



SALINAN

GUBERNUR BALI

PERATURAN GUBERNUR BALI

NOMOR 22 TAHUN 2025

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BALI MANDARA  
PROVINSI BALI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR BALI,

- Menimbang :
- a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas Pelayanan Kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan;
  - b. bahwa sesuai ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Rumah Sakit berkewajiban untuk menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Provinsi Bali;
- Mengingat :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
  2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2023 tentang Provinsi Bali (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6871);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 157);

11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2022 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1088);
15. Peraturan Gubernur Bali Nomor 40 Tahun 2022 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit di Lingkungan Pemerintah Provinsi (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2022 Nomor 41);
16. Peraturan Gubernur Nomor 73 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2022 Nomor 74) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Gubernur Bali Nomor 14 Tahun 2025 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Gubernur Nomor 73 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2025 Nomor 17);

#### MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BALI MANDARA PROVINSI BALI.

#### BAB I KETENTUAN UMUM

##### Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini, yang dimaksud dengan:

1. Provinsi adalah Provinsi Bali.
2. Pemerintah Provinsi adalah Pemerintah Provinsi Bali.
3. Gubernur adalah Gubernur Bali.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Bali.
5. Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, yang selanjutnya disingkat PPKD adalah kepala satuan kerja pengelola keuangan daerah yang mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan anggaran pendapatan dan belanja daerah dan bertindak sebagai bendahara umum daerah.

6. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
7. Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.
8. Rumah Sakit Umum adalah Rumah Sakit yang memberikan Pelayanan Kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
9. Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Provinsi Bali yang selanjutnya disebut RSBM adalah Rumah Sakit Umum di lingkungan Pemerintah Provinsi Bali yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
10. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
11. Pola Tata Kelola adalah tata kelola Rumah Sakit yang menerapkan BLUD dan ditetapkan dengan Peraturan Kepala Daerah yang memuat kelembagaan, prosedur kerja, pengelompokan fungsi, dan pengelolaan sumber daya manusia.
12. Fleksibilitas adalah keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
13. Dokumen Pola Tata Kelola adalah peraturan internal pada Rumah Sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD yang antara lain menetapkan organisasi dan tata laksana, akuntabilitas, dan transparansi.
14. Pendapatan adalah semua penerimaan dalam bentuk kas dan tagihan Rumah Sakit yang menambah ekuitas dana lancar dalam periode anggaran bersangkutan yang tidak perlu dibayar kembali.
15. Biaya adalah sejumlah pengeluaran yang mengurangi ekuitas dana lancar untuk memperoleh barang dan/atau jasa untuk keperluan operasional Rumah Sakit.
16. Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit, yang selanjutnya disebut RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran Rumah Sakit.
17. Rencana Strategis, yang selanjutnya disebut Renstra adalah dokumen perencanaan BLUD untuk periode 5 (lima) tahunan.

18. Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit, yang selanjutnya disebut DPA Rumah Sakit adalah dokumen yang memuat Pendapatan dan Biaya, proyeksi arus kas, jumlah, dan kualitas barang dan/atau jasa yang akan dihasilkan dan digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran oleh Rumah Sakit.
19. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Bali, yang selanjutnya disebut APBD Provinsi Bali adalah rencana keuangan tahunan pemerintah yang dibahas dan disetujui bersama oleh pemerintah daerah dan DPRD, dan ditetapkan dengan peraturan daerah.
20. Praktek Bisnis Yang Sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu dan berkesinambungan.
21. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD 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.
22. Pejabat Pengelola adalah pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis pengelola Rumah Sakit.
23. Standar Pelayanan Minimal, yang selanjutnya disingkat SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
24. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit meliputi peraturan internal korporasi, staf medis, staf keperawatan, dan tenaga kesehatan lainnya.
25. Peraturan Internal Korporasi adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di Rumah Sakit.
26. Peraturan Internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme staf medis di Rumah Sakit.
27. Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah aturan yang mengatur tata kelola keperawatan untuk menjaga profesionalisme staf keperawatan di Rumah Sakit.
28. Peraturan Internal Staf Tenaga Kesehatan Lainnya adalah aturan yang mengatur tata kelola tenaga kesehatan lainnya untuk menjaga profesionalisme staf tenaga kesehatan lainnya di Rumah Sakit.
29. Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Provinsi.
30. Dewan Pengawas BLUD yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
31. Direksi adalah organ Rumah Sakit yang berwenang dan bertanggung jawab penuh atas pengurusan Rumah Sakit untuk kepentingan Rumah Sakit sesuai dengan maksud dan tujuan Rumah Sakit.

32. Kepala Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Direktur adalah pejabat tinggi pratama yang ditugaskan sebagai Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Provinsi Bali .
33. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit yang juga merupakan Pemimpin BLUD Rumah Sakit.
34. Wakil Direktur adalah pejabat struktural yang berada di bawah Direktur yang secara teknis operasional bertanggung jawab kepada Direktur.
35. Bidang adalah wadah struktural yang berada di bawah Wakil Direktur yang dipimpin oleh Kepala Bidang.
36. Bagian adalah wadah struktural yang berada di bawah Wakil Direktur yang dipimpin oleh Kepala Bagian.
37. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang Pegawai Aparatur Sipil Negara dalam suatu satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu.
38. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit.
39. Komite adalah wadah profesional nonstruktural yang memiliki otoritas dalam mengawal mutu Pelayanan Kesehatan berbasis keselamatan pasien, pengorganisasian staf medik, keperawatan, dan tenaga kesehatan lainnya, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), serta keselamatan dan kesehatan kerja (K3), Komite Mutu, Komite Pengendalian Resisten Antimikroba (PPRA), Komite Etik Penelitian Kesehatan, Komite Farmasi Terapi, Komite Rekam Medis.
40. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit.
41. Instalasi adalah unit pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan, dan penelitian Rumah Sakit.
42. Unit adalah unit kerja nonstruktural yang menyelenggarakan kegiatan teknis operasional di lingkungan RSBM.
43. Instalasi Gawat Darurat, yang selanjutnya disingkat IGD adalah satu bagian dari tempat Pelayanan Kesehatan yang melayani pelayanan awal dari kasus kegawatdaruratan.
44. Sarana dan Prasarana adalah sarana dan prasarana untuk menunjang pelayanan Rumah Sakit.
45. *Central Sterilization Supply Department* yang selanjutnya disingkat CSSD adalah pengelolaan sterilisasi peralatan kesehatan untuk pengendalian infeksi di Rumah Sakit.
46. Dokter adalah Dokter dan/atau Dokter spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit.
47. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usul Komite Medik.

48. Kewenangan Klinis 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.
49. Penugasan Klinis adalah penugasan Direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar Kewenangan Klinis yang telah ditetapkan baginya.
50. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan Kewenangan Klinis.
51. Standar Prosedur Operasional yang selanjutnya disingkat SPO adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja tim tertentu.
52. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar fasilitas Pelayanan Kesehatan.
53. Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki Kewenangan Klinis (untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis tersebut).
54. Pegawai Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disebut Pegawai ASN adalah Pegawai Negeri Sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja yang diangkat oleh pejabat pembina kepegawaian dan disertai tugas dalam suatu jabatan pemerintahan atau disertai tugas negara lainnya dan digaji berdasarkan Peraturan Perundang-undangan.
55. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah warga negara Indonesia yang memenuhi syarat tertentu, diangkat sebagai Pegawai ASN secara tetap oleh pejabat pembina kepegawaian untuk menduduki jabatan pemerintahan.

## Pasal 2

- (1) Peraturan Gubernur ini dimaksudkan sebagai pedoman bagi RSBM dalam pengelolaan Rumah Sakit dan menyusun kebijakan operasional Rumah Sakit.
- (2) Peraturan Gubernur ini bertujuan untuk:
  - a. mewujudkan organisasi Rumah Sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi Rumah Sakit sesuai tata kelola perusahaan yang baik dan tata kelola klinis yang baik;
  - b. tercapainya kerjasama yang baik antara Pemerintah Provinsi sebagai pemilik Rumah Sakit, pejabat pengelola dan staf medik; dan
  - c. tertatanya penerapan profesionalisme yang bertanggung jawab terhadap mutu layanan yang sesuai standar di Rumah Sakit.

### Pasal 3

Ruang lingkup dari Peraturan Gubernur ini, meliputi:

- a. Gambaran umum;
- b. Peraturan Internal Korporasi;
- c. Dewan Pengawas;
- d. Pejabat pengelola Rumah Sakit;
- e. SPI;
- f. Kelompok layanan;
- g. Kelompok penunjang;
- h. Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK);
- i. Peraturan Internal Staf Medis;
- j. Peraturan Internal Staf Keperawatan;
- k. Peraturan Internal Staf Tenaga Kesehatan Lainnya;
- l. Pengelolaan lingkungan dan limbah Rumah Sakit;
- m. Kebijakan, pedoman, panduan, dan prosedur;
- n. Kerjasama atau kontrak;
- o. Pembinaan, pengawasan, evaluasi, dan penilaian kinerja;  
dan
- p. Tuntutan hukum.

## BAB II GAMBARAN UMUM

### Bagian Kesatu Identitas

#### Pasal 4

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Provinsi Bali.
- (2) Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah.
- (3) RSBM merupakan Rumah Sakit Umum Kelas B.
- (4) Logo RSBM sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.
- (5) Alamat Rumah Sakit adalah Jalan By Pass Ngurah Rai Nomor 548 Sanur – Denpasar, Bali, Telp. (0361) 243350, alamat email : [rsudbalimandara@gmail.com](mailto:rsudbalimandara@gmail.com).

### Bagian Kedua Visi, Misi, dan Moto

#### Pasal 5

- (1) Visi Rumah Sakit, yaitu menjadi Rumah Sakit berstandar Internasional yang terkemuka di Indonesia berlandaskan Nangun Sat Kerthi Loka Bali.
- (2) Perubahan visi Rumah Sakit melibatkan masyarakat melalui *stakeholder* terkait.

- (3) Misi Rumah Sakit meliputi:
- a. memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif, bermutu, terjangkau, berorientasi pada keselamatan dan kepuasan pasien dengan sistem tata kelola rumah sakit yang efektif, efisien serta akuntabel melalui digitalisasi yang terintegrasi;
  - b. menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, penelitian yang berkualitas, inovatif serta berkelanjutan untuk mewujudkan Sumber Daya Manusia yang unggul dan professional;
  - c. menyediakan sarana prasarana dan alat kesehatan rumah sakit yang berkualitas sesuai standar dan perkembangan teknologi; dan
  - d. meningkatkan kinerja pelayanan dan kesejahteraan pegawai.
- (4) Moto Rumah Sakit yaitu CAKRA yang memiliki makna dan arti, sebagai berikut:
- a. C : cepat, merupakan keakuratan waktu dan standar pelayanan yang telah ditetapkan;
  - b. A : aman, memberikan rasa aman terhadap pasien, keluarga, petugas kesehatan dan lingkungan;
  - c. K : komunikatif, keterbukaan dalam memberikan informasi pelayanan;
  - d. R : ramah, adalah sifat santun harus diberikan dalam setiap pelaksanaan pelayanan; dan
  - e. A : akuntabel, merupakan pertanggungjawaban secara terukur dalam pelaksanaan tugas-tugas baik secara terukur baik secara kuantitas serta kualitas dan sesuai dengan standar yang ditetapkan.

### Bagian Ketiga Struktur dan Pelayanan Rumah Sakit

#### Pasal 6

- (1) Struktur organisasi Rumah Sakit, terdiri dari:
- a. Direktur;
  - b. Wakil Direktur;
  - c. Bidang;
  - d. Bagian;
  - e. SPI;
  - f. Komite;
  - g. KSM;
  - h. Instalasi; dan
  - i. Kelompok Jabatan Fungsional.
- (2) Struktur organisasi Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

## Pasal 7

- (1) Pelayanan Rumah Sakit, terdiri dari:
  - a. Pelayanan Rawat Jalan/Poliklinik, terdiri dari:
    1. Poliklinik *Obgyn* (Obstetri & Ginekologi);
    2. Poliklinik Penyakit Dalam (Interna);
    3. Poliklinik Geriatri (Lotus);
    4. Poliklinik Kulit Kelamin;
    5. Poliklinik Paru;
    6. Poliklinik Mata;
    7. Poliklinik Telinga Hidung Tenggorokan (THT);
    8. Poliklinik Anak dan Tumbuh Kembang;
    9. Poliklinik Rehabilitasi Medik (Fisioterapi, Terapi Wicara, Ortostik Prostetik);
    10. Poliklinik Saraf;
    11. Poliklinik Psikologi Klinis;
    12. Poliklinik Bedah Onkologi;
    13. Poliklinik Jantung;
    14. Poliklinik Anastesi;
    15. Poliklinik Gigi dan Mulut;
    16. Poliklinik *Peridonsia*;
    17. Poliklinik Konservasi Gigi;
    18. Poliklinik Bedah Mulut;
    19. Poliklinik Jiwa;
    20. Poliklinik Gizi Klinik;
    21. Poliklinik Lembayung/ VCT;
    22. Poliklinik Triage/PINERE (Penyakit Infeksi *New Emerging dan Re-emerging Disease*);
    23. Poliklinik Kesehatan Tradisional;
    24. Poliklinik Bedah Plastik;
    25. Poliklinik Bedah Umum;
    26. Poliklinik Bedah Digestif;
    27. Poliklinik Bedah Orthopedi;
    28. Poliklinik Bedah Tulang Belakang;
    29. Poliklinik Paliatif;
    30. Poliklinik Bedah Urologi;
    31. Poliklinik Bedah Syaraf;
    32. Poliklinik Cakratama;
    33. Poliklinik Bedah Toraks Kardiovaskular;
    34. Poliklinik Bedah Minor; dan
    35. Poliklinik Spectra.
  - b. Pelayanan Rawat Inap dan Intensif, terdiri dari:
    1. Rawat Inap Jepun;
    2. Rawat Inap Sandat;
    3. Rawat Inap Cempaka;
    4. Rawat Inap Tunjung;
    5. Rawat Inap Kasuari;
    6. Rawat Inap Merak;
    7. Rawat Inap Cendrawasih;
    8. Ruang Perinatologi;
    9. Ruang ICU;
    10. Ruang ICVCU;
    11. Ruang HCU;
    12. Ruang NICU;
    13. Ruang PICU; dan
    14. *Stroke Corner*.

- c. Pelayanan Rawat Inap Isolasi;
- d. Pelayanan Gawat Darurat 24 (dua puluh empat) jam, terdiri dari:
  - 1. Ruang Triage;
  - 2. Ruang Transit;
  - 3. Ruang Isolasi IGD, Ruang Isolasi TB;
  - 4. Ruang Observasi;
  - 5. Ruang Resusitasi Jantung dan Paru;
  - 6. Ruang Tindakan;
  - 7. Ruang Kebidanan;
  - 8. Ruang Resusitasi Neonatus;
  - 9. Ruang Tunggu; dan
- 10. Ambulans 24 (dua puluh empat) jam.
- e. Pelayanan Bedah Operasi, terdiri dari:
  - 1. 5 (lima) Kamar Operasi dengan *Modular Operating Theater* (MOT); dan
  - 2. 1 (satu) Kamar Operasi IGD.
- f. Pelayanan Lainnya, terdiri dari:
  - 1. Pelayanan Ibu dan Anak Terpadu;
  - 2. Pelayanan *Dialisis*, terdiri dari :
    - a. Hemodialisis;
    - b. CAPD; dan
    - c. Poliklinik Nefrologi;
  - 3. Pelayanan Kosmetik Medik (Kosmedik);
  - 4. Pelayanan *Dental Estetik*;
  - 5. Pelayanan Laktasi;
  - 6. *Medical Check Up*; dan
  - 7. Pelayanan Kanker Terpadu, terdiri dari:
    - a) Kemoterapi;
    - b) Poliklinik Kanker Terpadu:
      - 1) Bedah Onkologi;
      - 2) Hematologi;
      - 3) Onkologi Radiasi; dan
      - 4) Onkologi Ginekologi.
    - c) Onkologi Radiasi yaitu Brakiterapi.
    - d) Kedokteran Nuklir Teranostik Molekuler:
      - 1) Poliklinik Kedokteran Nuklir Teranostik Molekuler;
      - 2) SPECT CT Scan;
      - 3) Laboratorium IN VITRO;
      - 4) Rawat Inap Isolasi Radioaktif; dan
      - 5) PET CT.
- 8. Pelayanan Jantung dan Vaskuler Terpadu.
- g. Pelayanan Penunjang, terdiri dari:
  - 1. Farmasi 24 (dua puluh empat) jam;
  - 2. Pelayanan Radiologi, terdiri dari:
    - a) *CT Scan*
    - b) *Panoramic*;
    - c) *Rontgent*;
    - d) *Flouroscope*;
    - e) *Mammography*;
    - f) *USG 4* (empat) dimensi;
    - g) *MRI*; dan
    - h) *X-Ray Mobile*.

3. Pelayanan Laboratorium, terdiri dari:
  - a) Patalogi Klinik;
  - b) Patalogi Anatomi; dan
  - c) Mikrobiologi;
4. Bank Darah Rumah Sakit (BDRS);
5. Pelayanan Gizi;
6. CSSD dan *Laundry*;
7. Layanan Pemeliharaan Sarana dan Prasana RS;
8. Pemulasaraan Jenazah;
9. Unit Ambulans dan Mobil Jenazah; dan
10. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.

### BAB III PERATURAN INTERNAL KORPORASI

#### Bagian Kesatu Prinsip

#### Pasal 8

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

#### Pasal 9

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.

## Pasal 10

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) huruf b, diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggung-jawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan dan prinsip praktek bisnis yang sehat.

## Pasal 11

Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (2), dilaksanakan dengan penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi yaitu dengan melaksanakan pertemuan yang dapat dilaksanakan, meliputi:

- a. pertemuan harian membahas persoalan yang terjadi pada 1 (satu) hari sebelumnya;
- b. pertemuan mingguan pada hari yang disepakati yang diikuti oleh pejabat struktural dan Unit pelayanan untuk mensinkronkan pendapatan mingguan dengan jenis pasien dan jenis layanan yang diberikan, serta membahas permasalahan yang dihadapi oleh masing-masing Unit yang disertai dengan cara penyelesaiannya;
- c. rapat direktorat dengan Bidang/Bagian dibawahnya yang dilaksanakan setiap 1 (satu) bulan, 3 (tiga) bulan, 6 (enam) bulan, serta 1 (satu) tahun sekali dan dihadiri oleh Kepala Instalasi serta dapat dihadiri oleh staf terkait;
- d. rapat Bidang/Bagian dengan Unit yang ada dibawahnya yang dilaksanakan setiap 1 (satu) bulan, 3 (tiga) bulan, 6 (enam) bulan, serta 1 (satu) tahun sekali dan dihadiri oleh koordinator masing-masing Unit serta staf terkait;
- e. pertemuan/Rapat Paripurna yang dilaksanakan pada hari yang disepakati yang diikuti oleh seluruh Pejabat Struktural, ketua SPI, ketua Komite, kepala Instalasi, ketua KSM, kepala Unit, ketua tim dan para koordinator dan dilaksanakan setelah apel paripurna dengan pembahasan permasalahan yang ada di masing-masing unit;

- f. pertemuan/rapat rutin Komite medik yang dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan sekali dihadiri oleh KSM untuk melakukan evaluasi dan membahas permasalahan pelayanan dan isu-isu strategis;
- g. pertemuan/rapat rutin Komite keperawatan yang dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan sekali dihadiri oleh kepala Bidang keperawatan, anggota komite keperawatan dan para koordinator bidang keperawatan;
- h. pertemuan/rapat evaluasi mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan sekali yang dapat dihadiri oleh Dewan Pengawas, Direksi, Pejabat Struktural, ketua SPI, ketua Komite, kepala Instalasi, kepala Unit, ketua tim dan para koordinator; dan
- i. pertemuan di tingkat jajaran manajemen yang dipimpin oleh Direktur yang diikuti oleh Pejabat Struktural dan staf terkait, yang dilaksanakan sewaktu-waktu terkait topik dan permasalahan yang dihadapi.

Bagian Ketiga  
Kedudukan, Tujuan, Tugas Pokok  
dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 12

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Provinsi dan merupakan unsur pendukung atas tugas Dinas Kesehatan di bidang Pelayanan Kesehatan.
- (2) Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Direktur yang mempunyai tanggung jawab, meliputi:
  - a. mematuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
  - b. menjalankan visi dan misi Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
  - c. menetapkan kebijakan Rumah Sakit;
  - d. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
  - e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
  - f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, Renstra, dan anggaran kepada representatif pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan;
  - g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di Rumah Sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas Rumah Sakit;
  - h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada representasi pemilik/Dewan Pengawas; dan
  - i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada representasi pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.

- (3) Tujuan Rumah Sakit yaitu menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna dalam bidang Pelayanan Kesehatan yang didasarkan kepada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial.
- (4) Tugas pokok Rumah Sakit yaitu menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (5) Fungsi Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (4), yaitu:
  - a. perumusan kebijakan teknis di bidang Pelayanan Kesehatan;
  - b. pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan pemerintahan daerah di bidang Pelayanan Kesehatan khusus;
  - c. penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang Pelayanan Kesehatan;
  - d. pelayanan medis;
  - e. pelayanan penunjang medis, dan nonmedis;
  - f. pelayanan keperawatan;
  - g. pelayanan rujukan;
  - h. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
  - i. pengelolaan keuangan dan akuntansi; dan
  - j. pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tata laksana, serta rumah tangga, perlengkapan, dan umum.

Bagian Keempat  
Kewenangan dan Tanggung Jawab  
Pemerintah Provinsi

Pasal 13

- (1) Kewenangan Pemerintah Provinsi, yaitu:
  - a. menunjuk atau menetapkan direksi Rumah Sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja tiap-tiap individu Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
  - b. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang, serta melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala minimal setahun sekali;
  - c. menetapkan struktur organisasi Rumah Sakit;
  - d. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumber daya manusia Rumah Sakit;
  - e. menetapkan Visi serta Misi Rumah Sakit;
  - f. menetapkan peraturan internal Rumah Sakit dan SPM Rumah Sakit beserta perubahannya;
  - g. mengangkat dan menetapkan Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Perundangan-undangan;

- h. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
  - i. mengesahkan RBA yang disetujui oleh Dewan Pengawas; dan
  - j. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.
- (2) Tanggung jawab Pemerintah Provinsi yaitu:
- a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dalam memenuhi visi dan misi serta Renstra Rumah Sakit;
  - b. bertanggung jawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen; dan
  - c. bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.

#### BAB IV DEWAN PENGAWAS

##### Bagian Kesatu Pembentukan

##### Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas dibentuk oleh Gubernur atas usulan Direktur.
- (2) Anggota Dewan Pengawas berjumlah sebanyak 5 (lima) orang dan seorang diantaranya ditetapkan sebagai ketua Dewan Pengawas.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.

##### Bagian Kedua Tugas dan Kewajiban

##### Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14, mempunyai tugas:
  - a. memantau perkembangan kegiatan BLUD;
  - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
  - 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 Gubernur mengenai:
  - 1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
  - 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
  - 3. kinerja BLUD.
- (2) Dewan Pengawas berkewajiban:
  - a. memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai RBA yang diusulkan oleh pejabat pengelola Rumah Sakit;
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Gubernur mengenai masalah pengelolaan Rumah Sakit;
  - c. melaporkan kepada Gubernur tentang kinerja Rumah Sakit;
  - d. memberikan nasihat kepada Direksi dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;
  - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun nonkeuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh Direksi Rumah Sakit; dan
  - f. monitoring tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Gubernur secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan/atau sewaktu-waktu atas permintaan Gubernur.

Bagian Ketiga  
Wewenang

Pasal 16

Dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15, Dewan Pengawas mempunyai wewenang, meliputi:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh SPI Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit;
- d. memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit;
- e. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas;
- f. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit untuk ditetapkan oleh Gubernur; dan

- g. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Keempat  
Keanggotaan

Pasal 17

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas, terdiri dari:
  - a. pejabat Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit yakni Dinas Kesehatan;
  - b. pejabat di lingkungan Perangkat Daerah pengelola keuangan Daerah yakni Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah; dan
  - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Direksi.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan, meliputi:
  - a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakitian, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
  - c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
  - d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana; dan
  - e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit.

Bagian Kelima  
Masa Jabatan

Pasal 18

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- (4) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Gubernur.
- (5) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) apabila:
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau

- e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (6) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Gubernur.

#### Pasal 19

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (5), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi kriteria sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (3).
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

#### Bagian Keenam Sekretaris

#### Pasal 20

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Kepala Daerah dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

#### Bagian Ketujuh Pembiayaan

#### Pasal 21

Segala Biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk jasa anggota dan sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit dan dimuat dalam RBA.

#### Bagian Kedelapan Tata Kerja

#### Pasal 22

- (1) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (2) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (3) memuat:
- penilaian terhadap Renstra, RBA, dan pelaksanaannya;
  - penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan lainnya;

- c. penilaian ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan;
  - d. permasalahan-permasalahan pengelolaan BLUD dan solusinya; dan
  - e. saran dan rekomendasi.
- (3) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, yang terkait dengan:
- a. penurunan kinerja BLUD;
  - b. pemberhentian pimpinan BLUD sebelum berakhirnya masa jabatan;
  - c. pergantian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas; dan
  - d. berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
- (4) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditandatangani oleh ketua dan anggota Dewan Pengawas.
- (5) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab sekretaris Dewan Pengawas.

Bagian Kesembilan  
Peran Terhadap Kelompok Staf Medis

Pasal 23

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam upaya memberdayakan KSM untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran terhadap KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus-menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam organisasi Komite Medik Rumah Sakit melalui Sub Komite kredensial, Sub Komite Mutu Profesi dan Sub Komite pas.

BAB V  
PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu  
Pejabat Pengelola

Pasal 24

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit, terdiri dari:
- a. Direktur;
  - b. Wakil Direktur; dan
  - c. Pejabat struktural lainnya.
- (2) Gubernur mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola Rumah Sakit.

- (3) Direktur bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Kepala Dinas Kesehatan dalam rangka sinkronisasi pencapaian hasil pembangunan Kesehatan Provinsi.
- (4) Wakil Direktur dan pejabat struktural lainnya bertanggung jawab kepada Direktur.
- (5) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan kepada Gubernur melalui Kepala Dinas Kesehatan.
- (6) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (4), ditetapkan oleh Gubernur.
- (7) Pejabat struktural lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dengan Peraturan Gubernur.

#### Pasal 25

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan seorang tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dan keterampilan dalam bidang Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Kebutuhan Praktek Bisnis Yang Sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan dan kemampuan di dalam mengelola Rumah Sakit secara efisien serta efektif.

#### Bagian Kedua Komposisi Pejabat Pengelola

#### Pasal 26

- (1) Kepala Rumah Sakit, disebut Direktur.
- (2) Wakil Direktur Pelayanan membawahi:
  - a. Bidang Pelayanan Medik; dan
  - b. Bidang Pelayanan Keperawatan.
- (3) Wakil Direktur Penunjang membawahi:
  - a. Bidang Penunjang Medik; dan
  - b. Bidang Penunjang Non Medik
- (4) Wakil Direktur Administrasi dan Sumber Daya membawahi:
  - a. Bagian Perencanaan dan Pengembangan;
  - b. Bagian Keuangan; dan
  - c. Bagian Administrasi Umum.

#### Pasal 27

Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ayat (1), bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan dalam hal operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum/keseluruhan.

## Pasal 28

Wakil Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ayat (2), ayat (3) dan ayat (4), bertanggung jawab kepada Direktur sesuai bidang tanggung jawab masing-masing.

## Pasal 29

- (1) Komposisi Wakil Direktur dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisa organisasi dan analisa jabatan guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi Wakil Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh Gubernur.
- (3) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis sehat.
- (4) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan seorang tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dan keterampilan dalam bidang Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Kebutuhan Praktek Bisnis Yang Sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan dan kemampuan di dalam mengelola Rumah Sakit secara efisien serta efektif.

## Bagian Ketiga Persyaratan menjadi Direktur

### Pasal 30

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur, yaitu:

- a. seorang tenaga medis (Dokter/Dokter gigi) dengan strata pendidikan minimal S2 bidang kesehatan atau yang memiliki keahlian dalam bidang manajemen Rumah Sakit, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- c. berstatus PNS;
- d. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan Praktik Bisnis Yang Sehat di Rumah Sakit dengan meningkatkan kinerja pelayanan, kinerja keuangan, dan kinerja manfaat bagi masyarakat; dan
- e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

## Bagian Keempat Persyaratan menjadi Wakil Direktur

### Pasal 31

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan, meliputi:

- a. seorang tenaga medis (Dokter/Dokter gigi) minimal S2 kesehatan, yang memenuhi kriteria keahlian, integritas dan pengalaman di bidang pelayanan medis;

- b. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan medis dan nonmedis Rumah Sakit;
- c. berstatus PNS dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian; dan
- d. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit.

#### Pasal 32

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Penunjang, meliputi:

- a. seorang tenaga kesehatan/profesional lainnya dengan strata pendidikan minimal S2 di bidang kesehatan/profesional lainnya yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, dan pengalaman di bidang pelayanan penunjang medis maupun nonmedis Rumah Sakit;
- b. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan penunjang;
- c. berstatus PNS dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian; dan
- d. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit.

#### Pasal 33

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Administrasi Sumber daya, meliputi:

- a. seorang tenaga kesehatan/profesional lainnya dengan strata pendidikan minimal S2 di bidang kesehatan/profesional lainnya yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, dan pengalaman di bidang administrasi, umum, keuangan dan sumber daya di Rumah Sakit;
- b. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup administrasi umum, hukum, keuangan dan sumber daya manusia;
- c. berstatus PNS dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian; dan
- d. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan prinsip pengelolaan manajemen keuangan yang sehat di Rumah Sakit.

#### Bagian Keenam

Tugas, Fungsi, Wewenang, dan Tanggung Jawab Direktur

#### Pasal 34

Direktur mempunyai tugas, meliputi:

- a. menyusun rencana kerja dan anggaran;
- b. menyusun DPA Rumah Sakit;
- c. mengoordinasikan penyusunan rencana dan program kerja Rumah Sakit;
- d. mengatur, mendistribusikan, dan mengoordinasikan tugas-tugas kepada bawahan;
- e. memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;

- f. memimpin dan mengelola Rumah Sakit sesuai dengan tujuan Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
- g. menetapkan kebijakan operasional RSBM;
- h. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan, pejabat penatausahaan keuangan, dan pejabat lainnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah;
- i. menandatangani surat perintah membayar;
- j. mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
- k. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan Unit yang dipimpinnya;
- l. mengevaluasi, mengendalikan, dan membina pelaksanaan tugas bawahan;
- m. melaksanakan SPI;
- n. menilai hasil kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
- o. melaksanakan tugas kedinasan lain yang ditugaskan oleh atasan; dan
- p. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Dinas Kesehatan.

#### Pasal 35

Direktur mempunyai fungsi, meliputi:

- a. koordinasi pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
- b. penetapan kebijakan penyelenggaraan Rumah Sakit sesuai dengan kewenangannya;
- c. penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit;
- d. pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi; dan
- e. evaluasi, pencatatan, dan pelaporan.

#### Pasal 36

Direktur mempunyai wewenang, meliputi:

- a. menjadi pejabat kuasa pengguna anggaran/barang daerah;
- b. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh karyawan Rumah Sakit, yang berkaitan dengan pelayanan;
- c. menetapkan rencana tahunan, anggaran modal, dan operasional Rumah Sakit;
- d. menetapkan kebijakan dan prosedur, menyetujui pendidikan, penelitian dan pengembangan para profesional di bidang kesehatan;
- e. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit;
- f. mengumumkan visi, misi, dan Renstra Rumah Sakit ke publik;
- g. pengembangan usaha dalam mengelola RSBM sebagaimana yang telah digariskan oleh Pemerintah Provinsi;
- h. menetapkan tugas pokok, dan fungsi pegawai Rumah Sakit;
- i. memberikan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;

- j. mendatangkan ahli, profesional, konsultan atau lembaga independen sesuai kebutuhan sumber daya yang ada;
- k. mengangkat dan memberhentikan tenaga kontrak Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban tenaga kontrak Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- m. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
- n. meminta pertanggungjawaban dan reviu berkala terhadap pelaksanaan tugas dari semua pejabat teknis; dan
- o. menetapkan ketua tim kerja sesuai kebutuhan rumah sakit dengan syarat seorang PNS, usia maksimal 58 tahun dan memiliki kompetensi dan keahlian di bidang perumahsakit.

### Pasal 37

Direktur mempunyai tanggung jawab, meliputi:

- a. mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. menjalankan visi dan misi Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
- c. menetapkan kebijakan Rumah Sakit;
- d. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
- e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
- f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, Renstra, dan anggaran kepada representatif pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan;
- g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di Rumah Sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas Rumah Sakit;
- h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada representasi pemilik/Dewan Pengawas; dan
- i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada representasi pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.

### Bagian Ketujuh Tugas, Fungsi, Wewenang, dan Tanggung Jawab Wakil Direktur

### Pasal 38

- (1) Wakil Direktur Pelayanan mempunyai tugas, meliputi:
  - a. menyusun rencana dan program kegiatan pelayanan dalam rangka penetapan kebijakan Rumah Sakit;
  - b. merumuskan kebijakan teknis pelayanan serta menyelenggarakan administrasi berdasarkan kewenangan;
  - c. mengoordinasikan semua kegiatan pelayanan sesuai dengan standar yang berlaku kepada bawahan;

- d. mengoordinasikan penyusunan dan pengawasan pelaksanaan Peraturan Internal Staf Medik dan Peraturan Internal Staf Keperawatan;
  - e. mengoordinasikan penyusunan, dan pengawasan pelaksanaan regulasi di unit layanan;
  - f. mengawasi, mengendalikan dan membina pelaksanaan tugas-tugas di bidang pelayanan medik dan keperawatan;
  - g. mengatur mendistribusikan dan mengoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - h. memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
  - i. melaksanakan SPI;
  - j. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - k. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - l. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur.
- (2) Wakil Direktur Pelayanan mempunyai fungsi, meliputi:
- a. penyusunan rencana pemberian pelayanan medis dan keperawatan;
  - b. koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medis dan keperawatan;
  - c. pelaksanaan kendali mutu, kendali Biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis dan keperawatan;
  - d. pemantauan dan evaluasi pelayanan medis dan keperawatan;
  - e. penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di Bidang pelayanan keperawatan;
  - f. penyiapan prosedur tetap operasional di Bidang pelayanan medis dan keperawatan;
  - g. pengawasan terhadap kelancaran pelayanan medis dan keperawatan;
  - h. mempersiapkan memonitor kebutuhan peralatan medis, obat-obatan dan bahan habis pakai dalam pelayanan medis dan pelayanan keperawatan; dan
  - i. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (3) Wakil Direktur Pelayanan mempunyai wewenang, meliputi:
- a. menjadi pejabat kuasa pengguna anggaran/barang daerah;
  - b. menetapkan rencana tahunan, anggaran modal, dan operasional Rumah Sakit;
  - c. memberikan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - d. mengangkat dan memberhentikan tenaga kontrak Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya.

- (4) Wakil Direktur Pelayanan mempunyai tanggung jawab, meliputi:
- a. mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - b. menjalankan visi dan misi Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
  - c. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
  - d. menetapkan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di Rumah Sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas Rumah Sakit; dan
  - e. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Direktur setiap 6 (enam) bulan.

#### Pasal 39

- (1) Wakil Direktur Penunjang mempunyai tugas, meliputi:
- a. menyusun rencana dan program kegiatan penunjang medik dan penunjang nonmedik dalam rangka penetapan kebijakan RSBM;
  - b. merumuskan kebijakan teknis penunjang serta menyelenggarakan administrasi berdasarkan kewenangan;
  - c. mengkoordinasikan semua kegiatan penunjang sesuai dengan standar yang berlaku kepada bawahan;
  - d. mengawasi, mengendalikan dan membina pelaksanaan tugas-tugas di bidang penunjang medik dan bidang penunjang nonmedik;
  - e. mengatur mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - f. memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
  - g. melaksanakan SPI;
  - h. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - i. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - j. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur;
- (2) Wakil Direktur Penunjang mempunyai fungsi, meliputi:
- a. pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan, dan pelayanan administrasi dan teknis di Bidang pelayanan penunjang medis dan nonmedis;
  - b. penyusunan rencana pemberian pelayanan penunjang medis dan nonmedis;
  - c. koordinasi dan pelaksanaan pelayanan penunjang medis dan nonmedis;
  - d. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan penunjang medis;
  - e. pengelolaan rekam medis, farmasi, laboratorium, radiologi, gizi, sarana prasana Rumah Sakit, CSSD, dan *laundry*; dan
  - f. pemantauan dan evaluasi pelayanan penunjang medis dan penunjang nonmedis.

- (3) Wakil Direktur Penunjang mempunyai wewenang, meliputi:
- a. menjadi pejabat kuasa pengguna anggaran/barang daerah;
  - b. menetapkan rencana tahunan, anggaran modal, dan operasional Rumah Sakit;
  - c. memberikan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - d. mengangkat dan memberhentikan tenaga kontrak Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya.
- (4) Wakil Direktur Penunjang mempunyai tanggung jawab, meliputi:
- a. mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - b. menjalankan Visi dan Misi Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
  - c. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
  - d. menetapkan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di Rumah Sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas Rumah Sakit; dan
  - e. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Direktur setiap 6 (enam) bulan.

#### Pasal 40

- (1) Wakil Direktur Administrasi Sumber Daya, mempunyai tugas, meliputi:
- a. menyusun rencana dan program kerja Rumah Sakit;
  - b. menyusun kebijakan umum Rumah Sakit serta menyelenggarakan administrasi berdasarkan kewenangan;
  - c. mengoordinasikan dan melakukan pengawasan penyusunan rencana dan program kegiatan Bagian Perencanaan dan Pengembangan, Bagian Keuangan dan Aset, Bagian Administrasi Umum, Pendidikan dan Penelitian;
  - d. mengoordinasikan penyusunan program perencanaan strategis serta profil Rumah Sakit dan laporan tahunan Rumah Sakit;
  - e. mengoordinasikan penyusunan laporan pertanggungjawaban kinerja Rumah Sakit;
  - f. mengoordinasikan penyusunan Tata Kelola Rumah Sakit dan Peraturan Internal Rumah Sakit;
  - g. mengoordinasikan Instalasi pengadaan barang dan jasa di Rumah Sakit;
  - h. mengoordinasikan penyusunan rencana kebutuhan sumber daya berupa Sarana dan Prasarana, tenaga, dan bahan kebutuhan lainnya;
  - i. memberikan petunjuk dan bimbingan teknis kepada bawahan;
  - j. melaksanakan SPI;

- k. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggung jawabkan hasil kerja bawahan;
  - l. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - m. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur.
- (2) Wakil Direktur Administrasi Sumber Daya, mempunyai fungsi, meliputi:
- a. penyiapan perumusan kebijakan teknis, perencanaan strategis bisnis Rumah Sakit;
  - b. ketatausahaan;
  - c. kerumahtanggaan;
  - d. pelayanan hukum dan kemitraan;
  - e. pemasaran;
  - f. kehumasan;
  - g. pencatatan, pelaporan, dan evaluasi;
  - h. penelitian dan pengembangan;
  - i. sumber daya manusia; dan
  - j. pendidikan dan pelatihan.
- (3) Wakil Direktur Administrasi Sumber Daya mempunyai wewenang, meliputi:
- a. menjadi pejabat kuasa pengguna anggaran/barang daerah;
  - b. menetapkan rencana tahunan, anggaran modal, dan operasional Rumah Sakit;
  - c. memberikan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - d. mengangkat dan memberhentikan tenaga kontrak Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
  - e. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya.
- (4) Wakil Direktur Administrasi Sumber Daya mempunyai tanggung jawab, meliputi:
- a. mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - b. menjalankan Visi dan Misi Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
  - c. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
  - d. menetapkan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di Rumah Sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas Rumah Sakit; dan
  - e. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Direktur setiap 6 (enam) bulan.

## BAB VI SATUAN PENGAWAS INTERNAL

### Pasal 41

- (1) SPI dibentuk untuk membantu Direktur dalam bidang pemeriksaan audit kinerja internal Rumah Sakit.

- (2) SPI berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) SPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (4) SPI merupakan unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal Rumah Sakit.
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya, SPI mempunyai fungsi, meliputi:
  - a. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di Unit kerja Rumah Sakit;
  - b. penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
  - c. pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit;
  - d. pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
  - e. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan.
- (6) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (7) Rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (6), berdasarkan penugasan dari Direktur.

## BAB VII KELOMPOK LAYANAN

### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 42

Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu Pelayanan Kesehatan berbasis keselamatan pasien membentuk kelompok layanan, terdiri dari:

- a. Komite;
- b. Instalasi;
- c. KSM; dan
- d. kelompok Jabatan Fungsional;

### Bagian Kedua Komite

#### Pasal 43

- (1) Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 huruf a, merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Komite memiliki tanggung jawab, meliputi:
  - a. mendukung komunikasi yang efektif antar tenaga profesional;

- b. menyusun kebijakan, pedoman, prosedur serta protokol, tata hubungan kerja, alur klinis, dan dokumen lain yang mengatur layanan klinis;
  - c. menyusun kode etik profesi; dan
  - d. memantau mutu pelayanan pasien lainnya.
- (3) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari:
- a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
  - d. Komite Etik dan Hukum;
  - e. Komite PPI;
  - f. Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
  - g. Komite Mutu;
  - h. Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba;
  - i. Komite Etik Penelitian Kesehatan;
  - j. Komite Farmasi dan Terapi; dan
  - k. Komite Rekam Medis.

Paragraf 1  
Komite Medik

Pasal 44

Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (3) huruf a merupakan perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme Kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

Paragraf 2  
Komite Keperawatan

Pasal 45

Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (3) huruf b merupakan wadah nonstruktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi di RSBM.

Paragraf 3  
Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 46

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (3) huruf c merupakan suatu badan atau kelompok Jabatan Fungsional untuk memberikan masukan atau nasehat berdasarkan kepakaran dan pengalaman dalam bidang medik kepada pejabat struktural yang bertanggung jawab secara operasional terhadap Pelayanan Kesehatan lainnya.

Paragraf 4  
Komite Etik dan Hukum

Pasal 47

Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (3) huruf d merupakan wadah nonstruktural yang bertugas sebagai gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit yang memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan *medicoetikolegal* dan etika pelayanan Rumah Sakit, penyelesaian masalah etika Rumah Sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan Rumah Sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi Rumah Sakit, kebijakan yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, Peraturan Internal Staf Medis, dan Peraturan Internal Staf Keperawatan.

Paragraf 5  
Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 48

Komite PPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (3) huruf e merupakan organisasi nonstruktural pada fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mempunyai fungsi utama menjalankan PPI serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk pencegahan infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa Tuberkulosis, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan infeksi menular lainnya.

Paragraf 6  
Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit

Pasal 49

Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (3) huruf f merupakan organisasi nonstruktural pada fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mempunyai fungsi utama untuk menjamin dan melindungi keselamatan serta kesehatan bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di Rumah Sakit.

Paragraf 7  
Komite Mutu

Pasal 50

(1) Komite Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (3) huruf g merupakan unsur organisasi nonstruktural yang membantu kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit.

(2) Komite Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertugas membantu Kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit.

Paragraf 8  
Komite Pengendalian Resisten Antimikroba

Pasal 51

Komite Pengendalian Resisten Antimikroba sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (3) huruf h merupakan wadah nonstruktural yang mempunyai fungsi utama menyusun dan melaksanakan regulasi dan program pencegahan resistensi antimikroba, melakukan surveilans penggunaan antimikroba, serta melakukan penatagunaan antimikroba dalam rangka pengendalian resistensi antimikroba di Rumah Sakit.

Paragraf 9  
Komite Etik Penelitian Kesehatan

Pasal 52

Komite Etik Penelitian Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (3) huruf i merupakan badan independen yang dibentuk untuk mengawasi agar penelitian pada manusia dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip ICH-GCP (*International Convention on Harmonization of Good Clinical Trial Practice*).

Paragraf 10  
Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 53

Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (3) huruf j merupakan badan nonstruktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur yang dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.

Paragraf 11  
Komite Rekam Medis

Pasal 54

Komite Rekam Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (3) huruf k merupakan wadah nonstruktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi melakukan evaluasi dan monitoring terhadap kelengkapan dan kualitas rekam medis dalam rangka menjaga dan meningkatkan rekam medis yang bermutu tinggi.

## Pasal 55

Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (3) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

## Bagian Ketiga Instalasi

## Pasal 56

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 huruf b, dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) Rumah Sakit membentuk Instalasi, terdiri dari:
  - a. rawat jalan;
  - b. rawat inap;
  - c. bedah sentral dan anestesi;
  - d. gawat darurat;
  - e. ibu dan anak terpadu;
  - f. dialisis;
  - g. intensif terpadu;
  - h. pelayanan kanker terpadu;
  - i. jantung terpadu;
  - j. rehabilitasi medik;
  - k. farmasi;
  - l. rekam medis;
  - m. radiologi;
  - n. laboratorium terintegrasi;
  - o. gizi;
  - p. CSSD dan *Laundry*;
  - q. pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit;
  - r. sistem informasi manajemen Rumah Sakit;
  - s. pendidikan, pelatihan dan penelitian Rumah Sakit;
  - t. penjaminan klaim Rumah Sakit;
  - u. layanan pengadaan; dan
  - v. promosi kesehatan, pengembangan bisnis, dan pemasaran Rumah Sakit.
- (4) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan Rumah Sakit.
- (5) Pembentukan Instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (6) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi.
- (7) Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), untuk melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga nonfungsional.
- (8) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Wakil Direktur.
- (9) Setiap penyusunan dan tata kerja Instalasi Rumah Sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi, dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.

Bagian Keempat  
Kelompok Staf Medis

Pasal 57

- (1) KSM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 huruf c merupakan kelompok Dokter yang bekerja di bidang medis dalam Jabatan Fungsional.
- (2) KSM mempunyai tugas melaksanakan:
  - a. diagnosis;
  - b. pengobatan;
  - c. pencegahan akibat penyakit;
  - d. peningkatan dan pemulihan kesehatan;
  - e. penyuluhan;
  - f. pendidikan;
  - g. pelatihan;
  - h. penelitian; dan
  - i. pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), KSM menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Bagian Kelima  
Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 58

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 huruf d terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok Jabatan Fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan berdasarkan jenis dan jenjang Jabatan Fungsional masing-masing.
- (4) Masing-masing tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (3), berada di lingkungan Unit kerja Rumah Sakit sesuai kompetensinya.

BAB VIII  
KELOMPOK PENUNJANG

Pasal 59

- (1) Rumah Sakit dalam menyelenggarakan fungsi Pelayanan Kesehatan dapat membentuk kelompok penunjang.
- (2) Kelompok penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dibentuk Unit dan tim yang ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Pembentukan Unit dan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (2), didasarkan atas kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan guna mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

- (4) Setiap penyusunan dan tata kerja Unit, dan pembentukan tim Rumah Sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi, dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan Unit-unit, tim lainnya sesuai dengan tugas masing-masing.

#### Pasal 60

- (1) Unit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2), dipimpin oleh Kepala Unit.
- (2) Unit bertanggung jawab kepada Kepala Bagian atau Kepala Bidang.
- (3) Kepala Unit dalam melaksanakan tugas dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga nonfungsional.
- (4) Kepala Unit mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan hasil kegiatannya.

#### Pasal 61

- (1) Tim sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2), dipimpin oleh ketua tim.
- (2) Tim bertanggungjawab kepada Wakil Direktur.
- (3) Ketua tim dalam melaksanakan tugas dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga nonfungsional.
- (4) Ketua tim mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor, dan mengevaluasi, serta melaporkan hasil kegiatannya.

### BAB IX

#### PENDIDIKAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN

#### Pasal 62

- (1) Rumah Sakit Pendidikan harus mempunyai mutu dan keselamatan pasien yang lebih tinggi dari pada Rumah Sakit Nonpendidikan.
- (2) Rumah Sakit Pendidikan menetapkan standar akreditasi untuk menjaga mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Rumah Sakit Pendidikan memiliki keunikan dengan adanya peserta didik yang terlibat dalam upaya pelayanan pasien.
- (4) Peserta didik dapat membantu proses pelayanan namun juga berpotensi untuk mempengaruhi mutu pelayanan dan keselamatan pasien karena peserta didik masih dalam tahap belajar dan tidak memahami secara penuh protokol yang ditetapkan oleh Rumah Sakit.

#### Pasal 63

Proses pembelajaran klinik di Rumah Sakit Pendidikan utama dan jejaring Rumah Sakit Pendidikan dikoordinasikan oleh komite koordinasi pendidikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 64

- (1) Dalam rangka koordinasi proses pembelajaran klinik di jejaring Rumah Sakit Pendidikan, dapat dibentuk tim koordinasi Pendidikan.
- (2) Tim koordinasi pendidikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh Direktur/Kepala Rumah Sakit atau pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan lain bersama dengan Institusi Pendidikan dan bertanggung jawab kepada Direktur/Kepala Rumah Sakit atau pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan lain dan Institusi Pendidikan.
- (3) Tim koordinasi pendidikan mempunyai tugas membantu pelaksanaan tugas komite koordinasi pendidikan pada jejaring Rumah Sakit Pendidikan.

#### Pasal 65

- (1) Tim koordinasi pendidikan terdiri atas unsur jejaring Rumah Sakit Pendidikan dan unsur Institusi Pendidikan.
- (2) Susunan organisasi, keanggotaan, dan jumlah anggota tim koordinasi pendidikan ditetapkan oleh Direktur/Kepala Rumah Sakit Pendidikan atau pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.

### BAB X

#### PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

##### Bagian Kesatu Maksud dan Tujuan

#### Pasal 66

- (1) Peraturan Internal Staf Medis merupakan aturan tentang tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme staf medis di Rumah Sakit.
- (2) Peraturan Internal Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dimaksudkan agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme meliputi:
  - a. Kredensial;
  - b. peningkatan mutu profesi; dan
  - c. penegakan disiplin profesi.
- (3) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
  - a. tercapainya kerjasama yang baik antara staf medik dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili diantara staf medis dengan Direktur;
  - b. tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
  - c. terciptanya tanggung jawab staf medis terhadap mutu pelayanan medis di Rumah Sakit; dan

- d. untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik yang dilandasi semangat bahwa hanya staf medik yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang dapat melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

Bagian Kedua  
Kewenangan Klinis

Pasal 67

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur.
- (2) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa surat penugasan klinis.
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan anggota staf medis.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota staf medis untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara merupakan Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit tempat asal bekerja dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di Rumah Sakit kepada Dokter tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Sub Komite Kredensial Komite Medik.

Pasal 68

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 67 ayat (1), yaitu:

- a. pendidikan harus memenuhi persyaratan, meliputi:
  - 1) lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi; dan
  - 2) menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
- b. perizinan (lisensi) harus memenuhi persyaratan, meliputi:
  - 1) memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
  - 2) memiliki ijin praktek dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
- c. kegiatan penjagaan mutu profesi harus memenuhi persyaratan, meliputi:
  - 1) menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
  - 2) berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. kualifikasi personal harus memenuhi persyaratan, meliputi:
  - 1) riwayat disiplin dan etik profesi;
  - 2) keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
  - 3) keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;

- 4) riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
  - 5) memiliki asuransi proteksi profesi.
- e. pengalaman di Bidang keprofesian harus memenuhi persyaratan, meliputi:
- 1) riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
  - 2) riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

#### Pasal 69

- (1) Komite Medik dalam memberi rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 67 ayat (3), agar Kewenangan Klinis anggota staf medik dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Sub Komite Kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan apabila Anggota Staf Medik tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan SPO yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.
- (3) Sub Komite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota staf medik setelah terlebih dahulu:
  - a. Ketua Kelompok staf medik mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
  - b. Komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Sub Komite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika, dan disiplin profesi medis anggota staf medik yang bersangkutan;
  - c. Sub Komite Kredensial berhak memanggil anggota staf medik yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/ penyimpangan yang telah dilakukan; dan
  - d. Sub Komite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

#### Pasal 70

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur Rumah Sakit atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan apabila:
  - a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - b. adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; dan
  - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

## Pasal 71

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila surat Penugasan Klinis:
  - a. habis masa berlakunya; dan
  - b. dicabut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 ayat (2).

## Bagian Ketiga Penugasan Klinis

### Pasal 72

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

## Bagian Keempat Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

### Pasal 73

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

## Bagian Kelima Tata Cara Reviu dan Perbaikan Peraturan Internal Staf Medis

### Pasal 74

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis dapat dilakukan berdasarkan perubahan peraturan perundang-undangan.
- (2) Waktu perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun.

- (3) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan oleh Komite Medik.
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis dan staf manajemen terkait melalui lokakarya dan terakhir disahkan oleh Direktur.

Bagian Keenam  
Informasi Medis

Pasal 75

- (1) Setiap pegawai Rumah Sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi medis tentang Pasien.
- (2) Pemaparan informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Pasien.
- (3) Pemaparan informasi medis untuk keperluan penelitian dan untuk kepentingan hukum, hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur.
- (4) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar, meliputi:
  - a. keadaan kesehatan pasien;
  - b. rencana terapi dan alternatifnya;
  - c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
  - d. prognosis; dan
  - e. kemungkinan komplikasi.

Bagian Ketujuh  
Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 76

- (1) Hak Pasien, meliputi:
  - a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban Pasien;
  - c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
  - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan SPO;
  - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
  - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
  - g. memilih Dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada Dokter lain yang mempunyai surat ijin praktik baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
  - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;

- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosa 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 selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
  - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
  - o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
  - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
  - q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit 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.
- (2) Kewajiban Pasien, meliputi:
- a. mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit;
  - b. memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
  - c. mengikuti rencana pengobatan yang diadvikan oleh Dokter termasuk intruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai petunjuk Dokter;
  - d. memberlakukan staf Rumah Sakit dan Pasien Lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan Rumah Sakit;
  - e. menghormati privasi orang lain dan barang milik Rumah Sakit;
  - f. tidak membawa alkohol dan obat-obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata ke dalam Rumah Sakit;
  - g. menghormati bahwa Rumah Sakit adalah area bebas rokok;
  - h. mematuhi jam kunjungan dari Rumah Sakit;
  - i. meninggalkan barang berharga di rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Rumah Sakit;
  - j. memastikan bahwa kewajiban finansial atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit;
  - k. melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan Rumah Sakit;

- l. bertanggung jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis Dokternya; dan
- m. memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.

Bagian Kedelapan  
Hak dan Kewajiban Dokter

Pasal 77

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

Bagian Kesembilan  
Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 78

- (1) Hak Rumah Sakit, meliputi:
  - a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
  - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan;
  - c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
  - d. menerima bantuan dari pihak lain yang tidak mengikat;
  - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
  - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan;
  - g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
  - h. mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan.

(2) Kewajiban Rumah Sakit, meliputi:

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

BAB XI  
PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN

Bagian Kesatu  
Maksud dan Tujuan

Pasal 79

- (1) Peraturan Internal Staf Keperawatan, merupakan aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di Rumah Sakit.
- (2) Peraturan Internal Staf Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sebagai acuan atau pedoman bagi komite keperawatan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme Kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi serta untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite keperawatan.
- (3) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), berdasarkan semangat hanya staf keperawatan yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang dapat melakukan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit
- (4) Peraturan Internal Staf Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertujuan:
  - a. melindungi pasien dalam pemberian asuhan keperawatan yang profesional;
  - b. meningkatkan kedisiplinan staf keperawatan;
  - c. menghasilkan staf keperawatan yang profesional;
  - d. menghasilkan staf keperawatan yang kompeten sesuai dengan bidangnya;
  - e. menghasilkan pemberian asuhan keperawatan yang memuaskan baik pada klien, keluarga, kelompok, dan masyarakat; dan
  - f. memberikan dasar hukum bagi mitra bestari dalam pengambilan keputusan.

Bagian Kedua  
Kewenangan Klinis

Pasal 80

- (1) Kewenangan Klinis merupakan uraian intervensi keperawatan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan berdasarkan area praktiknya.
- (2) Asuhan keperawatan yang diberikan pada klien di Rumah Sakit hanya dapat dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilaksanakan melalui proses Kredensial agar asuhan keperawatan yang diberikan tepat sasaran dan memuaskan serta dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

Bagian Ketiga  
Penugasan Klinis

Pasal 81

Tujuan diberikan penugasan klinis:

- a. memberikan kejelasan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
- b. melindungi keselamatan pasien;
- c. pengakuan dan penghargaan bagi tenaga keperawatan yang berada di semua level pelayanan keperawatan; dan
- d. masa berlaku penugasan klinis adalah 3 (tiga) tahun, selanjutnya dapat diterbitkan kembali sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bagian Keempat  
Delegasi Tindakan Medik

Pasal 82

- (1) Kewenangan tenaga keperawatan untuk melakukan tindakan medik merupakan tindakan yang bersifat delegasi yang memerlukan Kewenangan Klinis tertentu dan perlu mekanisme Kredensial.
- (2) Tindakan medik yang bersifat delegasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tetap menjadi tanggung jawab tenaga medis yang memberikan delegasi.

Bagian Kelima  
Peraturan Pelaksanaan  
Tata Kelola Klinis

Pasal 83

- (1) Pelaksanaan tata kelola klinis tetap memerlukan aturan-aturan profesi bagi staf keperawatan antara lain:
  - a. pemberian pelayanan keperawatan dengan standar profesi, standar pelayanan dan SOP serta kebutuhan keperawatan pasien; dan
  - b. kewajiban melakukan konsultasi atau merujuk pasien kepada staf keperawatan lain yang lebih tinggi jenjang klinisnya atau dengan profesi kesehatan lain dengan disiplin yang sesuai.
- (2) Aturan-aturan profesi bagi staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan bagian yang diatur secara terpisah dari Peraturan Gubernur ini.

Bagian Keenam  
Tata Cara Reviu dan Perbaikan  
Peraturan Internal Staf Keperawatan

Pasal 84

- (1) Komite Keperawatan dapat melakukan perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Keperawatan dengan persetujuan Direktur melalui rapat khusus yang diselenggarakan sesuai tujuan dimaksud.

- (2) Usulan untuk melakukan perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Keperawatan hanya dapat dilaksanakan melalui rapat pleno yang diselenggarakan untuk keperluan tersebut.

## BAB XII PERATURAN INTERNAL STAF TENAGA KESEHATAN LAINNYA

### Bagian Kesatu Maksud dan Tujuan

#### Pasal 85

- (1) Peraturan Internal Staf Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan aturan tentang tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme staf tenaga kesehatan lainnya di Rumah Sakit.
- (2) Peraturan Internal Staf Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dimaksudkan agar Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme Kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- (3) Peraturan Internal Staf Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertujuan untuk:
  - a. tercapainya kerjasama yang baik antara staf pemberi asuhan dan tidak dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili diantara staf tenaga kesehatan lainnya dengan Direktur;
  - b. tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi dibidang masing masing untuk kepentingan pasien;
  - c. terciptanya tanggung jawab staf tenaga kesehatan lainnya terhadap mutu pelayanan dan penunjang medis di Rumah Sakit; dan
  - d. untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang dilandasi semangat hanya staf tenaga kesehatan lainnya yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang dapat melakukan pelayanan dan penunjang medis di Rumah Sakit.

### Bagian Kedua Kewenangan Klinis

#### Pasal 86

- (1) Semua pelayanan dan penunjang medis hanya boleh dilakukan oleh staf tenaga kesehatan lainnya yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur.
- (2) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa surat Penugasan Klinis.
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya melalui Sub Komite Kredensial sesuai dengan prosedur penerimaan anggota staf tenaga kesehatan Lainnya.

- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota staf tenaga kesehatan lainnya untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Sub Komite Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

Bagian Ketiga  
Kewenangan Kerja

Pasal 87

- (1) Semua pelayanan dan penunjang hanya boleh dilakukan oleh staf tenaga kesehatan lainnya yang telah diberi Kewenangan Kerja oleh Direktur.
- (2) Kewenangan Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa surat penugasan kerja.
- (3) Kewenangan Kerja diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya melalui Sub Komite Kredensial sesuai dengan prosedur penerimaan anggota staf Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (4) Kewenangan Kerja diberikan kepada seorang anggota Staf Tenaga Kesehatan Lainnya untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Pemberian Kewenangan Kerja ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Sub Komite Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

Pasal 88

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis dan Kewenangan Kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 dan Pasal 87, yaitu:

- a. pendidikan memenuhi persyaratan, meliputi:
  - 1) lulus dari sekolah sesuai dengan pendidikan profesi apoteker, fisioterapi, gizi, kesehatan lingkungan, analisis kesehatan, psikologi klinis, bidan, perawat gigi dan mulut, penata anastesi, perekem medis dan informasi kesehatan, terapi wicara, fisikawan medik, elektromedik dan tenaga teknik kefarmasian yang terakreditasi; dan
  - 2) menyelesaikan program pendidikannya.
- b. perizinan (lisensi) memenuhi persyaratan, meliputi:
  - 1) memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
  - 2) memiliki ijin praktek dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu setempat yang masih berlaku.
- c. kegiatan penjagaan mutu profesi memenuhi persyaratan, meliputi:
  - 1) menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
  - 2) berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. kualifikasi personal memenuhi persyaratan, meliputi:
  - 1) riwayat disiplin dan etik profesi;
  - 2) keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;

- 3) keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
  - 4) riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
  - 5) memiliki asuransi proteksi profesi.
- e. pengalaman di bidang keprofesian memenuhi persyaratan, meliputi:
- 1) riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
  - 2) riwayat tuntutan tenaga kesehatan sesuai bidang profesinya atau klaim oleh pasien/klien selama menjalankan profesi.

#### Pasal 89

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dalam memberikan rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 ayat (3) dan Pasal 87 ayat (3), agar Kewenangan Klinis dan Kewenangan Kerja anggota staf Tenaga Kesehatan Lainnya dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Sub Komite Kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis dan Kewenangan Kerja ini dapat dipertimbangkan bila anggota staf tenaga kesehatan Lainnya tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan dan penunjang medis dan SPO yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi dan dari sudut hukum.
- (3) Sub Komite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota staf tenaga kesehatan lainnya setelah terlebih dahulu:
  - a. ketua kelompok staf tenaga kesehatan lainnya mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dan Kewenangan Kerja dari anggotanya kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
  - b. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya meneruskan permohonan tersebut kepada Sub Komite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi anggota staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan;
  - c. Sub Komite Kredensial berhak memanggil anggota staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan; dan
  - d. Sub Komite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

#### Pasal 90

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dan Kewenangan Kerja dilaksanakan oleh Direktur Rumah Sakit atas rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.

- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan apabila:
  - a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - b. adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; dan
  - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

#### Pasal 91

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dan Kewenangan Kerja dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dan Kewenangan Kerja dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis dan Surat Penugasan Kerja:
  - a. habis masa berlakunya; dan
  - b. dicabut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (2).

#### Bagian Keempat Penugasan Klinis

#### Pasal 92

- (1) Setiap staf tenaga kesehatan lainnya yang melakukan asuhan dan nonasuhan harus memiliki Surat Penugasan Klinis dari Direktur berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap staf tenaga kesehatan lainnya yang direkomendasikan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (2) Tanpa surat Penugasan Klinis maka seorang staf tenaga kesehatan lainnya tidak dapat melakukan pelayanan dan penunjang medis di Rumah Sakit.

#### Bagian Kelima Penugasan Kerja

#### Pasal 93

- (1) Setiap staf tenaga kesehatan lainnya yang melakukan asuhan dan nonasuhan harus memiliki Surat Penugasan Kerja dari Direktur berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap staf tenaga kesehatan lainnya yang direkomendasikan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (2) Tanpa surat penugasan kerja maka seorang staf tenaga kesehatan lainnya tidak dapat melakukan pelayanan dan penunjang medis di Rumah Sakit.

Bagian Keenam  
Peraturan Pelaksanaan  
Tata Kelola Klinis

Pasal 94

- (1) Dalam melaksanakan tata kelola klinis diperlukan peraturan pelaksanaan berupa aturan profesi bagi staf tenaga kesehatan lainnya di luar Peraturan Internal Staf Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (2) Aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan profesi dibidang masing-masing, meliputi:
  - a. pemberian pelayanan dan penunjang medis dengan standar profesi sesuai bidangnya, standar pelayanan, standar penunjang pelayanan dan SPO serta kebutuhan pasien; dan
  - b. kewajiban melakukan komunikasi efektif kepada tim tenaga kesehatan lainnya dengan disiplin yang sesuai.

Bagian Ketujuh  
Tata Cara Reviu dan Perbaikan  
Peraturan Internal Staf Tenaga Kesehatan lainnya

Pasal 95

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf tenaga Kesehatan Lainnya dapat dilakukan berdasarkan adanya perubahan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Waktu perubahan Peraturan Internal Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun.
- (3) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan oleh Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan dengan melibatkan seluruh staf tenaga kesehatan lainnya dan staf manajemen terkait melalui lokakarya dan terakhir disahkan oleh Direktur.

BAB XIII  
PENGELOLAAN LINGKUNGAN  
DAN LIMBAH RUMAH SAKIT

Pasal 96

- (1) Direktur melaksanakan pengelolaan menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan, dan keselamatan.
- (3) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), meliputi:
  - a. pengelolaan sampah; dan
  - b. limbah Rumah Sakit.

- (4) Tata laksana pengelolaan sampah sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dikumpulkan pada tempat pembuangan sementara di areal Rumah Sakit dan selanjutnya diangkut oleh petugas kebersihan ke depo tempat pembuangan sementara.
- (5) Pengelolaan limbah Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3), meliputi:
  - a. limbah medis;
  - b. limbah nonmedis; dan
  - c. limbah bahan berbahaya dan beracun.
- (6) Tata laksana pengelolaan limbah medis padat dan limbah bahan berbahaya dan beracun sebagaimana dimaksud pada ayat (5), dikelola melalui kerja sama dengan pihak ketiga yang telah memiliki izin pengelolaan limbah.
- (7) Tata laksana pengelolaan limbah medis cair melalui instalasi pengelolaan air limbah.
- (8) Tata laksana pengelolaan limbah nonmedis sebagaimana dimaksud pada ayat (5), dikelola melalui *septic tank*.

BAB XIV  
KEBIJAKAN, PEDOMAN,  
PANDUAN DAN PROSEDUR

Pasal 97

- (1) Kebijakan, Pedoman, Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman, Panduan dan selanjutnya Prosedur/SPO.
- (3) Reviu dan persetujuan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur secara keseluruhan dilakukan harmonisasi oleh Unit Substansi Hukum, Humas, dan Pemasaran pada Bagian Perencanaan dan Pengembangan sebelum diterbitkan oleh Wakil Direktur Administrasi Sumber Daya, Pendidikan dan Penelitian Rumah Sakit.
- (4) Reviu dan persetujuan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan dilakukan oleh Bidang Pelayanan Medik dan Bidang Pelayanan Keperawatan serta Wakil Direktur Pelayanan Rumah Sakit.
- (5) Reviu dan persetujuan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dalam bidang Penunjang oleh Bidang Penunjang Medik dan Bidang Penunjang Nonmedik serta Wakil Direktur Penunjang Rumah Sakit.
- (6) Proses dan frekuensi reviu serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan.
- (7) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada Unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Unit Substansi Tata Usaha, dan salinan yang berada di Unit pelaksana dikendalikan melalui salinan terkendali.

- (8) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit pelaksana secara berjenjang sesuai hirarkhi struktural.
- (9) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (10) Pengelolaan kebijakan, pedoman, panduan, dan prosedur yang berasal dari luar Rumah Sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan dokumen melalui catatan formulir *master list* dokumen eksternal.
- (11) Retensi dari kebijakan, pedoman, panduan, dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (12) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan *master list* yang dikelola oleh Unit Substansi Tata Usaha.

## BAB XV KERJASAMA ATAU KONTRAK

### Pasal 98

- (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, efektivitas, ekonomis, dan saling menguntungkan.
- (3) Prinsip saling menguntungkan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berbentuk finansial dan/atau nonfinansial.

### Pasal 99

- (1) Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (1), meliputi:
  - a. kerja sama operasional; dan
  - b. pemanfaatan barang milik daerah.
- (2) Kerja sama operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, dilakukan melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan mitra kerja sama dengan tidak menggunakan barang milik daerah.
- (3) Pemanfaatan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, dilakukan melalui pendayagunaan barang milik daerah dari/atau optimalisasi barang milik daerah dengan tidak mengubah status kepemilikan untuk memperoleh Pendapatan dan tidak mengurangi kualitas pelayanan umum yang menjadi kewajiban Rumah Sakit.
- (4) Pendapatan yang berasal dari pemanfaatan barang milik daerah yang sepenuhnya untuk menyelenggarakan tugas dan fungsi kegiatan Rumah Sakit merupakan Pendapatan Rumah Sakit.

- (5) Pemanfaatan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (6) Pelaksanaan kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dibuat dalam bentuk perjanjian kerja sama.

#### Pasal 100

- (1) Gubernur mendelegasikan wewenang penandatanganan perjanjian kerja sama dengan pihak lain kepada Direktur sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawabnya.
- (2) Perjanjian kerja sama dengan pihak lain yang melibatkan beberapa Pemimpin BLUD ditandatangani oleh Direktur dengan diketahui oleh Kepala Dinas.

#### Pasal 101

Tata cara kerja sama dilakukan dengan:

- (1) Direktur atau pihak lain dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama mengenai objek tertentu;
- (2) Dalam hal Direktur atau pihak lain sebagaimana dimaksud pada huruf a menerima, rencana kerja sama tersebut dilanjutkan dengan membuat perjanjian kerja sama sekurang-kurang memuat:
  - a. subjek kerja sama;
  - b. objek kerja sama;
  - c. ruang lingkup kerja sama;
  - d. hak dan kewajiban para pihak;
  - e. jangka waktu;
  - f. ketentuan umum kerja sama;
  - g. pengakhiran kerja sama,
  - h. penyelesaian perselisihan; dan
  - i. sanksi bagi pihak yang tidak memenuhi perjanjian.
- (3) Direktur dalam menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama dapat berkonsultasi kepada perangkat daerah terkait dan/atau dapat meminta pendapat serta saran dari para pakar/tenaga ahli;
- (4) Penyiapan rancangan perjanjian kerja sama di Rumah Sakit disusun oleh bidang/ bagian sesuai tugas pokok dan fungsi sebagai pemrakarsa yang selanjutnya diharmonisasi oleh bagian yang membidangi tugas koordinasi penyusunan perjanjian kerja sama, dan penyiapan rancangan perjanjian kerja sama yang melibatkan beberapa Rumah Sakit disusun oleh pemrakarsa yang selanjutnya diharmonisasi oleh Dinas.

BAB XVI  
PEMBINAAN, PENGAWASAN, EVALUASI  
DAN PENILAIAN KINERJA

Bagian Kesatu  
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 102

- (1) Gubernur melakukan pembinaan, pengawasan, evaluasi dan penilaian kinerja Rumah Sakit.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara teknis dilakukan oleh Dinas Kesehatan.
- (3) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terkait keuangan Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
- (4) Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara umum dilakukan oleh Inspektorat Provinsi.
- (5) Pengawasan operasional internal Rumah Sakit dilakukan oleh SPI sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur.
- (6) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), selain dilakukan oleh Gubernur, Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, dan Internal Auditor, juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

Bagian Kedua  
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 103

- (1) Visi dan misi Rumah Sakit dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi Rumah Sakit.
- (2) Reviu/perubahan visi dan misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (3) Reviu/perubahan visi dan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diajukan oleh Direktur kepada Gubernur sesuai hasil rapat Tim Evaluasi visi dan misi Rumah Sakit.
- (4) Visi dan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dengan Keputusan Gubernur dan dipublikasikan.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur dilaksanakan melalui penilaian prestasi kerja.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja Rumah Sakit dilakukan oleh Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan nonkeuangan.
- (7) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam Renstra bisnis dan RBA.
- (8) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit dilaporkan dalam bentuk laporan akuntabilitas kinerja instansi Pemerintah setiap tahun disampaikan kepada Gubernur melalui Inspektorat Provinsi.

BAB XVII  
TUNTUTAN HUKUM

Pasal 104

Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh sumber daya manusia kesehatan Rumah Sakit.

BAB XVIII  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 105

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, Peraturan Gubernur Bali Nomor 71 Tahun 2017 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Provinsi Bali (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2017 Nomor 71), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 106

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Denpasar  
pada tanggal 11 Juni 2025

GUBERNUR BALI,

ttd

WAYAN KOSTER

Diundangkan di Denpasar  
pada tanggal 11 Juni 2025

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI BALI,

ttd

DEWA MADE INDRA

BERITA DAERAH PROVINSI BALI TAHUN 2025 NOMOR 25

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum Setda Provinsi Bali



Ida Bagus Gede Sudarsana  
NIP. 19691010 199703 1 012



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSrE

