

BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON



NOMOR¹³⁵ TAHUN 2022

PERATURAN BUPATI CIREBON
NOMOR 135 TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) PADA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ARJAWINANGUN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI CIREBON,

- Menimbang : a. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakli pengelola rumah sakit, staf medis dan kelompok jabatan fungsional maka perlu menyusun peraturan internal rumah sakit (*Hospital By Laws*);
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) pada Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun;
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia tanggal 8 Agustus 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968 tentang pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2851);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan

- Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 5. Undang-Undang Nomor 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 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
 6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
 7. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
 8. 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);
 9. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
 10. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
 11. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);

12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1312);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2020 tentang Standar Kompetensi Teknis Pejabat Perangkat Daerah Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 451);
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
22. Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Cirebon (Lembaran Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2016 Nomor 12) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 1 Tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon

- Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Cirebon (Lembaran Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2021 Nomor 1);
23. Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 170 Tahun 2021 tentang Kebijakan Akuntansi Pemerintah Daerah (Berita Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2021 Nomor 170);
 24. Peraturan Bupati Cirebon Nomor 36 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Waled dan Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon (Berita Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2022 Nomor 36);
 25. Peraturan Bupati Cirebon Nomor 37 Tahun 2022 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah dan Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2022 Nomor 37);
 26. Keputusan Bupati Cirebon Nomor 061.1/Kep.52-org/2022 tentang Uraian Tugas Sub Koordinator Pada Rumah Sakit Umum Daerah Waled dan Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ARJAWINANGUN.

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Cirebon.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati beserta perangkat daerah dan unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Cirebon.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun Kabupaten Cirebon, yang organisasinya diatur dalam Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 36 Tahun 2022.
6. Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun adalah Pemerintah Kabupaten Cirebon.

7. Dewan Pengawas adalah Dewan Pengawas yang ditunjuk dan ditetapkan oleh Bupati Cirebon.
8. Direksi adalah pejabat struktural yang terdiri dari Direktur dan Wakil Direktur.
9. Direktur adalah jabatan struktural tertinggi di RSUD Arjawinangun yang bertanggung jawab atas pengelolaan RSUD Arjawinangun.
10. Wakil Direktur adalah pejabat struktural yang diangkat oleh Bupati Cirebon untuk membantu Direktur dalam mengelola rumah sakit sesuai dengan bidang tugasnya.
11. Pejabat pengelola BLUD adalah pimpinan BLUD RSUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri atas pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada BLUD.
12. Staf Direksi adalah Pejabat Struktural (Kepala Bagian/Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Sub Koordinator Fungsional) adalah pejabat di Rumah Sakit yang diangkat oleh Bupati Cirebon untuk membantu Direktur dalam mengelola rumah sakit sesuai dengan bidang tugasnya.
13. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis;
14. Peraturan Internal Korporasi (*corporate by laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik dan pengelola.
15. Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff by laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
16. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
17. Sub Komite adalah kelompok kerja dari Komite medik.
18. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis yang mempunyai penugasan klinis di RSUD Arjawinangun.

19. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah kumpulan staf medis dengan keahlian sama atau serupa.
20. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan pelayanan medis tertentu di RSUD Arjawinangun untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).
21. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan pelayanan medis di RSUD Arjawinangun berdasarkan daftar kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) yang telah ditetapkan.
22. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*Clinical Privilege*).
23. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
24. Audit medis adalah upaya evaluasi profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
25. Kompetensi adalah kemampuan profesional yang meliputi penguasaan ilmu pengetahuan, keterampilan dan nilai-nilai (*knowledge, skill dan attitude*) dalam melaksanakan tugas profesionalnya.
26. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit internal di Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun.
27. Rapat Rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
28. Rapat Tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas setiap tahun sekali.
29. Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas diluar jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan hal-hal yang dianggap khusus.
30. Dokter dan dokter gigi adalah dokter umum dan atau dokter spesialis serta dokter gigi dan atau dokter gigi

spesialis yang mendapatkan penugasan klinis dari Direktur untuk melakukan pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun.

31. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun.
32. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun, yaitu dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.

BAB II IDENTITAS

Bagian Kesatu

Nama, Kedudukan dan Kepemilikan Rumah Sakit

Pasal 2

- (1) Rumah Sakit ini bernama Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun yang selanjutnya disingkat RSUD Arjawinangun.
- (2) Tempat kedudukan di Jalan By Pass Palimanan-Jakarta KM 2 Nomor 1 Arjawinangun Kabupaten Cirebon Kode Pos 45162.
- (3) RSUD Arjawinangun ditetapkan oleh Peraturan Bupati Cirebon Nomor 36 Tahun 2022, dan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 03.05 /1/7873/2010 RSUD Arjawinangun ditetapkan menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B non Pendidikan.
- (4) Organisasi dan Tata Kerja RSUD Arjawinangun ditetapkan dengan Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Cirebon (Lembaran Daerah Kabupaten Cirebon tahun 2016 Nomor 16) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 1 Tahun 2021 Tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Cirebon (Lembaran Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2021 Nomor 1).
- (5) RSUD Arjawinangun adalah Rumah Sakit milik

Pemerintah Daerah Kabupaten Cirebon yang merupakan Unit Pelaksana Tekhnis Dinas Kesehatan yang menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum dipimpin oleh seorang Direktur.

- (6) Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun sebagai unit organisasi bersifat khusus memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang Kepegawaian.

Bagian Kedua

Visi, Misi, Nilai-Nilai, Falsafah, Motto Slogan, Tujuan, Strategi Dan Program

Paragraf 1

Visi dan Misi

Pasal 3

- (1) Visi Kabupaten Cirebon adalah “Terwujudnya Kabupaten Cirebon Berbudaya, Sejahtera, Agamis, Maju Dan Aman ”.
- (2) Misi Kabupaten Cirebon adalah :
 - a. Kabupaten Cirebon Berbudaya : Mewujudkan masyarakat Kabupaten Cirebon yang menjunjung tinggi dan melestarikan nilai-nilai budaya, tradisi dan adat istiadat;
 - b. Kabupaten Cirebon Sejahtera : Meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat, peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan, kesehatan dan ekonomi;
 - c. Kabupaten Cirebon Agamis : Meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat Kabupaten Cirebon yang senantiasa menerapkan nilai agama, budi pekerti, santun, dan beretika;
 - d. Kabupaten Cirebon Maju : Meningkatkan produktifitas masyarakat untuk lebih maju dan unggul sehingga menambah daya saing di pasar internasional, nasional dan regional, yang didukung oleh peningkatan kapasitas aparatur pemerintah daerah;
 - e. Kabupaten Cirebon Aman : Memelihara keamanan dan ketertiban umum untuk mewujudkan kondusifitas daerah guna mendukung terciptanya stabilitas nasional.
- (3) Rumusan Visi dan Misi RSUD Arjawinangun mengacu kepada Visi dan Misi Kabupaten Cirebon.
- (4) Visi dan misi RSUD dipublikasikan oleh Direktur melalui Penanggung Jawab yaitu sub koordinator

bagian hukum, hubungan masyarakat dan pemasaran.

Paragraf 2
Nilai-Nilai dan Falsafah

Pasal 4

- (1) Nilai-Nilai yang dianut Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun adalah “ Dalam pelayanan, pelanggan adalah hal utama”.
- (2) Falsafah Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun adalah “ Memberikan pelayanan dan tindakan dengan logika, mempertimbangkan dengan Nurani ”.

Paragraf 3
Motto dan Slogan

Pasal 5

- (1) Motto Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun “ Kesehatan Anda adalah Keutamaan Kami ”.
- (2) Slogan Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun adalah “ Melayani dengan Hati Nurani”.

Paragraf 4
Tujuan Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun

Pasal 6

Tujuan Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun :

- a. terwujudnya RSUD Arjawinangun sebagai penyedia layanan kesehatan individu yang menyenangkan bagi pengguna jasa dan penyedia jasa, dengan indikator terselenggaranya layanan yang cepat, tepat dan akurat;
- b. tersedianya sumber daya manusia yang berkualitas yang memiliki keterampilan dan pengetahuan sesuai bidangnya dan sesuai standar dan sikap perilaku yang santun dan menyenangkan;
- c. terwujudnya bangunan rumah sakit yang menarik dan menyenangkan;
- d. tersedianya peralatan yang medis yang canggih dan memadai;
- e. Tersusunnya sistem-sistem manajemen, pelayanan medis dan keperawatan;
- f. Terlaksananya peran aktif rumah sakit dalam menurunkan AKI/AKB dalam rangka mendukung peningkatan IPM dan pencapaian program MDG's.

Paragraf 5
Strategi Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun

Pasal 7

- Strategi Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun :
- a. mengoptimalkan pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Layanan Penunjang;
 - b. meningkatkan jumlah tenaga yang sesuai standar kompetensi dan legal formal (STR);
 - c. akreditasi Rumah Sakit

Paragraf 6
Program Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun

Pasal 8

Program-program indikatif Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun sebagai berikut :

- a. peningkatan upaya kesehatan masyarakat;
- b. pembinaan lingkungan sosial;
- c. peningkatan kapasitas Sumber Daya Aparatur;
- d. pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana RS/RS Jiwa/ RS Paru-paru/RS Mata;
- e. standarisasi Pelayanan Kesehatan;
- f. peningkatan disiplin aparatur;
- g. peningkatan sarana dan prasarana aparatur;
- h. peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak.

Bagian Ketiga
Logo RSUD Arjawinangun

Pasal 9

- (1) Logo Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun sebagai berikut:



- (2) Deskripsi logo sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah :

- a. Lingkaran Emas : RSUD Arjawinangun
melayani dan

- memuliakan semua golongan masyarakat terutama masyarakat menengah ke bawah.
- b. Palang Hijau : Lambang Pelayanan Kesehatan.
- c. Hati Yang Utuh : RSUD Arjawinangun melayani dengan hati nurani.
- d. Warna Putih : Lambang Kesucian dan Spiritualitas Landasan Spiritual menjadi dasar motivasi kerja seluruh Pegawai RSUD Arjawinangun.
- e. Lambang Lingkaran Emas ke depan dan ke atas : Menunjukkan RSUD Arjawinangun selalu siap dengan perubahan dan kemajuan

BAB III KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH DAERAH

Bagian Kesatu Kewenangan Pemerintah Daerah

Pasal 10

Kewenangan Pemilik RSUD Arjawinangun Kabupaten Cirebon :

- a. melakukan pembinaan teknis kepada BLUD-RSUD;
- b. membentuk tim penilai untuk meneliti dan menilai usulan penerapan, peningkatan, penurunan dan pencabutan status PPK-BLUD;
- c. mempertimbangkan hasil penilaian tim penilai, berwenang dalam hal penerapan, peningkatan, penurunan dan pencabutan status PPK-BLUD;
- d. mengangkat dan memberhentikan pejabat pengelola BLUD;
- e. mengangkat dan menetapkan Dewan Pengawas atas usulan Pimpinan BLUD
- f. memberhentikan Dewan Pengawas karena suatu hal sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku ;
- g. menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola, Hospital By laws dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit beserta perubahannya;
- h. menetapkan dan melakukan perubahan atas tarif layanan BLUD-RSUD dan menyampaikan kepada

- pimpinan DPRD untuk mendapatkan persetujuan;
- i. menetapkan dan memberikan arahan tentang Rencana Strategis Rumah Sakit melalui Sekretaris Daerah;
 - j. mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA)-BLUD melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) setelah disetujui oleh Dewan Pengawas;
 - k. mengesahkan DPA-BLUD melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD);
 - l. menandatangani Perjanjian Kinerja dengan Pimpinan BLUD ;
 - m. menetapkan Visi dan Misi Rumah Sakit;
 - n. mengalokasikan Sumber Daya (SDM dan Keuangan);
 - o. pengawasan mutu program pelayanan Rumah Sakit melalui Sekretaris Daerah;
 - p. memberikan persetujuan atas ketentuan pengadaan barang dan/atau jasa yang ditetapkan oleh pemimpin BLUD;
 - q. memberikan persetujuan melalui Sekretaris Daerah atas penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi BLUD;
 - r. dapat mengambil alih penagihan dan penghapusan piutang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - s. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

Bagian Kedua Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

Pasal 11

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas kelangsungan hidup, kelancaran dan perkembangan RSUD Arjawinangun.
- (2) Pemerintah Daerah ikut bertanggung jawab atas terjadinya defisit anggaran rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independent.
- (3) Pemerintah Daerah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

BAB IV DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Kedudukan, Fungsi, Tugas, Tanggung Jawab, Wewenang dan Kewajiban Dewan Pengawas

Paragraf 1 Kedudukan Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2 Fungsi Dewan Pengawas

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Paragraf 3 Tugas Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13, Dewan Pengawas bertugas :
 - 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 nasehat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibanya;
 - e. memberikan nasehat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibanya ; dan
 - f. memberikan pendapat dan saran kepada kepala daerah mengenai :

- 1) RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - 2) Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD;
 - 3) Kinerja BLUD.
- (2) Dewan Pengawas yang dibentuk pada Rumah Sakit yang menerapkan PPK BLUD, selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) juga melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada pemilik Rumah Sakit paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan pemilik Rumah Sakit.

Paragraf 4
Tanggung Jawab Dewan Pengawas

Pasal 15

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

hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

Paragraf 5
Kewajiban Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban :
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun dan memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah RSUD Arjawinangun;
 - c. melaporkan kepada Bupati tentang kinerja BLUD-RSUD Arjawinangun;
 - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah RSUD Arjawinangun;
 - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk menindaklanjuti oleh pejabat pengelola BLUD-RSUD; dan
 - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (2) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c disampaikan sebagai berikut :
 - a. laporan semester pertama paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah periode semester berakhir; dan
 - b. laporan semester kedua (tahunan) paling lambat 40 (empat puluh) hari setelah tahun anggaran berakhir.
- (3) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya memuat :
 - a. penilaian terhadap Renstra, RBA dan pelaksanaannya;
 - b. 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.
- (4) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, antara lain 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.
- (5) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan ayat (4) ditandatangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas.

Paragraf 6
Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 17

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit;

- g. dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim *Ad-hoc*.

Bagian Kedua
Keanggotaan, Susunan dan Persyaratan Dewan Pengawas

Paragraf 1
Keanggotaan

Pasal 18

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari unsur pemilik Rumah Sakit, organisasi profesi, asosiasi perumahsakit, dan tokoh masyarakat.
- (2) Unsur pemilik Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditunjuk oleh pemilik Rumah Sakit terdiri dari :
 - a. pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit;
 - b. pejabat dilingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah;
 - c. pejabat lain yang ditunjuk.
- (3) Unsur organisasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan organisasi profesi tenaga kesehatan.
- (4) Unsur asosiasi perumahsakit, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan asosiasi perumahsakit.
- (5) Unsur tokoh masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga ahli di bidang perumahsakit.
- (6) Ketentuan mengenai keanggotaan Dewan Pengawas bagi Rumah Sakit yang menerapkan PPK BLU/BLUD ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2
Susunan Keanggotaan

Pasal 19

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah maksimal 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (2) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur Rumah Sakit dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud

pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.

- (4) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (5) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) Tahun atau sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Paragraf 3 Persyaratan Anggota Dewan Pengawas

Pasal 20

Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan :

- a. sehat jasmani dan rohani;
- b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
- c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
- d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD;
- e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- f. berijazah paling rendah S-1 (strata satu);
- g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) Tahun;
- h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
- i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah, dan/atau calon anggota legislatif.

Bagian Ketiga
Pembentukan, Masa Jabatan, Pemberhentian dan
Penggantian Dewan Pengawas

Paragraf 1
Pembentukan Pengawas

Pasal 21

- (1) Dewan Pengawas pada Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah dibentuk oleh Bupati;
- (2) Pembentukan Dewan Pengawas hanya dapat dilakukan oleh BLUD yang memiliki realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) Tahun terakhir atau nilai aset menurut neraca 2 (dua) Tahun terakhir;
- (3) Dewan pengawas dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola;
- (4) Jumlah anggota Dewan Pengawas sebanyak 5 (lima) orang.

Paragraf 2
Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 22

Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) Tahun atau sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Paragraf 3
Pemberhentian Dewan Pengawas

Pasal 23

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- (2) Anggota Dewan Pengawas pada Rumah Sakit dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh pemilik Rumah Sakit.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti :
 - a. tidak 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.
- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh pemilik Rumah Sakit.

Paragraf 4
Penggantian Dewan Pengawas

Pasal 24

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (3), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 sampai dengan Pasal 22.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Bagian Keempat
Tata Kerja dan Pembiayaan Dewan Pengawas

Paragraf 1
Tata Kerja

Pasal 25

- (1) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari rapat rutin, rapat khusus dan rapat tahunan.
- (2) Rapat rutin seperti yang disebut pada ayat (1) adalah rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Komite yang ada serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di RSUD Arjawinangun.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Rapat khusus seperti yang disebut pada ayat (1) adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan

Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.

- (5) Rapat Tahunan seperti yang disebut pada ayat (1) adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
- (6) Undangan Rapat dibuat oleh sekretaris Dewan Pengawas dan disampaikan kepada peserta rapat.
- (7) Rapat Dewan Pengawas dihadiri oleh Ketua, Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dilaksanakan pada waktu dan tempat yang ditetapkan Dewan Pengawas.
- (8) Rapat Dewan Pengawas dapat dihadiri oleh pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas.
- (9) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (10) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 (dua per tiga) dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (11) Rapat Dewan Pengawas dipimpin oleh Ketua Dewan Pengawas.
- (12) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, rapat dipimpin oleh salah satu dari Anggota Dewan Pengawas.
- (13) Risalah rapat Dewan Pengawas dibuat oleh Sekretaris Dewan Pengawas dan menjadi tanggung jawab Ketua Dewan Pengawas. Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.
- (14) Pengambilan keputusan rapat diupayakan melalui musyawarah mufakat.
- (15) Dalam hal pengambilan keputusan tidak dapat diupayakan melalui musyawarah mufakat, maka dapat dilakukan dengan pemungutan suara dengan jumlah suara terbanyak.
- (16) Pemungutan suara dapat dilakukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
- (17) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau

pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal (*Hospital By laws/Statuta*) ini.

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

Paragraf 2 Pembiayaan

Pasal 26

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan sekretaris Dewan pengawas dibebankan pada BLUD dan dimuat dalam RBA.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bagian Kelima Peran Terhadap Kelompok Staf Medis

Pasal 27

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Kelompok Staf Medis fungsional (KSM) untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan Visi, Misi, Falsafah dan Tujuan Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun.
- (2) Peran terhadap Kelompok Staf Medis (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 Medis Rumah Sakit melalui Subkomite kredensial, Sub komite Mutu Profesi dan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

BAB V
PEJABAT PENGELOLA

Bagian Kesatu
Susunan Pejabat Pengelola

Pasal 28

- (1) Pejabat Pengelola BLUD RSUD adalah pimpinan Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional RSUD, terdiri dari :
 - a. Pemimpin yaitu Direktur;
 - b. Pejabat Keuangan yaitu Wakil Direktur Umum dan Keuangan; dan
 - c. Pejabat Teknis yaitu Wakil Direktur Pelayanan dan Pendidikan.
- (2) Pejabat pengelola BLUD RSUD diangkat dan ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (3) Pemimpin bertanggung jawab kepada Bupati.
- (4) Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Kedua
Tugas dan Fungsi Tanggung Jawab Pejabat Pengelola

Paragraf 1
Tugas Fungsi dan Tanggung Jawab Pemimpin

Pasal 29

- (1) Pemimpin yang dimaksud disini adalah Direktur dan mempunyai tugas :
 - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD agar lebih efisien dan produktivitas;
 - b. merumuskan penetapan kebijakan teknis BLUD serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh kepala daerah;
 - c. menyusun Renstra;
 - d. menyiapkan RBA;
 - e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada kepala daerah sesuai dengan ketentuan;
 - f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
 - g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan

BLUD yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada kepala daerah; dan

- h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Direktur dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan.
- (3) Direktur dalam menjalankan tugas dan fungsinya mempunyai tanggung jawab:
- a. mematuhi perundang-undangan yang berlaku;
 - 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, rencana strategis, dan anggaran kepada *representative* 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 IMP-RS;
 - h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien (PMKP) meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Representasi Pemilik/Dewan Pengawas;
 - i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Representasi Pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.

Paragraf 2

Pejabat Keuangan

Pasal 30

- (1) Pejabat Keuangan yang dimaksud disini adalah Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai

tugas :

- a. merumuskan kebijakan terkait pengelolaan keuangan;
 - b. mengoordinasikan penyusunan RBA;
 - c. menyiapkan DPA;
 - d. melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja;
 - e. menyelenggarakan pengelolaan kas;
 - f. melakukan pengelolaan utang, piutang, dan investasi;
 - g. menyusun kebijakan pengelolaan barang milik daerah yang berada dibawah penguasaannya;
 - h. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
 - i. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan; dan
 - j. tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab keuangan.

Paragraf 3 Pejabat Teknis

Pasal 31

- (1) Pejabat Teknis yang dimaksud disini adalah Wakil Direktur Pelayanan dan Pendidikan mempunyai tugas :
- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis operasional dan pelayanan dibidangnya;
 - b. melaksanakan kegiatan teknis operasional dan pelayanan sesuai dengan RBA;
 - c. memimpin dan mengendalikan kegiatan teknis operasional dan pelayanan dibidangnya; dan
 - d. tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Wakil Direktur Pelayanan dan Pendidikan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab kegiatan teknis operasional dan pelayanan dibidangnya.

Bagian Ketiga
Kompetensi dan Kualifikasi Pejabat Pengelola

Paragraf 1
Umum

Pasal 32

- (1) Pengangkatan dan penempatan pejabat pengelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1), ditetapkan berdasarkan kualifikasi dan standar kompetensi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh pejabat pengelola berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.

Paragraf 2
Kompetensi Direktur

Pasal 33

- (1) Direktur Rumah Sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumhaskitan.
- (2) Direktur Rumah Sakit telah mengikuti pelatihan perumhaskitan meliputi Kepemimpinan, Kewirausahaan, Rencana Strategis Bisnis, Rencana Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Tata kelola Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi Rumah Sakit, Pengelolaan Sumber Daya Manusia.
- (3) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) Tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural.
- (4) Mampu melaksanakan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit.
- (6) Memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Aparatur Sipil Negara.

Paragraf 3
Kompetensi Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Pasal 34

- (1) Wakil Direktur Umum dan Keuangan berlatar belakang pendidikan serendah-rendahnya Sarjana Strata 1 (satu) atau Sarjana Strata 2 (dua) Bidang Kesehatan atau lainnya.
- (2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan telah mengikuti Pendidikan dan Pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Rencana Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Sistem Rekrutment Pegawai, dan Sistem Remunerasi.
- (3) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama satu tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural.
- (4) Mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum, keuangan, administrasi, dan sumber daya Rumah Sakit.
- (5) Mampu melaksanakan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Berstatus Aparatur Sipil Negara dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Paragraf 4
Wakil Direktur Pelayanan dan Pendidikan

Pasal 35

- (1) Wakil Direktur Pelayanan dan Pendidikan berlatar belakang pendidikan tenaga medis dengan pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) bidang kesehatan.
- (2) Wakil Direktur Pelayanan dan Pendidikan telah mengikuti pelatihan perumahsakitannya meliputi Kepemimpinan, Kewirausahaan, Rencana Strategis Bisnis, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Tata kelola Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi Rumah Sakit, dan Pengelolaan Sumber Daya Manusia.
- (3) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) Tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural.
- (4) Wakil Direktur diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) Tahun di bidang

- elayanan Medis/kesehatan.
- (5) Mampu melaksanakan koordinasi dilingkup pelayanan Rumah Sakit.
 - (6) Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang professional.
 - (7) Berstatus Aparatur Sipil Negara dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

BAB VI STRUKTUR ORGANISASI

Bagian Kesatu Susunan Organisasi

Paragraf 1 Umum

Pasal 36

Susunan Organisasi RSUD Arjawinangun terdiri atas :

- a. Direktur;
- b. Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahi :
 1. Bagian Umum dan Kepegawaian, membawahi :
 - 1) Subbagian Tata Usaha dan Kepegawaian;
 - 2) Subbagian Perlengkapan dan Rumah Tangga;
 - 3) Kelompok Jabatan Fungsional;
 2. Bagian Perencanaan, Hukum dan Pengembangan, membawahi Kelompok Jabatan Fungsional;
 3. Bagian Keuangan, membawahi kelompok Jabatan Fungsional;
- c. Wakil Direktur Pelayanan dan Pendidikan, membawahi:
 1. Bidang Pelayanan Medis dan Pengendalian Mutu, membawahi Kelompok Jabatan Fungsional;
 2. Bidang Pelayanan Keperawatan dan Pengendalian Mutu, membawahi Kelompok Jabatan Fungsional;
 3. Bidang Pelayanan Penunjang dan Pendidikan, membawahi Kelompok Jabatan Fungsional;
- d. Instansi;
- e. Komite;
- f. Satuan Pemeriksaan Internal.

Bagian Kedua Tugas, Fungsi, Wewenang Dan Tanggung Jawab Unsur Organisasi

Pasal 37

Tugas, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Direktur, Wakil Direktur dan pejabat struktural serta

Sub Koordinator fungsional diatur dalam Peraturan mengenai Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Cirebon.

Bagian Ketiga
Pengangkatan, Pemindahan dan Pemberhentian Unsur
Organisasi

Pasal 38

- (1) Direktur mengusulkan penetapan persyaratan jabatan Struktural dengan mengacu kepada peraturan dan perundangan yang berlaku sesuai kebutuhan rumah sakit dalam menjalankan strateginya.
- (2) Direksi dan Staf Direksi diangkat, dipindahkan dan diberhentikan oleh Bupati.

Bagian Keempat
Koordinasi antar Direksi dan Pejabat Struktural

Pasal 39

- (1) Dalam menjalankan tugas-tugasnya maka :
 - a. Direktur dapat bertindak atas nama Pemilik Rumah Sakit berdasarkan kesepakatan bersama Wakil Direktur dan pejabat struktural lainnya;
 - b. Wakil Direktur berhak dan berwenang bertindak atas nama Rumah Sakit untuk masing-masing bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya berkordinasi dengan Wakil Direktur lainnya.
- (2) Dalam menjalankan tugas dan kewenangan Direktur dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada :
 - a. seorang atau beberapa Wakil Direktur;
 - b. seorang atau beberapa orang Pejabat Rumah Sakit, baik secara sendiri maupun bersama-sama; atau
- (3) Apabila Direktur, Wakil Direktur dan Pejabat Struktural RSUD berhalangan dalam menjalankan pekerjaannya atau apabila jabatan itu terluang dan penggantinya belum memangku jabatan, maka kekosongan jabatan tersebut diisi oleh Pejabat lainnya yang ditunjuk sementara oleh Bupati.
- (4) Dalam jangka waktu paling lambat 2 (dua) bulan terhitung sejak terjadinya keadaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3), Bupati dapat menunjuk

Pejabat yang baru untuk memangku jabatan yang terluang.

BAB VII
KOMITE DAN SATUAN PENGAWASAN INTERNAL

Bagian Kesatu
Komite

Paragraf 1
Umum

Pasal 40

- (1) Dalam mengawal mutu pelayanan di RSUD Arjawinangun maka perlu dibentuk Komite.
- (2) Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
- (3) Pembentukan komite di rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. Pembentukan komite-komite di RSUD Arjawinangun yaitu:
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan;
 - c. Komite Mutu Rumah Sakit;
 - d. Komite Etik dan Hukum;
 - e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
 - f. Komite Farmasi dan Terapi; dan
 - g. serta komite lainnya yang dibutuhkan oleh rumah sakit.
- (4) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (5) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (6) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2
Fungsi dan Wewenang Komite

Pasal 41

- (1) Tiap-tiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan tugas dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Pengaturan Komite selain Komite medik sebagaimana

dimaksud dalam Pasal 40 ayat (3) akan dijabarkan lebih lanjut dalam Bagian tersendiri tentang mekanisme pembentukan tugas, fungsi dan kewenangannya pada Buku Pedoman Pengorganisasian RSUD Arjawinangun.

Bagian Kedua
Satuan Pengawasan Internal

Pasal 42

- (1) SPI adalah satuan kerja fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan intern RSUD, meliputi pengawasan kegiatan operasional, pengelolaan, keuangan dan sumber daya RSUD.
- (2) SPI berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) SPI dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur untuk masa kerja 3 (tiga) Tahun.
- (4) SPI berkewajiban membuat laporan hasil pengawasan secara periodik kepada Direktur.
- (5) Ketua Satuan Pengawas Internal mempunyai tugas membantu pimpinan BLUD dalam pengawasan dan pengendalian internal untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis sehat.
- (6) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), ketua SPI mempunyai fungsi sebagai berikut:
 - a. pengawasan dan pengendalian operasional umum, keuangan dan sumber daya manusia;
 - b. pemantauan pelaksanaan tugas setiap unit kerja dan instalasi di lingkungan RSUD serta tindak lanjut Laporan Hasil Audit (LHA) pengawasan internal; dan
 - c. menindaklanjuti laporan penyimpangan ketentuan peraturan perundang-undangan dari dalam maupun masyarakat.
- (7) Ketua Satuan Pengawas Internal diangkat dari Pegawai Badan Layanan Umum Daerah yang memenuhi syarat dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

BAB VIII
RAPAT

Bagian Kesatu
Rapat Direksi

Pasal 43

- (1) Rapat Direksi adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan Pejabat Struktural untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Rapat Direksi diselenggarakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali.
- (3) Keputusan Rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.

Bagian Kedua
Rapat Direktur, Komite, Satuan Pengawas Internal

Pasal 44

Rapat Direktur, Komite, Satuan Pengawas Internal adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direktur untuk pertemuan dengan Komite Komite dan Satuan Pengawas Internal, guna membahas segala urusan terkait, termasuk keprofesian medis dalam hubungannya dengan Rumah Sakit.

Bagian Ketiga
Rapat Rutin

Pasal 45

Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadwal untuk membahas masalah pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan, monitoring dan evaluasi yang diselenggarakan baik oleh manajemen maupun oleh unit pelayanan.

Bagian Keempat
Rapat Khusus

Pasal 46

Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direktur diluar jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan terhadap hal-hal yang dianggap khusus.

BAB IX PROSEDUR KERJA

Bagian Kesatu Umum

Pasal 47

- (1) Hal-hal yang menjadi tugas pokok RSUD merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.
- (2) Kegiatan operasional untuk melaksanakan fungsi RSUD sebagai UPTD Pada Dinas Kesehatan yang bersifat khusus diselenggarakan oleh Bagian, Bidang, Sub Bagian, Sub koordinator Bidang/Bagian, Instalasi, Komite dan Kelompok Jabatan Fungsional menurut tugasnya masing-masing.
- (3) Direktur secara teknis bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (4) Direktur secara operasional mempunyai hubungan koordinasi dengan Dinas Kesehatan.
- (5) Setiap pimpinan unit kerja di lingkungan RSUD, dalam melaksanakan tugasnya wajib menetapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi.
- (6) Setiap pimpinan unit kerja di lingkungan RSUD, wajib memimpin dan memberikan bimbingan serta petunjuk pelaksanaan kepada bawahan.
- (7) Setiap pimpinan unit kerja wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk pelaksanaan dan bertanggung jawab kepada atasan serta menyampaikan laporan secara berkala.
- (8) Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan dari unit kerja, wajib dianalisa dan dipergunakan sebagai bahan pertimbangan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan.

Bagian Kedua Pelaporan

Pasal 48

- (1) Direktur wajib memberikan laporan pelaksanaan tugasnya secara tertulis, kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah dan Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Setiap pimpinan unit kerja di lingkungan RSUD wajib membuat laporan tepat pada waktunya.
- (3) Pengaturan mengenai jenis laporan dan cara

penyampiannya berpedoman pada ketentuan yang berlaku.

BAB X PENATAAN DOKUMEN

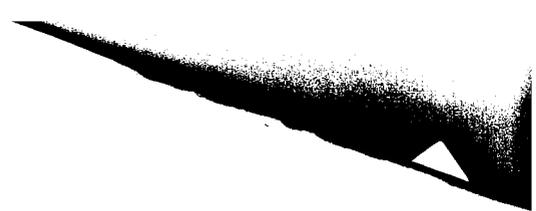
Pasal 49

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan rumah sakit diikuti dengan Pedoman/Panduan selanjutnya diatur dalam Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Kebijakan, pedoman /panduan dan prosedur di Rumah Sakit dilakukan *review* dan persetujuan oleh Wakil Direktur.
- (4) Proses dan frekuensi *review* 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 yang berlaku.
- (5) Pengendalian dokumen kebijakan, pedoman /panduan dan prosedur terkini, tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Sub Koordinator Hukum, Humas dan Pemasaran pada Bagian Perencanaan, Hukum dan Pengembangan.
- (6) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hierarki struktural;
- (7) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (8) 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;
- (9) 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;
- (10) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan *master list* yang dikelola oleh Sub Bagian Tata Usaha dan Kepegawaian.

BAB XI
KERJA SAMA/KONTRAK

Pasal 50

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat :
 - a. subjek kerja sama/kontrak;
 - b. objek kerja sama/kontrak;
 - c. ruang lingkup kerja sama/kontrak;
 - d. hak dan kewajiban para pihak;
 - e. jangka waktu kerja sama/kontrak;
 - f. pengakhiran kerja sama/kontrak;
 - g. keadaan memaksa;
 - h. penyelesaian perselisihan.
- (4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf para pejabat yang berwenang yaitu :
 - a. Kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang dibidang pelayanan sesuai *hierarki*;
 - b. Kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjenjang kepada pejabat berwenang dibidang Umum dan Keuangan sesuai *hierarki*;
- (5) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (6) Hasil kerja sama/kontrak berupa uang surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau non material harus menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (7) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dalam bentuk barang harus dicatat sebagai aset rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.



- (8) Evaluasi kerja sama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai *hierarki* pejabat yang berwenang.
- (9) Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasikan kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

BAB XII PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Bagian Kesatu Umum

Pasal 51

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

Bagian Kedua Pengangkatan, Perpindahan dan Pemberhentian Pegawai

Paragraf 1 Pengangkatan

Pasal 52

- (1) Pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun dapat berasal dari Aparatur Sipil Negara dan Non Aparatur Sipil Negara sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun yang berasal dari Non Aparatur Sipil Negara dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai RSUD Arjawinangun yang berasal dari Non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2 Perpindahan Pegawai

Pasal 53

- (1) Perpindahan pegawai Aparatur Sipil Negara dan Non Aparatur Sipil Negara di lingkungan rumah

sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.

- (2) Perpindahan dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
 - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
 - b. masa kerja di unit tertentu;
 - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - d. kegunaannya dalam menunjang karir;
 - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Paragraf 3 Pemberhentian Pegawai

Pasal 54

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus Aparatur Sipil Negara dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian Aparatur Sipil Negara.
- (2) Pemberhentian Non Aparatur Sipil Negara dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. meninggal dunia;
 - b. atas permintaan sendiri;
 - c. mencapai batas usia 58 (lima puluh delapan) Tahun;
 - d. perampingan organisasi Rumah Sakit;
 - e. tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban pegawai Non Aparatur Sipil Negara;
 - f. tidak tersedia anggaran untuk membayar gaji atau honor kepada pegawai Non Aparatur Sipil Negara;
 - g. melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan etik rumah sakit.

Bagian Ketiga Pengembangan SDM

Pasal 55

- (1) Untuk meningkatkan kemampuan dan profesionalisme SDM berbasis kompetensi, perlu dilakukan pengembangan SDM melalui pendidikan berkelanjutan dan pelatihan dalam bentuk pemberian tugas belajar/ izin belajar.
- (2) Direktur memberikan persetujuan pendidikan bagi para profesional kesehatan serta pelatihan di lingkungan RSUD Arjawinangun.
- (3) Pemberian tugas belajar dan izin belajar didasarkan pada peraturan perundangan yang berlaku.
- (4) Pengendalian, Pemantauan dan evaluasi

pelaksanaan ijin belajar dan atau tugas belajar dikoordinasi oleh Sub bagian Tata Usaha dan Kepegawaian dan Sub Koordinator Pengembangan Sumber Daya Manusia.

- (5) Pemantauan, pengendalian dan evaluasi pelaksanaan penelitian di RSUD Arjawinangun dilakukan koordinasi oleh Sub Koordinator Pendidikan Penelitian Pada Bidang Pelayanan Penunjang dan Pendidikan.
- (6) Dalam memberikan tugas belajar dan ijin belajar, RSUD Arjawinangun memberikan kesempatan yang sama bagi semua pegawai sesuai dengan bidang tugasnya.

BAB XIII PENDAPATAN DAN BIAYA RSUD

Bagian Kesatu Pendapatan

Pasal 56

- (1) Pendapatan RSUD berasal dari :
 - a. Jasa layanan;
 - b. Hibah;
 - c. Hasil Kerjasama dengan pihak lain;
 - d. APBD;
 - e. APBN; dan
 - f. Lain-lain pendapatan yang sah.
- (2) Penerimaan lain-lain, pendapatan yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f ditetapkan oleh Bupati.

Bagian Kedua Biaya

Pasal 57

- (1) Biaya RSUD merupakan biaya operasional dan biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup seluruh biaya yang menjadi beban RSUD dalam rangka menjalankan fungsi dan tugas.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup seluruh biaya yang menjadi beban RSUD dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.
- (4) Biaya RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan.

BAB XIV
PENATAUSAHAAN KEUANGAN RUMAH SAKIT

Pasal 58

- (1) Bupati menetapkan kebijakan penatausahaan keuangan RSUD.
- (2) Direktur sebagai Kuasa Pengguna Anggaran (KPA) adalah pejabat yang diberi kuasa oleh Pengguna Anggaran (PA) untuk melaksanakan sebagian kewenangan pengguna anggaran.
- (3) Pejabat Kuasa Pengguna Anggaran/Pengguna barang dalam melaksanakan program dan kegiatan menunjuk pejabat pada unit organisasi yang bersifat khusus selaku PPTK.
- (4) Penetapan kebijakan penatausahaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada kepala daerah.
- (5) Penatausahaan keuangan RSUD paling sedikit memuat:
 - a. pendapatan/biaya;
 - b. penerimaan/pengeluaran;
 - c. utang/piutang;
 - d. persediaan, aset tetap dan investasi; dan
 - e. ekuitas dana.
- (6) Penatausahaan keuangan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (5) didasarkan pada prinsip pengelolaan keuangan bisnis yang sehat.
- (7) Penatausahaan keuangan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan secara tertib, efektif, efisien, transparan dan dapat dipertanggungjawabkan.

BAB XV
PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

Bagian Kesatu
Perencanaan

Pasal 59

- (1) Rumah Sakit menyusun Rencana Strategis (Renstra) Bisnis Rumah Sakit.
- (2) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan rumah sakit.
- (3) Visi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa

depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan;

- (4) Misi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan rumah sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik;
- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) Tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul;
- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisa dan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja;
- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) Tahun;
- (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) Tahun.

Bagian Kedua Penganggaran

Pasal 60

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran tahunan yang berpedoman kepada renstra bisnis rumah sakit.
- (2) Penyusunan Renstra Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan sumber-sumber pendapatan rumah sakit lainnya.
- (3) Alokasi anggaran pada rencana bisnis dan anggaran tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas belanja tidak langsung dan belanja langsung.
- (4) Belanja tidak langsung sebagaimana dimaksud

- pada ayat (3) terdiri dari belanja pegawai meliputi gaji dan tunjangan-tunjangan.
- (5) Belanja langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri dari :
 - a. belanja pegawai;
 - b. belanja barang jasa dan belanja modal disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit berdasarkan asas kewajaran, kepatutan dan kehati-hatian.
 - (6) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), memuat :
 - a. kinerja tahunan berjalan;
 - b. asumsi makro dan mikro;
 - c. target kinerja;
 - d. analisis dan perkiraan biaya satuan
 - e. perkiraan harga;
 - f. anggaran pendapatan dan biaya;
 - g. besaran persentase ambang batas;
 - h. prognosa laporan keuangan;
 - i. perkiraan maju (*forward estimate*);
 - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
 - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah /Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
 - (7) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat 1, disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Bagian Ketiga Persetujuan

Pasal 61

- (1) Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 ayat (1) mendapat persetujuan dari Dewan Pengawas dan ditetapkan oleh Bupati selaku pemilik dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (1) mendapat persetujuan dari Dewan Pengawas dan mendapat pengesahan dari Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (3) Alokasi anggaran seperti yang dimaksud dalam Pasal 59 ayat (3) disusun dalam Rencana Kerja Anggaran dan Dokumen Pelaksanaan Anggaran

- (RKA-DPA).
- (4) RKA-DPA disetujui oleh Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) dan ditetapkan oleh PPKD.

BAB XVI AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN

Bagian Kesatu Akuntansi

Pasal 62

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan RSUD Arjawinangun harus dicatat dalam dokumen pendukungnya dikelola secara tertib.
- (3) RSUD Arjawinangun menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.
- (4) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.
- (5) RSUD Arjawinangun mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk Rumah Sakit.
- (6) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (7) Kebijakan akuntansi Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

Bagian Kedua Pelaporan dan Pertanggungjawaban

Pasal 63

- (1) Laporan keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun terdiri dari :
 - a. laporan neraca;

- b. laporan operasional;
 - c. laporan arus kas;
 - d. laporan realisasi anggaran; dan
 - e. catatan atas laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran rumah sakit.
 - (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa Pemerintah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
 - (4) Setiap Bulan RSUD Arjawinangun menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah melalui Dinas Kesehatan, paling lambat 6 (enam) hari setelah periode pelaporan berakhir.
 - (5) Setiap semester dan tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah melalui Dinas Kesehatan untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

BAB XVII
PEMBINAAN, PENGAWASAN, EVALUASI DAN
PENILAIAN KINERJA

Bagian Kesatu
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 64

- (1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (2) Pengawasan Operasional rumah sakit dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh Dinas Kesehatan, PPKD, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

Bagian Kedua
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 65

- (1) Kinerja RSUD Arjawinangun di evaluasi dan dinilai oleh Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan RSUD sebagaimana ditetapkan dalam rencana strategis serta rencana bisnis dan anggaran dan dilaporkan kepada Bupati sebagai pemilik Rumah Sakit.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja aspek keuangan diukur berdasarkan tingkat kemampuan RSUD dalam rentabilitas, likuiditas, solvabilitas dan kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Evaluasi dan kinerja aspek non keuangan diukur berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan pembelajaran dan pertumbuhan.
- (4) RSUD membuat dan menyampaikan laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Kinerja Pejabat Pengelola dievaluasi secara berkala pada setiap akhir tahun anggaran atau sewaktu-waktu apabila dibutuhkan oleh Dewan Pengawas dengan menggunakan kriteria penilaian yang umum berlaku dalam Rumah Sakit, Hasil penilaian kinerja dilaporkan kepada Pimpinan.
- (6) Penilaian kinerja terhadap Unit Kerja/ bidang/bagian dilakukan secara berjenjang setiap tahun dan dilakukan secara transparan

BAB XVIII
INFORMASI MEDIS

Pasal 66

- (1) Informasi didalam rekam medis bersifat rahasia yang wajib dilindungi dari pembocoran sesuai dengan kode etik kedokteran dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.
- (3) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur/Kepala Bidang pelayanan medis.
- (4) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai :

- a. keadaan kesehatan pasien;
 - b. rencana terapi dan alternatifnya;
 - c. manfaat dan risiko masing-masing alternatif tindakan;
 - d. prognosis; dan
 - e. kemungkinan komplikasi.
- (5) Informasi rekam medis hanya dikeluarkan dengan surat kuasa yang ditandatangani dan diberi tanggal oleh pasien (walinya jika pasien tersebut secara mental tidak kompeten) atau keluarga terdekat kecuali jika ada ketentuan lain dalam peraturan, Surat kuasa ditandatangani dan diberi tanggal oleh orang yang mengeluarkan rekam medis dan disimpan didalam berkas rekam medis tersebut.
- (6) Informasi didalam rekam medis boleh diperlihatkan kepada perwalian rumah sakit yang syah untuk melindungi kepentingan rumah sakit dalam hal-hal yang bersangkutan dengan pertanggungjawaban.

BAB XIX HAK DAN KEWAJIBAN

Bagian Kesatu Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 67

- (1) Hak-hak pasien yang dimaksud adalah hak-hak pasien sebagaimana yang terdapat didalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- (2) Hak pasien meliputi :
 - a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun;
 - 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 standar prosedur operasional;
 - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
 - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang 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 Izin Praktik (SIP) 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 sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) 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 Medisasi*/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 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 kedalam 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 *financial* atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit;
- k. melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter;
- 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 Ketiga
Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 68

- (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 sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
 - d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
 - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
 - g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun 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 Indera 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, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
 - g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di RSUD Arjawinangun 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 dan 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 dibidang 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 (*hospital by laws*);
 - 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 XX TUNTUTAN UMUM

Pasal 69

- (1) Dalam hal pegawai RSUD Arjawinangun dituntut berkaitan dengan hukum pidana, maka itu didasarkan pada tuntutannya.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka RSUD Arjawinangun bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau *Standar Prosedur Operasional* (SPO).
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka RSUD Arjawinangun tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan.

BAB XXI KELOMPOK STAF MEDIS

Bagian Kesatu Nama, Tujuan, dan Tanggung Jawab

Paragraf 1 Nama Kelompok Staf Medis

Pasal 70

- (1) Nama kelompok Dokter dan Dokter Spesialis serta Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis yang berhak memberikan pelayanan medis di rumah sakit ini adalah Kelompok Staf Medis (KSM) RSUD Arjawinangun.
- (2) Pengelompokan anggota KSM adalah berdasarkan keahlian dan atau spesialisasi yang ada di RSUD Arjawinangun
- (3) Untuk Kelompok Dokter Umum, masuk dalam KSM Dokter Umum dan untuk Kelompok Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis masuk dalam KSM Gigi dan Mulut.
- (4) Kelompok Staf Medis (KSM) beranggotakan minimal 2 (dua) orang staf medis yang memiliki spesialisasi yang sama.

- (5) Untuk Staf Medis yang berstatus sebagai dokter tamu masuk dalam KSM sesuai dengan spesialisasi yang dimiliki, sebagai anggota tidak tetap.

Paragraf 2
Tujuan

Pasal 71

Tujuan dari pengorganisasian Kelompok Staf Medis (KSM) adalah agar Staf Medis di RSUD Arjawinangun dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang profesional, berkualitas dan bertanggung jawab.

Paragraf 3
Tanggung Jawab

Pasal 72

Secara administratif manajerial, Kelompok Staf Medis (KSM) berada di bawah Direksi RSUD Arjawinangun.

Bagian Kedua
Tugas, Kewajiban dan Kewenangan Kelompok Staf Medis

Pasal 73

Kelompok Staf Medis (KSM) mempunyai tugas untuk melakukan pelayanan medis, penelitian pengembangan pelayanan medis sesuai dengan kemajuan ilmu kedokteran, meningkatkan keterampilan dan ilmu pengetahuan, serta memberikan pendidikan dan pelatihan kepada mahasiswa kedokteran dan tenaga kesehatan lain.

Pasal 74

- (1) KSM wajib menyusun Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis yang terdiri dari :
- a. Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis bidang keilmuan yang terdiri dari Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional;
 - b. Standar Prosedur Operasional bidang administrasi/manajerial yang meliputi pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, pengaturan tugas jaga, rawat intensif, pengaturan tugas di kamar operasi, kamar bersalin, dan lain sebagainya, pengaturan *visite/ronde*, pertemuan klinis, presentasi kasus

(kasus kematian, kasus langka, kasus sulit, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi dan lain-lain di bawah koordinasi Wakil Direktur Pelayanan.

- (2) KSM wajib menyusun indikator kinerja mutu klinis/mutu pelayanan medis yang meliputi indikator *output* atau *outcome*.

Pasal 75

Kelompok Staf Medis (KSM) berwenang:

- a. Memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota KSM baru dan penempatan ulang anggota KSM kepada Direktur melalui Ketua Komite Medik.
- b. Melakukan evaluasi kinerja anggota KSM di dalam kelompoknya dan bersama-sama dengan Komite Medik menentukan kompetensi dari anggota KSM tersebut.
- c. Melakukan evaluasi dan revisi (bila diperlukan) terhadap Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*), Standar Pelayanan Medis, Standar Prosedur Operasional tindakan medis bersama-sama dengan Komite Medik.

Pasal 76

- (1) Anggota KSM dikelompokkan ke dalam masing-masing Kelompok Staf Medis (KSM) sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (2) KSM yang ada di RSUD Arjawinangun, adalah:
 - a. KSM Anak;
 - b. KSM Kebidanan;
 - c. KSM Penyakit Dalam;
 - d. KSM Bedah;
 - e. KSM Syaraf dan Jiwa
 - f. KSM Mata;
 - g. KSM Radiologi;
 - h. KSM Anestesi;
 - i. KSM Gigi dan Mulut;
 - j. KSM Spesialis lain; dan
 - k. KSM Dokter Umum.
- (3) Susunan Kepengurusan KSM terdiri dari:
 - a. Ketua KSM merangkap anggota;
 - b. Anggota.
- (4) Masa bakti kepengurusan KSM adalah 3 (tiga) Tahun.

Pasal 77

- (1) Pemilihan Calon Ketua KSM dilakukan dalam rapat pleno KSM.
- (2) Ketua KSM dipilih oleh Direktur dari 2 (dua) orang

- calon yang diajukan dari hasil pleno KSM.
- (3) Dalam menentukan pilihan Ketua KSM, Direktur dapat meminta pendapat dari Komite Medik.

Pasal 78

Tugas Ketua KSM adalah mengoordinasikan semua kegiatan anggota KSM, menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja anggota KSM, dengan rincian tugas ketua KSM sebagai berikut :

- a. menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medis bidang administrasi/manajerial, untuk disetujui dan ditandatangani Direktur;
- b. menyusun indikator mutu klinis;
- c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

BAB XXII

PENERIMAAN, PENERIMAAN KEMBALI DAN PEMBERHENTIAN ANGGOTA KSM

Pasal 79

Anggota Kelompok Staf Medis RSUD Arjawinangun maksimal berusia 65 Tahun dan memenuhi syarat berdasarkan ketentuan yang berlaku di RSUD Arjawinangun.

Pasal 80

- (1) Prosedur penerimaan pegawai anggota KSM dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional Penerimaan Kelompok Staf Medis yang disusun oleh Wakil Direktur Umum dan Keuangan bersama-sama dengan Komite Medik.
- (2) Prosedur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
 - a. secara administratif, disusun oleh Wakil direktur Umum dan Keuangan.
 - b. secara profesi, disusun oleh Komite Medik.
- (3) Penerimaan dan penempatan Staf Medis di RSUD Arjawinangun adalah melalui Surat Keputusan Direktur RSUD Arjawinangun, dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medik.

Pasal 81

- (1) Prosedur penerimaan kembali anggota KSM, dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional penerimaan kembali Anggota Kelompok

Staf Medis yang disusun oleh Wakil Direktur Umum dan Keuangan serta Komite Medik.

- (2) Apabila seorang anggota KSM dengan alasan tertentu pindah/cuti di luar tanggungan negara sehingga tidak bisa menjalankan tugas sebagai anggota KSM, dapat diterima kembali sebagai anggota KSM.
- (3) Apabila yang bersangkutan akan kembali menjadi anggota KSM, maka yang bersangkutan diharuskan mengikuti prosedur yang berlaku.
- (4) Bagi anggota KSM yang pensiun bila ingin bekerja kembali di RSUD Arjawinangun, maka 1 (satu) bulan sebelum masa pensiun yang bersangkutan diharuskan untuk mengajukan permohonan untuk bekerja di RSUD Arjawinangun sebagai dokter tidak tetap.
- (5) Permohonan penempatan kembali/ulang dokter di RSUD Arjawinangun adalah melalui Surat Keputusan Direktur RSUD Arjawinangun, dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medik.

Pasal 82

Tenaga Medis anggota Kelompok Staf Medis (KSM) di RSUD Arjawinangun dinyatakan berhenti apabila:

- a. meninggal dunia;
- b. pensiun;
- c. pindah bertugas dari lingkungan RSUD Arjawinangun;
- d. tidak mematuhi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan peraturan kebijakan yang berlaku di RSUD Arjawinangun.

BAB XXII

KEANGGOTAAN KELOMPOK STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Syarat dan Kategori Keanggotaan Kelompok Staf Medis

Pasal 83

Syarat untuk menjadi anggota Kelompok Staf Medis (KSM):

- a. mempunyai Ijazah dari Fakultas Kedokteran/ Kedokteran Gigi Pemerintah/Swasta yang diakui Pemerintah dan memiliki Surat Penugasan bagi tenaga medis dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku dari Pejabat Yang Berwenang;
- b. memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di RSUD

- Arjawinangun;
- c. telah melalui proses Kredensial RSUD Arjawinangun yang dilaksanakan oleh Komite Medik;
 - d. memiliki Surat Keputusan Penugasan sebagai anggota KSM, berupa Penugasan Klinis dari Direktur RSUD Arjawinangun;
 - e. mengikuti program pengenalan tugas (pra tugas) bagi anggota baru di lingkungan kerja di RSUD Arjawinangun;
 - f. mengikuti ketentuan kepegawaian yang berlaku di RSUD Arjawinangun.

Pasal 84

- (1) Kategori keanggotaan KSM adalah:
 - a. anggota tetap KSM, yaitu dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang memberikan pelayanan di RSUD Arjawinangun;
 - b. anggota tidak tetap KSM, yaitu dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang berstatus dokter tamu atau dokter konsultan di RSUD Arjawinangun.
- (2) Masa berlaku keanggotaan adalah selama 3 (tiga) Tahun.

Bagian Kedua Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab Anggota KSM

Pasal 85

- (1) Tugas Anggota Kelompok Staf Medis:
 - a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan;
 - b. memberikan pelayanan Medis yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di RSUD Arjawinangun;
 - c. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
 - d. memberikan pendidikan dan pelatihan kepada peserta didik yang ada dalam program KSM dan Rumah Sakit;
 - e. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan;

- f. menyusun, mengumpulkan, menganalisis, dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.
- (2) Fungsi Anggota Kelompok Staf Medis adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
- (3) Wewenang masing-masing anggota Kelompok Staf Medis disusun oleh Ketua KSM dan kemudian disetujui dan dibuatkan rekomendasi oleh Komite Medik kepada Direktur RSUD Arjawinangun dan selanjutnya dibahas dalam rapat direksi untuk disahkan oleh Direktur.
- (4) Tanggung Jawab Anggota Kelompok Staf Medis
- a. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya;
 - b. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat jalan yang menjadi tanggung jawabnya saat pelayanan;
 - c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik, cq Sub Komite Kredensial kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di RSUD Arjawinangun;
 - d. melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif, melalui *peer review*, audit medis atau program *quality improvement*;
 - e. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik/Sub Komite Kredensial kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di RSUD Arjawinangun;
 - f. memberi kesempatan bagi para dokter untuk mengikuti "*Continuing Professional Development (CPD)*";
 - g. memberikan masukan kepada Direktur RSUD Arjawinangun melalui Ketua Komite Medik, mengenai hal-hal yang terkait dengan praktek kedokteran;
 - h. memberikan laporan kegiatan secara berkala setiap 3 (tiga) bulan melalui Ketua Komite Medik kepada Wakil Direktur Pelayanan;
 - i. membuat *Standar Prosedur Operasional (SPO)* dan melakukan perbaikan (*up-dating*) dokumen terkait lainnya secara berkala sesuai perkembangan.

Bagian Ketiga
Kewajiban dan Hak Anggota Kelompok Staf Medis

Pasal 86

- (1) Kewajiban Kelompok Staf Medis :
- a. mentaati seluruh peraturan dan perundang-undangan yang terkait dengan profesi kedokteran;
 - b. mentaati Peraturan Rumah Sakit dan Peraturan Internal Staf Medis;
 - c. melaksanakan tugas dengan penuh tanggung jawab;
 - d. mempunyai surat izin praktik di RSUD Arjawinangun;
 - e. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan Standar Prosedur Operasional;
 - f. mematuhi kebijakan RSUD Arjawinangun tentang penggunaan obat dan formularium rumah sakit, *Informed Consent*, dan rekam medis RSUD Arjawinangun;
 - g. merujuk pasien ke staf medis yang mempunyai keahlian yang lebih kompeten (yang sesuai dengan kewenangan klinis) apabila tidak mampu melakukan pemeriksaan dan atau pengobatan;
 - h. melakukan pertolongan darurat atas dasar kemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya;
 - i. meningkatkan pengetahuan dan kemampuannya secara terus menerus dengan ikut serta secara aktif dalam program pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan dan program-program pengembangan medis lainnya yang diatur KSM dan RSUD Arjawinangun;
 - j. membangun dan membina kerjasama tim yang baik dengan sesama sejawat anggota KSM, paramedis dan pegawai rumah sakit lain demi kelancaran pelayanan medis di Rumah Sakit;
 - k. bersedia ikut dalam Sub Komite dan Tim Klinis pada Komite Medik dan Komite serta Kepanitiaan di Rumah Sakit;
 - l. ikut dan aktif pada penelitian yang diprogram oleh KSM dan Rumah Sakit;
 - m. tidak melibatkan diri dalam kegiatan yang patut diduga dapat merugikan pasien dan rumah sakit.

- (2) Hak Kelompok Staf Medis :
 - a. menggunakan kewenangan klinis sesuai keahliannya di RSUD Arjawinangun;
 - b. mendapatkan gaji dan tunjangan lain, hak cuti serta hak lain sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. mendapatkan imbalan jasa pelayanan sesuai dengan "Peraturan Pemberian Jasa Pelayanan" di RSUD Arjawinangun;
 - d. memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas profesinya sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku;

BAB XXIV
KEWENANGAN KLINIS
(*Clinical Privilege*)

Pasal 87

- (1) Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical privilege*).
- (2) Tanpa kewenangan klinis, maka seorang tenaga medis tidak dapat menjadi anggota KSM dan bekerja di RSUD Arjawinangun.
- (3) Jenis kewenangan klinis lainnya yang berlaku di RSUD Arjawinangun, meliputi:
 - a. kewenangan klinis sementara (*temporary clinical privilege*);
 - b. kewenangan klinis dalam keadaan darurat (*emergency clinical privilege*); dan
 - c. kewenangan klinis bersyarat (*provisional clinical privilege*).
- (4) Lingkup kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk pelayanan medis tertentu diberikan dengan berpedoman pada buku putih (*white paper*) yang disusun oleh mitra bestari (*peer group*) profesi bersangkutan.
- (5) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas Rekomendasi Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial, setelah melalui Proses Kredensial yang dilakukan oleh Sub Komite Kredensial.
- (6) Dalam kondisi tertentu kewenangan klinis dapat didelegasikan kepada dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dokter/dokter gigi sesuai dengan

kompetensinya.

BAB XXV
DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN (DPJP)

Pasal 88

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pasien adalah seorang dokter yang sesuai kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap (paket) kepada satu pasien dengan satu patologi/penyakit, dari awal sampai dengan akhir perawatan di rumah sakit, baik pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
- (2) Regulasi tentang penunjukkan DPJP dan pelaksanaan tugasnya ditetapkan oleh Direktur RSUD Arjawinangun.

BAB XXVI
PENUGASAN KLINIS
(*Clinical Appointment*)

Pasal 89

- (1) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota KSM dengan suatu surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) Tahun.
- (2) Kewenangan Klinis anggota KSM berstatus dokter tamu dan/atau konsultan tamu diberikan dengan suatu surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 1 (satu) Tahun dan/atau sesuai kebutuhan pelayanan.
- (3) Pemberian Penugasan Klinis ulang (*Clinical Re-Appointment*) dapat diberikan setelah yang bersangkutan mengikuti prosedur *Re-Kredensial* dari Sub Komite Kredensial Komite Medik.
- (4) Pencabutan/pembatasan Kewenangan klinis yang tertuang dalam Surat Penugasan Klinis dilakukan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi Komite Medik.

BAB XXVII
KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu
Nama dan Struktur Organisasi

Pasal 90

- (1) Komite Medik adalah organisasi non struktural yang bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.
- (2) Susunan organisasi komite medik RSUD Arjawinangun terdiri dari :
 - a. ketua;
 - b. wakil ketua;
 - c. sekretaris;
 - d. bendahara; dan
 - e. subkomite
- (3) Subkomite didalam Komite Medik, terdiri atas :
 - a. Sub komite Kredensial;
 - b. Sub komite Mutu Profesi; dan
 - c. Sub komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (4) Tiap-tiap Sub komite bertanggung jawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.

Bagian Kedua
Pembentukan dan Pengangkatan Komite Medik

Pasal 91

- (1) Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata Kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Komite medik dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Arjawinangun.
- (3) Komite medik dipimpin satu orang ketua yang dipilih dari dan oleh anggota KSM dalam rapat yang dilaksanakan untuk itu, diangkat dan diberhentikan oleh Direktur, dengan masa jabatan selama 3 (tiga) Tahun.
- (4) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (5) Jangka waktu keanggotaan komite medik RSUD Arjawinangun adalah 3 (tiga) Tahun.

Pasal 92

- (1) Ketua komite medik ditetapkan oleh Direktur RSUD Arjawinangun, dengan mempertimbangkan usulan hasil pleno anggota komite medik.
- (2) Ketua komite medik dipilih oleh Direktur dari 3 (tiga) orang calon yang diajukan.
- (3) Dalam menentukan ketua komite medik, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.

Bagian Ketiga Tugas Fungsi dan Kewenangan Komite Medik

Pasal 93

- (1) Komite Medik mempunyai tugas :
 - a. komite medik melaksanakan tugas penapisan profesionalisme staf medis;
 - b. mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis, serta menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis;
 - c. membantu Direktur Menyusun standar pelayanan medis dan memantau pelaksanaannya;
 - d. melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi, dan mutu profesi;
 - e. mengatur kewenangan profesi antar kelompok staf medis;
 - f. membantu Direktur menyusun *medical staff by laws* dan memantau pelaksanaannya;
 - g. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan *medico-legal*;
 - h. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan *etiko-legal*;
 - i. melakukan koordinasi dengan Wakil Direktur Pelayanan dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas kelompok staf medis;
 - j. meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis;
 - k. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis;
 - l. memberikan laporan kegiatan kepada Direktur dan atau pemilik RSUD Arjawinangun.

- (2) Pelaksanaan tugas-tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan oleh Sub Komite-Sub Komite.

Pasal 94

- (1) Dalam upaya mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam pasal 92 ayat (1) huruf b dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1) kompetensi;
 - 2) kesehatan fisik dan mental;
 - 3) perilaku;
 - 4) etika profesi.
 - c. Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang akurat.
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;

- c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 95

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu; dan
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin;

Bagian Keempat Hubungan Komite medik dengan Direktur

Pasal 96

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Komite medik bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.

Bagian Kelima
Panitia Adhoc

Pasal 97

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh *panitia adhoc*.
- (2) *Panitia adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur RSUD Arjawinangun berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (3) *Panitia adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Bagian Keenam
Pendanaan

Pasal 98

- (1) Personalia komite medik berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan komite medik didanai dengan anggaran rumah sakit dengan ketentuan yang berlaku.

BAB XXVIII
RAPAT KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 99

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari Rapat Rutin dan Rapat Khusus.
- (2) Setiap hasil rapat dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan secara pantas kepada seluruh anggota komite medik, kecuali apabila yang bersangkutan berhalangan hadir maka harus menyatakan kesediaannya untuk menerima hasil rapat.

Bagian Kedua
Rapat Rutin Komite Medik

Pasal 100

- (1) Komite Medik menyelenggarakan rapat rutin setiap bulan 1 (satu) kali.
- (2) Rapat Rutin dihadiri oleh pengurus harian dan anggota.
- (3) Ketua dapat mengundang pihak lain apabila dianggap perlu.
- (4) Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan waktu, tempat dan agenda rapat kepada para anggota paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat dilaksanakan.

Bagian Ketiga
Rapat Khusus Komite Medik

Pasal 101

- (1) Rapat Khusus Komite Medik diselenggarakan apabila:
 - a. Ada permintaan Ketua Komite Medik untuk perihal yang memerlukan penetapan kebijakan Komite Medik dengan segera;
 - b. Ada permintaan yang diajukan oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Komite Medik dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya.
- (2) Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan waktu, tempat dan agenda rapat kepada para anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan.
- (3) Pemberitahuan rapat dengan menyebutkan agenda secara spesifik dan jelas, dan rapat hanya akan membicarakan agenda yang sudah direncanakan.

Bagian Keempat
Kuorum

Pasal 102

- (1) Kuorum diperlukan pada rapat untuk membuat keputusan kebijakan.
- (2) Kuorum tercapai bila rapat dihadiri oleh sekurang-kurangnya setengah ditambah satu dari peserta yang harus hadir untuk memberikan suara.
- (3) Dalam hal ini kuorum tidak tercapai, maka rapat ditunda selambat-lambatnya 1 (satu) jam, dan kemudian rapat dianggap sah.

Bagian Kelima
Pengambilan Keputusan Rapat

Pasal 103

Kecuali telah diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis ini, maka :

- a. Pengambilan keputusan rapat diupayakan dengan cara musyawarah mufakat.
- b. Apabila tidak tercapai kata mufakat, maka dilakukan pemungutan suara terbanyak (*voting*) dari peserta rapat.
- c. Apabila jumlah suara adalah sama, maka Ketua berwenang membuat keputusan.

Bagian Keenam
Tata Tertib Rapat

Pasal 104

- (1) Setiap anggota Komite Medik dan Wakil Direktur Pelayanan berhak mendapat undangan dan hadir.
- (2) Semua risalah rapat dicatat oleh sekretaris Komite Medik atau penggantinya yang ditunjuk.
- (3) Notulen rapat akan diberikan kepada semua peserta yang berhak hadir pada sebelum rapat berikutnya.
- (4) Notulen rapat harus ditandatangani oleh ketua, dan berlaku sebagai dokumen yang sah.
- (5) Laporan kegiatan Komite Medik akan disampaikan secara berkala kepada seluruh anggota Staf Medis setiap 3 (tiga) bulan.

BAB XXIX

SUBKOMITE KREDENSIAL

Pasal 105

- (1) Subkomite kredensial di rumah sakit terdiri atas 5 (lima) orang staf medis.
- (2) Pengorganisasian subkomite kredensial terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 106

Tugas dan wewenang sub komite kredensial adalah:

- a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis;

- b. melakukan pemeriksaan dan pengkajian :
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
- c. Mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/P3KGB) tenaga medis;
- d. mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
- e. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
- f. melakukan proses re-kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

Pasal 107

Proses kredensial yang dilakukan oleh sub komite kredensial meliputi elemen:

- a. kompetensi:
 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 2. kognitif;
 3. afektif;
 4. psikomotor.
- b. kompetensi fisik;
- c. kompetensi mental/perilaku;
- d. perilaku etis (*ethical standing*).

Pasal 108

- (1) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, objektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (2) Proses kredensial dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan bentukan dari Sub komite Kredensial dengan persetujuan Direktur .
- (3) Setelah dilakukannya proses kredensial maka komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
- (4) Kewenangan klinis sesuai ayat (3) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

Pasal 109

- (1) Sub komite kredensial melakukan rekredensial bagi

- setiap staf medis dalam hal:
- a. masa berlaku surat penugasan klinis (*clinicala pointment*) yang dimiliki oleh staf medis telah habis masa berlakunya;
 - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalain terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Dalam proses rekredensial sub komite kredensial dapat memberikan rekomendasi:
- a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (3) Sub komite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

BAB XXX SUB KOMITE MUTU PROFESI

Pasal 110

- (1) Sub komite mutu profesi di rumah sakit terdiri atas 5 (lima) orang staf medis.
- (2) Pengorganisasian sub komite mutu profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh Direktur dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 111

Tugas dan wewenang sub komite mutu profesi adalah :

- a. menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*), yang dilakukan dengan mengusulkan penetapan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
- b. melakukan audit medis;
- c. mengadakan pertemuan ilmiah internal Program

Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi tenaga medis;

- d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi tenaga medis rumah sakit;
- e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan;
- f. memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.

Pasal 112

- (1) Sub komite mutu profesi dalam menjaga mutu profesi medis dilakukan dengan pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui :
 - a. memantau kualitas, melalui *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading* ;
 - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, melalui pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pemantauan dan pengendalian mutu profesi diatur dalam petunjuk teknis yang ditetapkan oleh Direktur.

BAB XXXI

SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 113

- (1) Sub komite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas 5 (lima) orang staf medis.
- (2) Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 114

Tugas sub komite etika dan disiplin profesi :

- a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit;
- c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam

pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.

Pasal 115

Tolak ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:

- a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
- b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
- c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
- d. standar kompetensi kedokteran;
- e. kode etik kedokteran Indonesia;
- f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
- g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- h. pedoman pelayanan medik/klinik;
- i. standar prosedur operasional pelayanan medis.

Pasal 116

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua sub komite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari sub komite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan kepala/direktur rumah sakit atau kepala/direktur rumah sakit terlapor.
- (2) Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
- (3) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

BAB XXXII

PEMBINAAN PROFESIONALISME DAN ETIKA

Pasal 117

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dan kegiatan lain yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit

pendidikan dan latihan, komite medik, dan sebagainya.

Pasal 118

- (1) Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.
- (2) Sub komite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

BAB XXXIII PERUBAHAN DAN PENINJAUAN PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Pasal 119

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Peraturan Internal Rumah Sakit ditinjau kembali setiap 5 (lima) Tahun.
- (3) Setiap perubahan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit sebagai akibat peninjauan kembali atau sesuai dengan kebutuhan, sah bila telah disetujui dalam rapat pleno Direksi Rumah Sakit.
- (4) Perubahan dapat dilakukan, apabila ada permohonan secara tertulis dari salah satu Pihak yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, yaitu Dewan Pengawas, Direksi dan Komite Medik.
- (5) Usulan untuk merubah sebagaimana dimaksud pada ayat (2), hanya dapat dilaksanakan apabila ada pemberitahuan tertulis dari salah satu pihak kepada pihak lainnya, yang disampaikan paling lambat 3 (tiga) minggu sebelumnya.
- (6) Perubahan dilakukan dengan melakukan *addendum* Peraturan Internal staf medis Rumah Sakit ini.
- (7) *Addendum* sebagaimana dimaksud pada ayat (6), merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Rumah Sakit.

BAB XXXIV PAKTA INTEGRITAS

Pasal 120

- (1) Pakta Integritas adalah surat pernyataan yang berisi ikrar untuk mencegah dan tidak melakukan kolusi,

korupsi dan nepotisme dalam pelaksanaan tugas jabatan.

- (2) Setiap pejabat dilingkungan RSUD Arjawinangun berkewajiban menandatangani Pakta Integritas untuk menjamin loyalitas dan dedikasi terhadap rumah sakit.

BAB XXXV KETENTUAN PENUTUP

Pasal 121

Pada saat peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Cirebon Nomor 96 Tahun 2017 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Arjawinangun Kabupaten Cirebon (Berita Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2017 Nomor 96, Seri E.83), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 122

Peraturan pelaksanaan dari Peraturan Bupati ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang belum diganti dan tidak bertentangan dengan ketentuan dalam peraturan Bupati ini.

Pasal 123

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Sumber
pada tanggal 6 Oktober 2022

BUPATI CIREBON,

ttd

IMRON

Diundangkan di Sumber
pada tanggal 10 Oktober 2022
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,



HILMY RIVA'I