur rumah sakit.
(3) Tata hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi
    a. Tata hubungan kerja dalam penerapan etik pelayanan dan etik penyelenggaraan; dan
    b. Tata hubungan kerja dalam penerapan hukum perumahsakitan.

Bagian Keempat
Pengaduan dan Pelaporan

Pasal 270

(1) Pengaduan dan pelaporan terhadap persoalan etik dan hukum rumah sakit dapat disampaikan secara langsung melalui tatap muka atau secara tertulis/surat kepada unit pelayanan pengaduan yang terdapat di rumah sakit.
(2) Pengaduan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dapat dipertanggungjawabkan dan dilakukan penanganan secara tepat.
(3) Penanganan pengaduan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi pencatatan, penelaahan, penanganan lebih lanjut, pelaporan, dan pengarsipan.

Pasal 271

(1) Unit pelayanan pengaduan sebagaimana dimaksud dalam pasal 270 ayat (1) melakukan pemilahan terhadap pengaduan dan pelaporan yang meliputi persoalan
    a. Etik profesi;
    b. Etik nonprofesi; atau
    c. Di luar etik profesi dan/atau etik nonprofesi.
(2) Hasil pemilahan yang dilakukan oleh unit pelayanan pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disampaikan kepada unit terkait di rumah sakit untuk ditindaklanjuti.
(3) Etik profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditindaklanjuti oleh komite masing-masing tenaga kesehatan di rumah sakit sesuai dengan bidangnya.

(4) Persoalan...

(4) Persoalan etik nonprofesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, ditindaklanjuti oleh agian sumber daya manusia dan/atau komite etik dan hukum.
(5) Persoalan di luar etik profesi dan/atau etik nonprofesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c ditindaklanjuti oleh komite etik dan hukum.
(6) Dalam hal persoalan etik profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) melibatkan antar profesi di rumah sakit, ditindaklanjuti oleh komite etik dan hukum.

Bagian Kelima
Pandauan Etik dan Perilaku

Pasal 272

(1) Setiap rumah sakit harus memiliki panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etik pelayanan.
(2) Panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etik pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mampu mengatur dan mendorong seluruh sumber daya manusia di rumah sakit bekerja sesuai etik umum, etik profesi, etik pelayanan, dan etik penyelenggaraan.
(3) Panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etik pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun oleh komite etik dan hukum dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit.
(4) Dalam hal rumah sakit memiliki keterbatasan sumber daya manusia, penyusunan panduan etik dan perilaku (*code of conduct*), dan pedoman etik pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat disusun oleh tim yang ditetapkan oleh direktur rumah sakit.

Pasal 273

Panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etik pelayanan harus dilakukan pengkajian dan peninjauan ulang secara berkala paling lama setiap 2 (dua) tahun sekali disesuaikan dengan perkembangan, kebutuhan pelayanan, dan dinamika rumah sakit.

Pasal 274

(1) Rumah sakit harus melakukan sosialisasi kepada pengelola dan seluruh sumber daya manusia rumah sakit dalam rangka penegakan panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etika pelayanan.
(2) Sumber daya manusia rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pegawai rumah sakit, mitra, peserta didik, dan tenaga alih daya (*outsourcing*).
(3) Sosialisasi dan promosi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan
    a. Mewujudkan rasa memiliki terhadap panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etik pelayanan sehingga melahirkan kesadaran dari seluruh sumber daya manusia rumah sakit untuk melaksanakannya;

b. Meningkatkan.../..

b. Meningkatkan pengetahuan dan wawasan seluruh sumber daya manusia rumah sakit mengenai arti penting panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etik pelayanan bagi pelayanan etik yang baik *(good ethical practice*); dan
c. Memberikan kesadaraan kepada seluruh sumber daya manusia rumah sakit bahwa panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etik pelayanan merupakan enter tak terpisahkan dari pelayanan kesehatan dan penilaian kinerja.

Pasal 275

(1) Setiap sumber daya manusia rumah sakit yang mengetahui terjadinya pelanggaran panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etik pelayanan wajib melaporkan kepada komite etik dan hukum, komite lain yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan etik profesi, dan/atau atasan langsung.
(2) Komite etik dan hukum atau komite yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan etik rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus melindungi identitas pengadu atau pelapor sepanjang pengaduan atau pelaporannya dapat dipertanggungjawabkan.

Bagian Keenam
Pendanaan

Pasal 276

(1) Pendanaan penyelenggaraan komite etik dan hukum berasal dari dana anggaran rumah sakit.
(2) Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipergunakan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi, serta insentif anggota komite etik, dan hukum.

Bagian Ketujuh
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 277

(1) Pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan komite etik dan hukum rumah sakit dilakukan oleh enteri, kepala dinas kesehatan daerah provinsi, kepala dinas kesehatan daerah kabupaten sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.
(2) Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), enteri, kepala dinas kesehatan daerah provinsi, kepala dinas kesehatan daerah kabupaten dapat melibatkan perhimpunan/asosiasi perumahsakitan, kolegium profesi yang terkait, dan/atau asosiasi di bidang etik dan hukum rumah sakit.

Pasal 278

(1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam pasal 277 diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite etik dan hukum.

(2) Pembinaan...

(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.
(3) Pembinaan dan pengawasan, menteri, kepala dinas kesehatan daerah provinsi, dan kepala dinas kesehatan daerah kabupaten dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan dan teguran tertulis.

BAB XIV
MANAJEMEN KERJASAMA/KONTRAK

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 279

(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 dimaksud pada ayat (2) dapat berbentuk finansial dan/atau nonfinansial.
(4) Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) meliputi
   a. Kerja Sama Operasional (KSO);
   b. Kerjasama pemanfaatan barang milik daerah;
   c. Kerjasama klinis (kontrak klinis); dan
   d. Kerjasama manajemen (kontrak manajemen).
(5) Penatalaksanaan kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud ayat (4) diatur lebih lanjut dengan peraturan direktur.

Bagian Kedua
Pengelolaan Jenis Kerja Sama

Pasal 280

(1) Kerja sama operasional sebagaimana dimaksud pada pasal 279 ayat (4) huruf a disebut KSO dilakukan melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan mitra kerja sama dengan tidak menggunakan atau menggunakan barang milik daerah.
(2) Kerjasama pemanfaatan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada pasal 279 ayat (4) huruf b dilakukan melalui pendayagunaan barang milik daerah dan/atau optimalisasi barang milik daerah dengan tidak mengubah status kepemilikan untuk memperoleh pendapatan dan tidak mengurangi kualitas.

(3) Kerjasama...

(3) Kerjasama klinis (kontrak klinis) sebagaimana dimaksud pasal 279 ayat (4) huruf c dapat dilakukan dengan tenaga staf medis spesialis, spesialis konsultan, subspesialis, berdasarkan analisis kebutuhan rumah sakit berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh kelompok staf medis fungsional dengan kepala erjas pelayanan medis setelah mendapat persetujuan dari direktur atas usulan dari ketua komite medik.

(4) Kontrak klinis dengan tenaga staf medis/individu staf klinis Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dilengkapi fakta integritas staf klinis untuk mematuhi peraturan perundang-undangan dan regulasi rumah sakit.

(5) Regulasi rumah sakit sebagaimana dimaksud ayat (4) meliputi kredensial, rekredensial, penilaian kinerja, SPO, kode etik, dan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang rumah sakit.

(6) Selain erjasama klinis (kontrak klinis) sebagaimana dimaksud ayat (4) rumah sakit juga dapat erjasama dengan badan hukum/institusi dalam rangka pelaksanaan bidang kesehatan sebagai rumah sakit rujukan regional.

(7) Kerjasama manajemen (kontrak manajemen) sebagaimana dimaksud pasal 279 ayat (4) huruf c di dilakukan dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan operasional rumah sakit dan kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan badan hukum/institusi yaitu
   a. Kerjasama penunjang medis/nonmedis.
   b. Kerjasama pelaksanaan sebagai rumah sakit pengembangan penelitian.

(8) Kontrak manajemen sebagaimana dimaksud ayat (7) 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, parkir, makanan, linen/*laundry*, pengolah limbah, dan kontak manajemen lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit.

(9) Pendapatan yang berasal dari erjasama sebagaimana dimaksud pasal 279 ayat (4) yang sepenuhnya untuk menyelenggarakan tugas dan fungsi kegiatan rumah sakit merupakan pendapatan rumah sakit.

(10) Pembiayaan yang timbul akibat dilakukannya erjasama sebagaimana dimaksud pasal 279 ayat (4) dibebankan pada anggaran fungsional rumah sakit berdasarkan kesepakatan kedua pihak.

(11) Pemanfaatan barang milik daerah mengikuti peraturan perundang-undangan.

(12) Direktur rumah sakit menjabarkan secara tertulis jenis dan ruang lingkup, sifat, dan cakupan pelayanan yang disediakan melalui perjanjian erjasama/kontrak.

(13) Direktur rumah sakit bertanggung jawab terhadap erjasama (kontrak) atau pengaturan lainnya.

(14) Tata cara pelaksanaan erjasama/kontrak selanjutnya diatur dengan peraturan direktur.

(15) Kepala...

(15) Kepala bagian/bidang secara berjenjang berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan kontrak manajemen.

Bagian Kesembilan
Evaluasi Kontrak

Pasal 281

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

BAB XV
MANAJEMEN PENDIDIKAN, PELATIHAN, DAN PENELITIAN

Bagian Kesatu
Pendidikan dan Pelatihan

Pasal 282

(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 283

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

Bagian Kedua
Penelitian

Pasal 284

(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./..

(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.

BAB XVI
MANAJEMEN ETIK

Pasal 285

(1) Rumah sakit menetapkan kerangka etik atau pedoman etik atau regulasi etik sebagai sarana edukasi untuk seluruh staf rumah sakit.
(2) Kerangka etik atau pedoman etik atau regulasi etik sebagaiamana dimaksud ayat (1) mengatur
    a. Tanggung jawab direktur rumah sakit secara profesioanl dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan serta budaya kerja budaya kerja yang berpedoman pada etik dan perilaku etis termasuk etik pegawai;
    b. Penerapan etik 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 peryataan 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 antar profesional serta perselisihan antara pasien dan dokter mengenai keputusan dalam asuhan dan pelayanan; dan
    e. Pertimbangan norma–norma nasional dan internasioanl berkaitan dengan penyusunan kerangka etik dan pedoman lainnya.

Pasal 286

Rumah sakit membentuk dan menetapkan komite/panitia/tim yang mengelola etik rumah sakit dengan keputusan direktur.

Pasal 287

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...

g. Menetapkan sebuah mekanisme agar tenaga kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis atau mengajukan kekhawatiran etis dengan bebas dari hukuman, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait dengan masalah klinis ataupun operasional;
h. Mendukung lingkungan yang memperkenankan diskusi secara bebas mengenai masalah/isu etis tanpa ada ketakutan atas sanksi;
i. Menyediakan resolusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etis yang ada;
j. Memastikan praktik nondiskriminasi dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum serta budaya negara indonesia;
k. Mengurangi kesenjangan dalam akses untuk pelayanan kesehatan dan hasil klinis.

BAB XVII
MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN

Pasal 288

(1) Direktur rumah sakit menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
(2) Direktur rumah sakit melaksanakan, melakukan monitor, dan mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit.
(3) Direktur rumah sakit 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 menganggu (*disruptive*) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau nonverbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, dan celetukan maut adalah komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredebilitas staf klinis lain.
    c. Perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama, dan suku termasuk gender; dan
    d. Pelecehan seksual.
(4) Hal-hal penting menuju budaya keselamatan
    a. staf rumah sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit beresiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman;
    b. regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera;
    c. direktur rumah sakit mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan; dan

d. mendorong./..

d. mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.

(5) Direktur rumah sakit melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data, dan diskusi kelompok.

(6) Direktur rumah sakit mendorong agar terbentuk kerjasama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini.

(7) Direktur rumah sakit menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu, atau dokter part time, serta anggota representasi pemilik.

(8) Direktur rumah sakit mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas.

(9) Direktur rumah sakit mengidentifikasi, mendokumentasi, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima.

(10) Direktur rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi yang terkait dengan budaya keselamatan rumah sakit dapat diidentifikasi dan dikendalikan.

(11) Direktur rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam rumah sakit.

(12) Direktur rumah sakit menetapkan sistem menjaga kerahasiaan, sederhana, dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam rumah sakit secara tepat waktu.

(13) Direktur 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 rumah sakit menggunakan pengukuran/indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam rumah sakit serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tersebut.

(16) Direktur rumah sakit menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian/dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan.

BAB XVIII...

BAB XVIII
MANAJEMEN PENANGANAN PENGADUAN

Bagian Kesatu
Pengaduan Internal dan Eksternal

Pasal 289

(1) Pengaduan internal adalah pengaduan di lingkup Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah.
(2) Pengaduan sebagaimana dimaksud 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;
    c. Informasi tentang dugaan pelanggaran kode etik dan perilaku;
(3) Pengaduan eksternal adalah pengaduan yang dilakukan oleh masyarakat baik perseorangan maupun kelompok terhadap rumah sakit.
(4) Pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (3) dapat berupa informasi/pemberitahuan berisi keluhan, dan/atau ketidakpuasan terkait dengan perilaku/pelayanan langsung maupun tidak langsung yang diberikan oleh pihak rumah sakit.
(5) Pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat disampaikan dengan surat resmi maupun secara langsung kepada pihak manajemen rumah sakit.
(6) Pengaduan sebagaimana dimaksud dan ayat (3) dapat disampaikan melalui kotak saran, media elektronik, media cetak, dan secara langsung kepada pihak manajemen rumah sakit.

Bagian Kesatu
Penanganan Pengaduan

Pasal 290

(1) Penanganan terhadap pengaduan sebagaimana dimaksud pasal 289 ayat (2) huruf a dilakukan oleh manajemen rumah sakit, harus diselesaikan dengan cara musyawarah dan mufakat.
(2) Penanganan pengaduan sebagaimana dimaksud pasal 289 ayat (2) huruf b dilakukan oleh atasan langsung pegawai dimaksud secara berjenjang.
(3) Penanganan pengaduan sebagaimana dimaksud pasal 289 ayat (2) huruf c dilakukan oleh komite etik rumah sakit, subkomite etik komite medik, subkomite etik komite keperawatan, dan subkomite etik komite kesehatan lainnya.
(4) Penanganan pengaduan sebagaimana dimaksud pasal 289 ayat (3) dilakukan oleh manajemen rumah sakit melalui tim penanganan pengaduan.

BAB XIX./..

BAB XIX
MANAJEMEN PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT
DAN SUMBER DAYA LAIN

Pasal 291

(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 292

(1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam pasal 291 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, yang terdiri dari limbah medis, dan limbah nonmedis.
(2) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan perundang-undangan.

Pasal 293

(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.

BAB XX
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 294

(1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh rumah sakit, bupati menetapkan standar pelayanan minimal rumah sakit dengan peraturan bupati.
(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 295

Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud dalam pasal 294 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/..

Pasal 296

(1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 295 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi rumah sakit.
(2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam pasal 295 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
(3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam pasal 295 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan, dan tingkat pemanfaatannya.
(4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 295 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi rumah sakit.
(5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam pasal 295 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

BAB XXI
EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pasal 297

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

Pasal 298

Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 297 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 299

Penilaian kinerja dari aspek nonkeuangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 297 ayat (1) dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

BAB XXII./..

BAB XXII
INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu
Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 300

(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.

Bagian Kedua
Hak dan Kewajiban Dokter Rumah Sakit

Pasal 301

(1) Dokter rumah sakit berhak mendapatkan mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya.
(2) Dokter rumah sakit berkewajiban untuk
    a. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
    b. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan serta etik dan hukum profesi kedokteran.

Bagian Ketiga
Hak dan Kewajiban Pasien Rumah Sakit

Pasal 302

(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 prosedur operasional;
    e. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
    f. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
    g. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai keinginannya dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;

h. Meminta...

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, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
k. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
l. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
m. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya;
n. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit;
o. Mengajukan usul, saran, perbaikan, atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya;
p. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
q. Menggugat dan/atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
r. Mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media 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 XXIII
TUNTUTAN HUKUM DAN PEMBERIAN BANTUAN HUKUM

Pasal 303

(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/SPO yang telah ditetapkan.
(3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu yang tidak mematuhi aturan/SPO yang telah ditetapkan, maka rumah sakit tidak bertanggung jawab atas tuntutan tersebut.

(4) Apabila...

(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 Daerah Kabupaten Bener Meriah 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 ayat (5) dilakukan sesuai mekanisme permohonan dari pihak berwajib/penegak hukum.
(7) Mekanisme pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud ayat (6) dilakukan dengan mekanisme permohonan dari Penegak Hukum melalui RSUD Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah disampaikan kepada Biro Hukum/Bagian Hukum Sekretariat Daerah Kabupaten Bener Meriah Bidang bantuan Hukum.
(8) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud ayat (7) dengan anggaran APBK Kabupaten Bener Meriah.

BAB XXIV
PENGISIAN JABATAN

Pasal 304

(1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh bupati dari pegawai ASN/non-ASN yang memenuhi syarat atas usul sekretaris daerah kabupaten selaku ketua badan pertimbangan jabatan dan kepangkatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(2) Jabatan struktural selain direktur diisi pegawai ASN atas usulan direktur kepada bupati sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(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 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./..

(8) Kompetensi pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi kompetensi pengetahuan, sikap, dan keterampilan 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 etik pemerintahan.

(9) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XXV
PELAKSANAAN PERATURAN POLA TATA KELOLA

Pasal 305

Seluruh pelaksanaan dan petunjuk teknis dari peraturan ini akan diatur dalam Standar Prosedur Operasional (SPO) yang ditetapkan oleh direktur.

BAB XXVI
PENUTUP

Pasal 306

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Redelong,
pada tanggal, 28 April 2023

Pj. BUPATI BENER MERIAH,

HAILI YOGA

Diundangkan di Redelong,
pada tanggal, 28 April 2023

Pj. SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BENER MERIAH,

ARMANSYAH

BERITA DAERAH KABUPATEN BENER MERIAH TAHUN 2023 NOMOR : 09