

**WALIKOTA MADIUN**

**SALINAN**

**PERATURAN WALIKOTA MADIUN**

**NOMOR 54 TAHUN 2020**

**TENTANG**

**TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MADIUN**

**WALIKOTA MADIUN,**

- Menimbang** :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan kualitas layanan kesehatan perlu disusun pedoman dalam rumah sakit yang mengatur penyelenggaraan rumah sakit yang baik sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat berjalan dengan efektif, efisien dan berkualitas;
  - b. bahwa dalam melaksanakan ketentuan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah maka setiap rumah sakit berkewajiban menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal rumah sakit;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota Madiun tentang Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun;
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
  2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
  3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
  4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019;
  5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015;

6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
7. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit;
11. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
12. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 971/MENKES/PER/XI/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan di Rumah Sakit;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*);
20. Peraturan Daerah Kota Madiun Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah;
21. Peraturan Daerah Kota Madiun Nomor 2 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyelenggaraan Badan Layanan Umum Daerah;

22. Peraturan Walikota Madiun Nomor 51 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Walikota Madiun Nomor 45 Tahun 2018;

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA MADIUN TENTANG TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MADIUN.**

**BAB I**

**KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Madiun.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Madiun.
3. Walikota adalah Walikota Madiun, yang dalam hal ini sebagai pemilik rumah sakit.
4. Representasi Pemilik adalah Dewan Pengawas, yaitu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit, bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakititan yang melibatkan unsur masyarakat.
5. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kota Madiun.
6. Pejabat Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat PPKD adalah Kepala Perangkat Daerah yang mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan APBD dan bertindak sebagai bendahara umum daerah.
7. Rumah Sakit Umum Daerah selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun, yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

8. Pejabat pengelola adalah pimpinan yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional yang terdiri atas Direktur, Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bidang Penunjang, Kepala Bidang Keuangan dan Kepala Bagian Tata Usaha.
9. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun.
10. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
11. Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun yang selanjutnya disebut Tata Kelola BLUD RSUD, merupakan Peraturan internal rumah sakit (*hospital bylaws*) yang terdiri dari :
  - a. Peraturan organisasi rumah sakit (*corporate bylaws*).
  - b. Peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*).
  - c. Peraturan internal staf keperawatan (*nursing staff bylaws*).yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
12. Peraturan organisasi rumah sakit (*corporate bylaws*) adalah peraturan yang mengatur tentang hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan dewan pengawas, pejabat pengelola, dan staf medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak masing-masing.
13. Peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.

14. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
15. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
16. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disebut SPI adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pemeriksaan, pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
17. Pegawai Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut Pegawai BLUD adalah Pegawai Negeri Sipil dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja yang diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.
18. Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja yang selanjutnya disingkat PPPK adalah warga Negara Indonesia yang memenuhi syarat tertentu, yang diangkat berdasarkan perjanjian kerja untuk jangka waktu tertentu dalam rangka melaksanakan tugas pemerintahan.
19. Rencana Strategis yang selanjutnya disebut Renstra adalah dokumen perencanaan BLUD untuk periode 5 (lima) tahunan.
20. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran SKPD.

21. Rencana Kinerja dan Anggaran SKPD yang selanjutnya disingkat RKA SKPD adalah dokumen perencanaan dari penganggaran yang berisi rencana pendapatan, rencana belanja program dan kegiatan SKPD serta rencana pembiayaan sebagai dasar penyusunan APBD.
22. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
23. Rekening Kas BLUD adalah tempat penyimpanan uang BLUD pada bank yang ditunjuk oleh Kepala Daerah.
24. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan dokter sub spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu yang mempunyai penugasan klinis di unit pelayanan Rumah Sakit.
25. Komite medis adalah unsur organisasi yang mempunyai tanggung jawab untuk menerapkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) serta bertanggungjawab kepada Direktur RSUD.
26. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan dokter sub spesialis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya atau kelompok profesi yang serumpun.
27. Komite Keperawatan adalah kelompok Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi perawat;
28. Sumber daya adalah SDM, sarana, prasarana, gedung dan jalan yang dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.
29. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).

30. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
31. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap Staf Medis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*).
32. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis kembali.
33. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
34. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) adalah dokter yang bertugas mengelola rangkaian tata kelola medis seorang pasien.
35. Dokter tetap (organik) adalah dokter yang diangkat dan ditetapkan oleh Direktur untuk sebagai pegawai tetap yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada Direktur.
36. Dokter konsultan adalah dokter yang karena reputasinya atau keahliannya ditunjuk oleh Rumah Sakit untuk memberi masukan terkait pelayanan (tidak bersifat mengikat) kepada Staf Medis Rumah Sakit yang memerlukan dan oleh karenanya tidak secara langsung menangani pasien.
37. Dokter tamu adalah dokter yang karena reputasinya atau keahliannya diundang secara khusus oleh Rumah Sakit untuk membantu atau menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani oleh staf medis rumah sakit atau mendemonstrasikan suatu teknologi baru.

**BAB II**  
**MAKSUD DAN TUJUAN**

**Pasal 2**

- (1) Maksud Tata Kelola BLUD RSUD merupakan peraturan internal rumah sakit yang mengatur mengenai peraturan organisasi rumah sakit, peraturan internal staf medis dan peraturan internal staf keperawatan.
- (2) Tujuan Tata Kelola BLUD RSUD yaitu dimilikinya suatu tatanan peraturan dasar yang mengatur pemilik rumah sakit atau yang mewakili, Direktur rumah sakit dan tenaga medis sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas.

**Pasal 3**

- (1) Tata Kelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 memuat:
  - a. kelembagaan;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi; dan
  - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Kelembagaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, memuat posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, hubungan kerja dan wewenang.
- (3) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, memuat ketentuan mengenai hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi.
- (4) Pengelompokan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, memuat pembagian fungsi pelayanan dan fungsi pendukung sesuai dengan prinsip pengendalian internal untuk efektivitas pencapaian.
- (5) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, memuat kebijakan mengenai pengelolaan sumber daya manusia yang berorientasi pada peningkatan pelayanan kepada masyarakat.



#### **Pasal 4**

- (1) Tata Kelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
  - a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. responsibilitas; dan
  - d. independensi.
- (2) Transparansi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (3) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak yang diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- (4) Responsibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta peraturan perundang-undangan.
- (5) Independensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

**BAB III**  
**PERATURAN ORGANISASI RUMAH SAKIT**  
**Bagian Kesatu**  
**Identitas Rumah Sakit**  
**Pasal 5**

- (1) Identitas Rumah Sakit adalah sebagai berikut:
- a. Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun atau disebut pula RSUD Kota Madiun;
  - b. Status Rumah Sakit : Badan Layanan Umum Daerah Penuh;
  - c. Kelas Rumah Sakit : Kelas C;
  - d. Hari jadi Rumah Sakit : 20 April 2004
  - e. Alamat Rumah Sakit : Jl. Campursari No.12B Madiun, Telp : (0351)481314, Fax : (0351)481314, Website : <http://www.rsud.madiunkota.go.id>, Email : rsudkotamadiun@gmail.com;
  - f. Logo RSUD menggunakan Logo Pemerintah Daerah;



Arti Logo Pemerintah Daerah:

1. Nama Daerah adalah Kota Madiun
2. Perisai sebagai dasar logo, dasar warna hijau tua, bermakna sebagai penjagaan dan perlindungan, dalam arti luas ialah pembinaan, keselamatan dan kesejahteraan penduduk dan pemerintahan;
3. Dua gunung dan sungai warna biru dan putih, langit cerah warna kuning serta tanah subur warna hijau muda, bermakna letak Kota Madiun di daerah yang subur, di antara Gunung Lawu dan Wilis dimana mengalir sungai Bengawan Madiun;

4. Fondamen terdiri atas 5 batu utama warna merah, bermakna dasar Pemerintah Daerah berdasarkan pada demokrasi yang bersendi Pancasila;
5. Tugu warna putih, bermakna persatuan dan pengabdian yang dijiwai semangat Proklamasi 17 Agustus 1945;
6. Keris Pusaka Tundung Madiun warna hitam, bermakna kejayaan, kepribadian dan sebagai penolak bahaya;
7. Padi dan Kapas warna kuning emas, setangkai padi terdiri atas 17 butir, setangkai kapas terdiri dari 8 bunga dan sembilan daun bermakna kemakmuran dan kesejahteraan sesuai dengan cita-cita Proklamasi 17 Agustus 1945.

Arti/makna keseluruhan logo daerah Kota Madiun adalah Pemerintah Daerah yang demokratis dengan penuh kesetiaan, keberanian dan kesucian, sebagai pelindung rakyat, mengabdikan dan berjuang atas dasar jiwa Proklamasi 17 Agustus 1945 menuju terciptanya masyarakat yang adil makmur dan sejahtera berdasarkan Pancasila.

## **Bagian Kedua**

### **Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, Nilai-nilai Dasar dan Maklumat Pelayanan**

#### **Pasal 6**

- (1) Visi rumah sakit adalah terwujudnya RSUD yang berkualitas dan menjadi pilihan masyarakat Daerah dan sekitarnya.
- (2) Misi rumah sakit adalah Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan.
- (3) Tujuan rumah sakit adalah meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit sesuai standar nasional.
- (4) Sasaran strategis:
  - a. meningkatnya Akuntabilitas RSUD;

- b. meningkatnya mutu pelayanan yang berkualitas dengan mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pelanggan.
- (5) Motto rumah sakit adalah berkualitas dan siap maju.
- (6) Nilai-nilai dasar Rumah Sakit:
- a. Komitmen : mengutamakan keselamatan pasien, meningkatkan kemampuan dan keterampilan, memelihara mutu pelayanan, senantiasa mentaati kode etik kedokteran dan asuhan keperawatan;
  - b. Keterbukaan : selalu melakukan evaluasi, menerima masukan, kritik, saran, menghormati nilai budaya, adat serta agama dari semua pelanggan.
  - c. Kepedulian : terhadap kemajuan di bidang kedokteran, terhadap individu, masyarakat, tulus, ikhlas, menjunjung tinggi dan mentaati kode etik.
- (7) Maklumat Pelayanan Rumah Sakit adalah sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai standar pelayanan yang telah ditetapkan.

### **Bagian Ketiga**

#### **Kedudukan, Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

##### **Pasal 7**

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur penunjang Pemerintah Daerah dalam rangka mendukung pelaksanaan tugas Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) Tugas Rumah Sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.
- (3) Dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi:
- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;

- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan rujukan sesuai kebutuhan medis;
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

#### **Bagian Keempat**

#### **Tanggung Jawab, Wewenang dan Tugas Pemilik**

#### **Pasal 8**

- (1) Pemilik mempunyai tanggung jawab, wewenang, dan tugas penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Tanggung jawab Pemilik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut :
  - a. menyediakan rumah sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat;
  - b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di rumah sakit bagi fakir miskin atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. membina dan mengawasi penyelenggaraan rumah sakit;
  - d. memberikan perlindungan kepada rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab;
  - e. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- f. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
  - g. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa;
  - h. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan
  - i. mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.
- (3) Wewenang Pemilik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut :
- a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit; dan
  - b. menunjuk atau menetapkan direktur rumah sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu Direktur dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
  - c. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, minimal setahun sekali;
  - d. menetapkan struktur organisasi rumah sakit;
  - e. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit;
  - f. menetapkan visi dan misi rumah sakit dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit serta mereview secara berkala misi rumah sakit;
  - g. menyetujui rencana strategis rumah sakit;
  - h. menyetujui diselenggarakannya pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut; dan
  - i. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;

- (4) Tugas Pemilik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut :
- a. memberikan arahan kebijakan rumah sakit;
  - b. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
  - c. mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;
  - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit dilaksanakan rumah sakit;
  - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan di rumah sakit; dan
  - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

**Bagian Kelima**

**Dewan Pengawas**

**Paragraf 1**

**Pembentukan Dewan Pengawas**

**Pasal 9**

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Walikota atas usulan Direktur rumah sakit.
- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (4) Jumlah anggota Dewan pengawas paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima ) orang.
- (5) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) untuk BLUD yang memiliki:
  - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp 30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp 100.000.0000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau

- b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp 150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).
- (6) Jumlah anggota dewan pengawas paling banyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) untuk BLUD yang memiliki:
- a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
  - b. Nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).

## **Paragraf 2**

### **Fungsi, Tugas dan Wewenang Dewan Pengawas**

#### **Pasal 10**

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* RSUD dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di RSUD.
- (2) Dewan Pengawas mempunyai tugas:
- a. memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit;
  - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
  - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
  - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
  - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
  - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
  - h. melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.



- (3) Dewan Pengawas dalam melaksanakan tugasnya mempunyai wewenang :
- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan RSUD dari Direktur RSUD;
  - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal RSUD dengan sepengetahuan Direktur RSUD dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
  - c. meminta penjelasan dari Direktur dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD dengan sepengetahuan Direktur RSUD sesuai dengan Peraturan Internal RSUD (*hospital bylaws*);
  - d. meminta penjelasan dari Komite atau Unit non struktural di RSUD terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal RSUD (*hospital bylaws*);
  - e. berkoordinasi dengan Direktur RSUD dalam menyusun Peraturan Internal RSUD (*hospital bylaws*) untuk ditetapkan oleh Walikota; dan
  - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSUD.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), kepada Walikota paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester dan sewaktu-waktu atas permintaan Walikota.

### **Paragraf 3**

#### **Keanggotaan Dewan Pengawas**

#### **Pasal 11**

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (5) terdiri atas unsur:
- a. 1 (satu) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan BLUD;

- b. 1 (satu) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
  - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (6) terdiri atas unsur:
- a. 2 (dua) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan BLUD
  - b. 2 (dua) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
  - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (3) Tenaga ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan ayat (2) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional, atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan BLUD.
- (4) Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, yang bersangkutan 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;
  - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2);
  - h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang 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.

#### **Paragraf 4**

#### **Masa Jabatan Dewan Pengawas**

#### **Pasal 12**

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Kepala Daerah karena:
  - a. meninggal dunia;
  - b. masa jabatan berakhir; atau
  - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena:
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
  - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
  - e. mengundurkan diri; dan
  - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau daerah.

#### **Paragraf 5**

#### **Sekretaris Dewan Pengawas**

#### **Pasal 13**

- (1) Kepala Daerah dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.

- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bukan merupakan Anggota Dewan Pengawas.
- (3) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun atau sesuai dengan Peraturan Internal (*hospital bylaws*) dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

### **Bagian Keenam**

#### **Struktur Organisasi Pengelola BLUD**

##### **Paragraf 1**

#### **Struktur Organisasi BLUD RSUD**

##### **Pasal 14**

Susunan organisasi BLUD RSUD terdiri dari:

1. Pemilik : Walikota;
2. Representasi Pemilik : Dewan Pengawas;
3. Pimpinan : Direktur;
4. Bagian Tata Usaha, membawahi:
  - a. Sub Bagian Umum;
  - b. Sub Bagian Perencanaan; dan
  - c. Sub Bagian Kepegawaian.
5. Bidang Keuangan, membawahi:
  - a. Seksi Perbendaharaan; dan
  - b. Seksi Mobilisasi Dana.
6. Bidang Pelayanan, membawahi:
  - a. Seksi Pelayanan Medis; dan
  - b. Seksi Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan.
7. Bidang Penunjang, membawahi:
  - a. Seksi Penunjang Medis; dan
  - b. Seksi Penunjang Nonmedis.
8. Satuan Pemeriksaan Internal;
9. Komite;
10. Kelompok Staf Medis;
11. Instalasi; dan
12. Unit Kerja.

**Paragraf 2**  
**Susunan Pejabat Pengelola**  
**Pasal 15**

Pejabat pengelola BLUD RSUD terdiri atas:

- a. pemimpin selanjutnya disebut Direktur;
- b. pejabat keuangan, selanjutnya disebut Kepala Bidang Keuangan; dan
- c. pejabat teknis, selanjutnya disebut Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang Pelayanan dan Kepala Bidang Penunjang.

**Paragraf 3**  
**Pengangkatan Pejabat Pengelola**  
**Pasal 16**

- (1) Pejabat pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.
- (2) Direktur bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Pejabat keuangan dan pejabat teknis bertanggung jawab kepada Direktur.

**Paragraf 4**  
**Kompetensi Menjadi Pejabat Pengelola BLUD**  
**Pasal 17**

Kompetensi Direktur sebagaimana dimaksud pada pasal 15 huruf a sebagai berikut:

- a. Direktur Rumah Sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitian.
- b. Direktur Rumah Sakit telah mengikuti pelatihan perumahsakitian meliputi Kepemimpinan, Kewirausahaan, Rencana Strategis Bisnis, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Tatakelola Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi Rumah Sakit, Pengelolaan Sumber Daya Manusia.

- c. Pelatihan sebagaimana dimaksud dalam huruf b harus dipenuhi sebelum atau paling lama satu tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural; dan
- d. Pengalaman jabatan Direktur diutamakan pernah memimpin Rumah Sakit Kelas D dan/atau pernah menjabat sebagai Kepala Bidang Rumah Sakit Kelas C paling singkat selama 1 (satu) tahun.

### **Pasal 18**

Kompetensi Kepala Bidang dan/atau Kepala Bagian sebagaimana dimaksud pada pasal 15 huruf b dan huruf c adalah:

- a. Kepala Bidang dan/atau Kepala Bagian berlatar belakang pendidikan paling sedikit Sarjana sesuai dengan bidang kerjanya;
- b. Kepala Bidang dan/atau Kepala Bagian telah mengikuti pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Sistem Rekrutment Pegawai, dan Sistem Remunerasi;
- c. Pelatihan sebagaimana dimaksud dalam huruf b harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural; dan
- d. Kepala Bidang dan/atau Kepala Bagian diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun sesuai dengan bidang tugasnya.

### **Paragraf 5**

#### **Pemberhentian Pejabat Pengelola**

### **Pasal 19**

Pejabat pengelola diberhentikan karena :

- a. meninggal dunia;
- b. memasuki usia pensiun;
- c. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang diancam dengan pidana penjara paling singkat 4 (empat) tahun;

- d. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- e. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- f. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan/atau
- g. promosi dan/atau mutasi jabatan.

### **Paragraf 6**

### **Tugas, Fungsi dan Kewenangan Pejabat Pengelola**

### **Pasal 20**

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud pada pasal 15 huruf a mempunyai tugas memimpin penyelenggaraan Rumah Sakit.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur mempunyai fungsi :
  - a. pengoordinasian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
  - b. penetapan kebijakan penyelenggaraan Rumah Sakit sesuai dengan kewenangannya;
  - c. penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit;
  - d. pembinaan, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
  - e. pelaksanaan evaluasi, pencatatan dan pelaporan; dan
  - f. pelaksanaan tugas lain yang bersifat kedinasan yang diberikan oleh Walikota;
- (3) Kewenangan Direktur:
  - a. mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait dengan rumah sakit;
  - b. menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan;
  - c. menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan;

- d. menetapkan regulasi rumah sakit, termasuk regulasi tentang pengaturan regulasi dan dokumen rumah sakit yang meliputi:
  - 1) pendokumentasian regulasi dengan dicetak dan atau digital;
  - 2) peninjauan dan persetujuan semua regulasi oleh pihak yang berwenang sebelum diterbitkan;
  - 3) proses peninjauan regulasi berkelanjutan yang ditetapkan waktunya sesuai peraturan perundang-undangan;
  - 4) pengendalian untuk memastikan bahwa hanya regulasi terbaru dan relevan yang tersedia;
  - 5) bagaimana mengidentifikasi adanya perubahan dalam regulasi;
  - 6) pemeliharaan identitas dan keterbacaan regulasi jelas, singkat dan tidak menimbulkan persepsi ganda;
  - 7) proses pengelolaan regulasi yang berasal dari luar rumah sakit;
  - 8) proses rentensi regulasi yang sudah tidak terpakai sesuai peraturan perundang-undangan; dan
  - 9) identifikasi dan pelacakan semua dokumen yang beredar.
- e. menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
- f. menindaklanjuti semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
- g. menetapkan proses untuk mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai peraturan perundang-undangan.
- h. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di Rumah Sakit;
- i. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen manakala diperlukan;
- j. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;



- k. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- l. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
- m. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola di bawah Direktur;
- n. mengusulkan Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit dan Rencana Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien kepada Walikota;
- o. menjadi Pengguna Anggaran bagi Direktur yang berasal dari PNS.

### **Pasal 21**

- (1) Kepala Bidang Keuangan sebagaimana dimaksud pada pasal 15 huruf b mempunyai tugas menyelenggarakan penyusunan anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit, melaksanakan kegiatan mobilisasi dana, perbendaharaan serta pengawasan dan pengendalian kegiatan anggaran keuangan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kepala Bidang Keuangan mempunyai fungsi :
  - a. penyusunan perencanaan program kerja dan evaluasi pelaksanaan tugas-tugas pada Bidang Keuangan;
  - b. pelaksanaan penyusunan anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit;
  - c. pelaksanaan kegiatan mobilisasi dana;
  - d. pelaksanaan kegiatan perbendaharaan;
  - e. pelaksanaan akuntansi dan verifikasi pendapatan dan belanja rumah sakit;
  - f. pelaksanaan pengawasan dan pengendalian kegiatan anggaran keuangan; dan
  - g. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

## **Pasal 22**

- (1) Kepala Bagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud pada pasal 15 huruf c mempunyai tugas melaksanakan kebijakan pelayanan administrasi kepada semua unsur di lingkungan rumah sakit meliputi pengelolaan dan pengawasan administrasi umum, perencanaan, sistem informasi manajemen, kepegawaian dan rumah tangga.
- (2) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai fungsi:
  - a. penyusunan perencanaan program kerja dan evaluasi pelaksanaan tugas-tugas pada Bagian Tata Usaha;
  - b. pengordinasian penyusunan program dan penyelenggaraan tugas-tugas bidang secara terpadu dan tugas pelayanan administratif;
  - c. pengelolaan administrasi umum dan rumah tangga;
  - d. pengelolaan administrasi kepegawaian di lingkungan RSUD;
  - e. penyusunan rencana program, pelaksanaan/pengadaan serta pengelolaan data inventarisasi sarana dan prasarana (aset) di Lingkungan RSUD;
  - f. pengelolaan, pengoordinasian, pemeliharaan, penyajian data dan teknologi informasi; dan
  - g. pelaksanaan tugas lain yang bersifat kedinasan yang diberikan oleh Direktur.

## **Pasal 23**

- (1) Kepala Bagian Pelayanan sebagaimana dimaksud pada pasal 15 huruf c mempunyai tugas menyusun dan melayani kebutuhan pelaksanaan pelayanan medis, pelayanan keperawatan dan kebidanan serta petunjuk pelaksanaan kerja tenaga medis, keperawatan dan kebidanan, melaksanakan pemantauan, pengawasan penggunaan fasilitas dan kegiatan pelayanan serta melaksanakan pengawasan, pengendalian penerimaan dan pemulangan pasien.

- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1), Kepala Bidang Pelayanan mempunyai fungsi:
- a. penyusunan perencanaan program kerja dan evaluasi pelaksanaan tugas-tugas pada Bidang Pelayanan;
  - b. perencanaan dan pengoordinasian kebutuhan fasilitas pelayanan serta petunjuk pelaksanaan kerja bagi tenaga medis keperawatan;
  - c. pemantauan dan pengawasan penggunaan fasilitas kegiatan pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan;
  - d. pemantauan, pengawasan dan evaluasi kegiatan pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan;
  - e. pengawasan, pengendalian, penerimaan dan pemulangan pasien;
  - f. pembinaan dan pengembangan pelayanan medis di lingkungan RSUD;
  - g. pengoordinasian dan kerja sama dengan Kelompok Staf Medis (KSM);
  - h. pengoordinasian, pengawasan dan pengendalian program pengadaan kebutuhan peralatan kesehatan;
  - i. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan;
  - j. pemantauan, pengawasan, dan evaluasi sistematis dalam pencatatan medik RSUD;
  - k. perencanaan program dan pelaksanaan/ pengadaan peralatan kesehatan; dan
  - l. pelaksanaan tugas lain yang bersifat kedinasan yang diberikan oleh Direktur.

#### **Pasal 24**

- (1) Kepala Bagian Penunjang sebagaimana dimaksud pada pasal 15 huruf c mempunyai tugas mengoordinasikan kebutuhan pelayanan penunjang medis maupun non medis, melaksanakan pengadaan dan pengawasan penggunaan fasilitas pelayanan penunjang medis maupun non medis, serta melakukan pengendalian pelayanan penunjang medis dan non medis.

- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bidang Penunjang mempunyai fungsi:
- a. penyusunan perencanaan program kerja dan evaluasi pelaksanaan tugas-tugas pada Bidang Penunjang;
  - b. pelaksanaan pengoordinasian kebutuhan pelayanan penunjang medis dan non medis;
  - c. pelaksanaan pemantauan dan pengawasan penggunaan peralatan penunjang medis dan non medis;
  - d. pelaksanaan pengendalian pelayanan kegiatan penunjang medis dan non medis;
  - e. pengoordinasian, pemantauan dan pengawasan kegiatan pelayanan farmasi, laboratorium, radiologi, *Central Steril Supply of Department (CSSD)*, bank darah rumah sakit, gizi klinis, unit *laundry*, dan penyuluhan/promosi kesehatan rumah sakit (PKRS);
  - f. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di bidang penunjang medis dan non medis;
  - g. pelaksanaan pemeliharaan sarana prasarana (IPS RS) dan penyelenggaraan kesehatan lingkungan; dan
  - h. pelaksanaan tugas lain yang bersifat kedinasan yang diberikan oleh Direktur.

### **Pasal 25**

Wewenang Kepala Bidang/Bagian sebagaimana dimaksud pada pasal 15 huruf b dan huruf c adalah sebagai berikut:

- a. melakukan akses terhadap semua dokumen dan pencatatan untuk mendapatkan data dan informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan tugas;
- b. memberikan petunjuk dan bimbingan pelaksanaan tugas kepada jajaran di bawahnya;
- c. mengawasi, mengendalikan dan menilai pendayagunaan tenaga di bidang/ bagian masing-masing;
- d. menandatangani surat dan dokumen yang ditetapkan menjadi wewenangnya; dan
- e. menghadiri rapat berkala dengan Kepala Unit/ Kepala Seksi/ Kepala Bidang/ Bagian lain dan Direktur rumah sakit untuk kelancaran pelaksanaan tugas.

**Paragraf 7**  
**Evaluasi Kinerja Direktur**  
**Pasal 26**

- (1) Evaluasi Direktur berdasarkan pencapaian kinerja dan mutu Rumah Sakit berdasarkan Rencana Bisnis Anggaran (RBA);
- (2) Evaluasi kinerja Direktur terdiri dari pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu non keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP);
- (3) Evaluasi kinerja Direktur dinilai oleh Walikota yang di delegasikan kepada Sekretaris Daerah dalam 1 (satu) tahun sekali.

**Bagian Ketujuh**  
**Organisasi dan Tata Kerja Pelaksana**  
**Paragraf 1**  
**Instalasi dan Unit Kerja**  
**Pasal 27**

- (1) Untuk tersedianya fasilitas dan terselenggaranya kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian serta pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelaksana non struktural.
- (2) Pembentukan Instalasi dan Unit Kerja ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi dan Unit Kerja dipimpin oleh seorang kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur serta bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi, dan/atau Kepala Sub Bagian terkait.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang/bagian terkait.

- (5) Dalam melaksanakan tugasnya kepala Instalasi dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional dan/atau tenaga non medis, baik Aparatur Sipil Negara maupun non Aparatur Sipil Negara pada BLUD.
- (6) Khusus Instalasi Rawat Inap karena memiliki rentang kendali tugas cukup luas dapat membentuk ruangan keperawatan yang dikepalai oleh seorang Kepala Ruangan.
- (7) Pembentukan dan perubahan Instalasi dan Unit Kerja didasarkan atas analisis organisasi dengan mengingat sumber daya yang tersedia di Rumah Sakit, meliputi sumber daya manusia, sarana prasarana dan memperhatikan kebutuhan masyarakat.

## **Paragraf 2**

### **Komite**

#### **Pasal 28**

Untuk menunjang pengelolaan kegiatan pelayanan rumah sakit, Direktur membentuk komite yang diperlukan dalam meningkatkan pelayanan rumah sakit.

#### **Pasal 29**

Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 terdiri atas:

- a. Komite Medik;
- b. Komite Keperawatan;
- c. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- d. Komite Etik dan Hukum;
- e. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien;
- f. Komite Pencegahan dan Pengendalian Resistensi Antimikroba;
- g. Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- h. Komite Etik Penelitian Kesehatan;
- i. Komite Koordinasi Pendidikan; dan
- j. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

#### **Pasal 30**

Setiap Komite dipimpin oleh seorang ketua yang berada dan bertanggung jawab kepada Direktur.

### **Pasal 31**

Setiap Komite mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan, standar profesi, memantau pelaksanaan standar profesi, melaksanakan pembinaan etika profesi dan memberikan saran pertimbangan dalam pengembangan pelayanan profesi.

### **Pasal 32**

Dalam melaksanakan tugas komite dapat membentuk sub komite dan/atau Panitia yang merupakan kelompok kerja tertentu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

### **Pasal 33**

Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 adalah kelompok kerja yang sifatnya *ad hoc* dibentuk oleh Direktur dalam rangka menyelesaikan/memecahkan masalah di lingkungan RSUD.

### **Paragraf 3**

#### **Kelompok Staf Medik**

### **Pasal 34**

- (1) Kelompok Staf Medik yaitu kelompok dokter dan dokter gigi yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
- (2) Kelompok Staf Medik mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan berdasarkan kaidah-kaidah keselamatan pasien (*patient safety*) dan melakukan evaluasi terhadap panduan praktik klinik/ alur klinik (*clinical pathway*)/ protokol klinis/*standing order*.

- (3) Panduan praktik klinik/alur klinik (*clinical pathway*)/protokol klinis/*standing order* sebagaimana dimaksud pada ayat 2 harus memenuhi kriteria:
  - a. sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi rumah sakit;
  - b. disesuaikan dengan teknologi, obat, sumber daya lain di rumah sakit atau norma profesional yang berlaku secara nasional;
  - c. dilakukan assesment terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang;
  - d. disetujui resmi atau digunakan oleh rumah sakit;
  - e. dilaksanakan dan diukur terhadap efektivitasnya;
  - f. dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman dan *pathways*; dan
  - g. secara berkala diperbaharui berdasar bukti dan evaluasi dari proses dan hasil proses.
- (4) Dalam melaksanakan tugas Kelompok Staf Medik dikelompokkan berdasarkan keahlian dan banyaknya sumber daya yang tersedia;
- (5) Kelompok Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggota kelompoknya untuk masa bakti tertentu.

#### **Paragraf 4**

#### **Tata Kerja**

#### **Pasal 35**

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan yang ditetapkan di lingkungan RSUD wajib menerapkan:
  - a. prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi sesuai tugas masing-masing;
  - b. langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - c. mengawasi bawahan; dan
  - d. prosedur kerja baku berupa *Standart Operating Procedure* berdasarkan kaidah-kaidah keselamatan pasien (*patient safety*) menurut ketentuan akreditasi rumah sakit.



- (2) Prinsip prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d sebagai berikut:
- a. jelas arah kebijakannya;
  - b. mengutamakan kepentingan dan keselamatan pengguna jasa pelayanan kesehatan;
  - c. konsisten;
  - d. sesuai dengan falsafah dan tujuan;
  - e. jelas pelaksanaannya;
  - f. jelas tanggung jawabnya; dan
  - g. senantiasa dilaksanakan evaluasi mutu dan kinerja.

### **Bagian Kedelapan**

#### **Satuan Pemeriksaan Internal**

##### **Pasal 36**

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal dibentuk oleh Direktur untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal merupakan pengawas internal yang berkedudukan langsung di bawah Direktur.
- (3) Pembentukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan mempertimbangkan:
  - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
  - b. kompleksitas manajemen; dan
  - c. volume dan/ atau jangkauan pelayanan.
- (4) Satuan Pemeriksaan Internal dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

##### **Pasal 37**

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal bersama-sama jajaran manajemen BLUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal BLUD.

- (2) Tugas Satuan Pemeriksaan Internal membantu manajemen BLUD dalam hal:
  - a. pengamanan harta kekayaan;
  - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
  - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas;
  - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktik bisnis yang sehat; dan
  - e. melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit;
- (3) Fungsi Satuan Pemeriksaan Internal adalah:
  - a. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen resiko di unit kerja rumah sakit;
  - b. penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan dan pemantauan efektivitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan serta administrasi umum dan keuangan;
  - c. pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan internal yang ditugaskan oleh Direktur;
  - d. pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas hasil laporan audit; dan
  - e. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.
- (4) Untuk dapat diangkat sebagai Satuan Pemeriksaan Internal harus memenuhi syarat:
  - a. sehat jasmani dan rohani;
  - b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
  - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
  - d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
  - e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
  - f. berijazah paling rendah Diploma 3;
  - g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;
  - h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;

- i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
- j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- k. mempunyai sikap independen dan obyektif.

### **Bagian Kesembilan**

#### **Pengelolaan Sumber Daya Manusia**

##### **Paragraf 1**

##### **Tujuan Pengelolaan**

##### **Pasal 38**

Pengelolaan sumber daya manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung tercapainya tujuan organisasi secara efisien, yang meliputi:

1. pola ketenagaan dan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit;
2. penerimaan dan pemberhentian pegawai;
3. orientasi staf klinis dan non klinis;
4. pendidikan dan pelatihan staf;
5. pemberian penghargaan dan sanksi;
6. penempatan dan penempatan kembali;
7. pendidikan dan penelitian pegawai.

##### **Paragraf 2**

##### **Sumber Daya Manusia**

##### **Pasal 39**

- (1) Persyaratan sumber daya manusia yaitu rumah sakit harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen rumah sakit, dan tenaga nonkesehatan.

- (2) Jumlah dan jenis sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan jenis dan klasifikasi Rumah Sakit.
- (3) Rumah Sakit harus memiliki data ketenagaan yang melakukan praktik atau pekerjaan dalam penyelenggaraan Rumah Sakit.
- (4) Rumah Sakit dapat mempekerjakan tenaga tidak tetap dan konsultan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan.
- (5) Sumber daya manusia/ pegawai BLUD berasal dari :
  - a. Pegawai Negeri Sipil; dan/atau
  - b. PPPK;

### **Paragraf 3**

#### **Pola Ketenagaan dan Perencanaan Kebutuhan Staf**

#### **Rumah Sakit**

#### **Pasal 40**

- (1) Direktur rumah sakit wajib menyusun dan menetapkan pola ketenagaan dan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit.
- (2) Penyusunan dan penetapan pola ketenagaan dan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit yang bekerja sesuai keprofesiannya harus memperhatikan:
  - a. jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan, dan distribusi staf;
  - b. penyelenggaraan upaya kesehatan;
  - c. ketersediaan jenis pelayanan kesehatan;
  - d. kemampuan pembiayaan;
  - e. kondisi geografis dan sosial budaya; dan
  - f. kebutuhan masyarakat.
- (3) Pola ketenagaan dan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit oleh Direktur dilaksanakan melalui proses sebagai berikut :
  - a. identifikasi kebutuhan jenis dan kualifikasi staf sesuai Pedoman Pelayanan yang dimiliki masing-masing ruangan/unit;

- b. melakukan analisis beban kerja untuk menentukan jumlah kebutuhan setiap jenis staf sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. membuat proyeksi jumlah kebutuhan staf berdasarkan beban kerja setiap jenis staf;
  - d. mengidentifikasi ketersediaan jenis, jumlah, dan kompetensi staf yang dimiliki oleh rumah sakit;
  - e. membuat proyeksi ketersediaan staf yang ada dengan memperkirakan yang akan memasuki usia pensiun;
  - f. membandingkan antara kebutuhan staf dengan persediaan staf yang dimiliki oleh rumah sakit sesuai dengan standar, untuk mengetahui kelebihan dan kekurangan setiap jenis staf pada setiap jenis pelayanan kesehatan; dan
  - g. membuat proyeksi kebutuhan pembiayaan yang tertuang dalam Rencana Strategis dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA)/ Rencana Kerja Anggaran (RKA).
- (4) Pola ketenagaan dan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit disusun secara berjenjang dimulai dari kepala ruangan/unit bersama dengan Kepala Bidang untuk diusulkan kepada Direktur.
- (5) Hasil penyusunan pola ketenagaan dan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit direkapitulasi dan diverifikasi oleh Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Sub Bagian Kepegawaian rumah sakit untuk ditetapkan oleh Direktur rumah sakit sebagai dokumen pola ketenagaan dan perencanaan kebutuhan staf tingkat rumah sakit.
- (6) Untuk pengusulan tenaga Aparatur Sipil Negara (ASN), maka hasil perencanaan kebutuhan staf rumah sakit direkapitulasi dan diverifikasi oleh Pemerintah Kota Madiun untuk ditetapkan oleh Walikota sebagai perencanaan kebutuhan tenaga tingkat kota.

#### **Pasal 41**

- (1) Penyusunan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit oleh Direktur dilakukan dalam bentuk manual dan elektronik dan dilakukan untuk jangka waktu 1 (satu) tahun.
- (2) Dalam rangka menyusun perencanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur wajib melakukan pemutakhiran data dan informasi kebutuhan staf rumah sakit paling lama 3 (tiga) bulan sekali.
- (3) Pemutakhiran data sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan menetapkan jumlah, jenis, kualifikasi yang meliputi pendidikan, kompetensi, pelatihan, dan pengalaman yang dibutuhkan sesuai peraturan perundang-undangan.
- (4) Pengaturan lebih lanjut tentang penyusunan pola ketenagaan dan perencanaan kebutuhan staf akan diatur dalam Peraturan Direktur.

#### **Paragraf 4**

#### **Penerimaan dan Pemberhentian Pegawai**

#### **Pasal 42**

- (1) Penerimaan pegawai yang berstatus Pegawai Negeri Sipil dan PPPK sebagaimana dimaksud pada pasal 39 ayat (5) huruf a dan huruf b dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (2) Penerimaan pegawai profesional lainnya dilakukan melalui mekanisme rekrutmen dan seleksi yang diatur dengan Peraturan Walikota.

#### **Pasal 43**

- (1) Pemberhentian pegawai yang berstatus Pegawai Negeri Sipil dan PPPK sebagaimana dimaksud pada pasal 39 ayat (5) huruf a dan huruf b dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

- (2) Pemberhentian pegawai profesional lainnya diatur dengan Peraturan Walikota.

### **Paragraf 5**

#### **Orientasi Staf Klinis dan Nonklinis**

##### **Pasal 44**

- (1) Semua staf klinis dan nonklinis diberi orientasi di rumah sakit dan unit kerja tempat staf saat akan bekerja dan orientasi tanggung jawab spesifik saat diterima bekerja.
- (2) Orientasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan agar staf dapat berperan dan berfungsi dengan baik serta mengetahui dengan benar segala sesuatu dengan baik dan memahami tanggungjawab pekerjaan klinis atau nonklinis untuk mencapai misi rumah sakit.
- (3) Orientasi dicapai melalui orientasi umum dan orientasi khusus yang akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

### **Paragraf 6**

#### **Pendidikan dan Pelatihan Staf**

##### **Pasal 45**

- (1) Setiap staf mengikuti pendidikan atau pelatihan di dalam atau di luar rumah sakit, termasuk pendidikan profesi berkelanjutan untuk mempertahankan atau meningkatkan kompetensinya.
- (2) Rumah sakit mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk dapat memahami pendidikan dan pelatihan yang dibutuhkan oleh staf, Sumber data yang dapat digunakan adalah:
  - a. hasil kegiatan pengukuran mutu dan keselamatan;
  - b. monitor program manajemen fasilitas;
  - c. penggunaan teknologi medis baru;

- d. keterampilan dan pengetahuan yang diperoleh melalui evaluasi kinerja;
  - e. prosedur klinis baru; dan
  - f. rencana memberikan layanan baru di kemudian hari.
- (3) Rumah sakit mengadakan pelatihan teknik resusitasi tingkat dasar untuk seluruh staf dan pelatihan teknik resusitasi tingkat lanjut untuk staf yang telah ditentukan.
- (4) Rumah sakit menyelenggarakan program pelayanan kesehatan dan keselamatan staf untuk menjaga kesehatan fisik, kesehatan mental, kepuasan, produktivitas dan keselamatan staf dalam bekerja.

### **Paragraf 7**

### **Penghargaan dan Sanksi**

#### **Pasal 46**

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas maka rumah sakit menerapkan kebijakan tentang penghargaan bagi Pegawai Negeri Sipil dan PPPK yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang berlaku.

#### **Pasal 47**

- (1) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai yang berstatus Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai yang berstatus PPPK dapat berupa:
- a. Piagam penghargaan; dan/atau
  - b. Jasa pelayanan

#### **Pasal 48**

- (1) Disiplin pegawai adalah suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban yang dituangkan dalam:
- a. daftar hadir;



- b. rekam jejak (*track record*);
  - c. laporan kegiatan; dan
  - d. daftar Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
- (2) Tingkatan dan jenis pelanggaran disiplin pegawai sebagai berikut:
- a. untuk pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil hukuman diberikan sesuai dengan peraturan yang berlaku; dan
  - b. untuk pegawai berstatus non Pegawai Negeri Sipil diberikan :
    - 1) hukuman disiplin ringan, terdiri dari teguran lisan dan teguran tertulis;
    - 2) hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari pemotongan jasa layanan/insentif;
    - 3) hukuman disiplin berat, berupa pemberhentian dengan tidak hormat; dan/atau
    - 4) tata laksana pemberian hukuman disiplin diatur dengan Peraturan Direktur.

### **Paragraf 8**

### **Penempatan dan Penempatan Kembali**

#### **Pasal 49**

Penempatan dan Penempatan Kembali pegawai adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai, yang dilaksanakan atas pertimbangan Direktur.

#### **Pasal 50**

Penempatan dan Penempatan Kembali sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 dilaksanakan dengan pertimbangan:

- a. penempatan pegawai pada pekerjaan sesuai dengan latar belakang pendidikan, kompetensi dan keterampilannya;

- b. masa kerja pada suatu unit kerja tertentu;
- c. pengalaman pegawai pada bidang tugas tertentu dimasa lalu;
- d. penempatan pegawai pada bidang tugas tertentu untuk menunjang karir yang bersangkutan; dan/atau
- e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

### **Paragraf 9**

### **Pendidikan dan Penelitian Pegawai**

### **Pasal 51**

- (1) Tenaga profesi kesehatan di rumah sakit dapat mengajukan peningkatan pendidikan profesi berkelanjutan sesuai mekanisme yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur berdasarkan hasil analisa kebutuhan rumah sakit dan rekomendasi dari komite-komite di rumah sakit:
  - a. rekomendasi bagi tenaga staf medis yang ingin mengikuti pendidikan berkelanjutan harus melalui komite medis;
  - b. rekomendasi bagi tenaga keperawatan harus melalui komite keperawatan dan bidang keperawatan; dan
  - c. rekomendasi bagi tenaga kesehatan lainnya harus melalui kepala bidang pelayanan penunjang.
- (2) Penetapan pemberian izin untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan sepenuhnya menjadi kewenangan Direktur berdasarkan hasil rekomendasi dari komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a sampai dengan huruf c.
- (3) Pengajuan izin belajar dan tugas belajar diproses sesuai dengan peraturan yang berlaku dan harus melalui bagian Tata Usaha yang berkoordinasi dengan Kepala Sub Bagian Kepegawaian.
- (4) Sebagai rumah sakit non pendidikan tetapi menerima peserta pendidikan klinis, perjanjian kerjasama dituangkan dalam bentuk MoU (*Memorandum of Understanding*) dan dilaksanakan selama periode masa berlakunya.

- (5) Pendidikan dan penelitian bagi tenaga medis dan tenaga keperawatan serta tenaga profesi lainnya dikelola oleh Instalasi Pendidikan dan Penelitian, Tim Koordinasi Pendidikan (TIMKORDIK) dan Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) sesuai mekanisme dan peraturan yang berlaku.

**Bagian Kesepuluh**  
**Pengelolaan Sumber Daya Lain**

**Pasal 52**

- (1) Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, dan infrastruktur yang dikuasai dan dimiliki dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengelolaan sumber daya lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaraan tugas pokok dan fungsi rumah sakit.

**Bagian Kesebelas**  
**Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit**

**Pasal 53**

- (1) Seluruh pegawai rumah sakit wajib menjaga lingkungan baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang berorientasi kepada kesehatan, kebersihan, kenyamanan, keamanan, kerapian, keindahan dan keselamatan.
- (3) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, lingkungan kimia, fisik dan biologis, antara lain:
  - a. kebersihan lingkungan rumah sakit selama 24 jam meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet/kamar mandi;
  - b. pengelolaan limbah domestik;
  - c. pengelolaan limbah cair;

- d. pengelolaan limbah radioaktif;
  - e. pengelolaan limbah medis;
  - f. pengelolaan limbah infeksius;
  - g. pengamatan area bebas rokok;
  - h. pengelolaan air bersih;
  - i. pengelolaan binatang pengganggu; dan
  - j. memperluas area taman dan tanaman penghijauan untuk mengurangi pemanasan global.
- (4) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai dengan ketentuan dalam perundang-undangan yang berlaku.

**Bagian Kedua Belas**  
**Standar Pelayanan Minimal**

**Pasal 54**

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit, Walikota menetapkan SPM rumah sakit dengan Peraturan Walikota.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diusulkan oleh Direktur.
- (3) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.
- (4) SPM harus memenuhi persyaratan:
- a. fokus pada jenis pelayanan;
  - b. terukur;
  - c. dapat dicapai;
  - d. relevan dan dapat diandalkan;
  - e. tepat waktu;
  - f. sesuai dengan kaidah-kaidah penjaminan mutu dan keselamatan pasien; dan
  - g. sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (5) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi rumah sakit.

- (6) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (7) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (8) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi rumah sakit.
- (9) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.
- (10) Mengacu pada kaidah-kaidah penjaminan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### **Bagian Ketiga Belas**

#### **Akreditasi**

##### **Pasal 55**

- (1) Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali.
- (2) Akreditasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh suatu lembaga independen baik dari dalam maupun dari luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku.
- (3) Lembaga independen sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Menteri.

### **Bagian Keempat Belas**

#### **Keselamatan Pasien**

##### **Pasal 56**

- (1) Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien.

- (2) Standar keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pelaksanaan 6 (enam) sasaran keselamatan pasien dan pelaporan insiden keselamatan pasien.
- (3) Pelaporan insiden sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kemudian dianalisa dan ditetapkan pemecahan masalahnya dalam rangka menurunkan angka kejadian tidak diharapkan.
- (4) Rumah Sakit menerapkan Budaya Keselamatan Pasien.

**Bagian Kelima Belas**  
**Struktur Anggaran Badan Layanan BLUD**  
**Pasal 57**

Struktur anggaran BLUD terdiri atas:

- a. pendapatan BLUD;
- b. belanja BLUD; dan
- c. pembiayaan BLUD.

**Pasal 58**

Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 huruf (a) berumber dari :

- a. jasa layanan;
- b. hibah;
- c. hasil kerja sama dengan pihak lain;
- d. APBD; dan
- e. lain-lain pendapatan BLUD yang sah.

**Pasal 59**

- (1) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 huruf a berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain.

- (3) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (2), digunakan sesuai dengan tujuan pemberian hibah, sesuai dengan peruntukannya yang selaras dengan tujuan BLUD sebagaimana tercantum dalam naskah perjanjian hibah.
- (4) Hasil kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 huruf (c) dapat berupa hasil yang diperoleh dari hasil kerja sama BLUD.
- (5) Pendapatan BLUD yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 huruf (d) berupa pendapatan yang berasal dari DPA APBD.
- (6) Lain-lain pendapatan BLUD yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 huruf (e) meliputi:
  - a. jasa giro;
  - b. pendapatan bunga;
  - c. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
  - d. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD;
  - e. investasi; dan
  - f. pengembangan usaha.

#### **Pasal 60**

- (1) Pengembangan usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (6) huruf f dilakukan melalui pembentukan unit usaha untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat.
- (2) Unit usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari BLUD yang bertugas melakukan pengembangan layanan dan mengoptimalkan sumber pendanaan untuk mendukung kegiatan BLUD.

#### **Pasal 61**

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam pasal 58 huruf a sampai dengan huruf e dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran BLUD sesuai RBA, kecuali yang berasal dari hibah terikat.

- (2) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui Rekening Kas BLUD.

### **Pasal 62**

- (1) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam pasal 57 huruf b terdiri atas:
  - a. belanja operasional; dan
  - b. belanja modal.
- (2) Belanja operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mencakup seluruh belanja BLUD untuk menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Belanja operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja bunga dan belanja lain.
- (4) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b mencakup seluruh belanja BLUD untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD.
- (5) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi belanja tanah, belanja peralatan dan mesin, belanja gedung dan bangunan, belanja jalan, irigasi dan jaringan dan belanja aset tetap lainnya.

### **Pasal 63**

- (1) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam pasal 57 huruf c terdiri atas:
  - a. penerimaan pembiayaan; dan
  - b. pengeluaran pembiayaan.
- (2) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/ atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun anggaran berikutnya.



### **Pasal 64**

- (1) Penerimaan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 63 ayat (1) huruf a meliputi:
  - a. sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya.
  - b. divestasi; dan
  - c. penerimaan utang/pinjaman.
- (2) Penerimaan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 63 ayat (1) huruf b meliputi:
  - a. investasi; dan
  - b. pembayaran pokok utang/pinjaman.

### **Bagian Keenam Belas Perencanaan dan Penganggaran**

#### **Pasal 65**

- (1) Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang menerapkan BLUD menyusun RBA mengacu pada Renstra.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan:
  - a. anggaran berbasis kinerja;
  - b. standar satuan harga;
  - c. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil usaha lainnya, APBD dan sumber pendapatan BLUD lainnya.
- (3) Anggaran berbasis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a merupakan analisis kegiatan yang berorientasi pada pencapaian *output* dengan penggunaan sumber daya secara efisien.
- (4) Standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku di suatu daerah.

- (5) Dalam hal BLUD belum menyusun standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (4), BLUD menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan oleh Keputusan Walikota Madiun.
- (6) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c merupakan pagu belanja yang dirinci menurut belanja operasi dan belanja modal.

### **Pasal 66**

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 ayat (1) meliputi:
  - a. ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
  - b. rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan;
  - c. perkiraan harga;
  - d. besaran persentase ambang batas; dan
  - e. perkiraan maju atau *fordward estimate*.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu persentase ambang batas tertentu.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disertai dengan standar pelayanan minimal.

### **Pasal 67**

- (1) Ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 ayat (1) huruf a, merupakan ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) Rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 ayat (1) huruf b, merupakan rencana anggaran untuk seluruh kegiatan tahunan yang dinyatakan dalam satuan uang yang tercermin dari rencana pendapatan, belanja dan pembiayaan.

- (3) Perkiraan harga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 ayat (1) huruf c, merupakan estimasi harga jual produk barang dan/ atau jasa setelah mempertimbangkan biaya per satuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari Tarif Layanan.
- (4) Besaran persentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 ayat (1) huruf d, merupakan besaran persentase perubahan anggaran besumber dari pendapatan operasional yang diperkenankan dan ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional BLUD.
- (5) Perkiraan maju sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 ayat (1) huruf e, merupakan perhitungan kebutuhan dana untuk tahun anggaran berikutnya dari tahun yang direncanakan guna memastikan kesinambungan program dan kegiatan yang telah disetujui dan menjadi dasar penyusunan anggaran tahun berikutnya.

### **Pasal 68**

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA Perangkat Daerah pada akun pendapatan daerah pada kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan dari BLUD.
- (2) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 yang sumber dananya berasal dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e dan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD, diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA Perangkat Daerah pada akun belanja daerah yang selanjutnya dirinci dalam 1 (satu) program, 1 (satu) kegiatan, 1 (satu) output dan jenis belanja.
- (3) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat 2 dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan serta kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan.

- (4) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA Perangkat Daerah selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan pada akun pembiayaan pada Satuan Kerja Pengelolaan Keuangan Daerah selaku Bendahara Umum Daerah.
- (5) BLUD dapat melakukan pergeseran rincian belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), sepanjang tidak melebihi pagu anggaran dalam jenis belanja pada DPA, untuk selanjutnya disampaikan kepada PPKD.
- (6) Rincian belanja dicantumkan dalam RBA.

#### **Pasal 69**

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 ayat (1) diintegrasikan/dikonsolidasikan dan merupakan kesatuan dari RKA.
- (2) RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan rancangan Peraturan Daerah tentang APBD.

#### **Pasal 70**

- (1) PPKD menyampaikan RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 61 kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah untuk dilakukan penelaahan.
- (2) Hasil penelaahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain digunakan sebagai dasar pertimbangan alokasi dana APBD untuk BLUD.

#### **Pasal 71**

- (1) Tim Anggaran Pemerintah Daerah menyampaikan kembali RKA beserta RBA yang telah dilakukan penelaahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 61 ayat (1) kepada PPKD untuk dicantumkan dalam rancangan Peraturan Daerah tentang APBD yang selanjutnya ditetapkan menjadi Peraturan Daerah tentang APBD.

- (2) Tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan RBA mengikuti tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan APBD.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyusunan, pengajuan, penetapan dan perubahan RBA BLUD diatur dengan Peraturan Kepala Daerah.

#### **BAB IV**

### **PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS**

#### **Bagian Kesatu**

#### **Maksud dan Tujuan**

#### **Pasal 72**

Peraturan internal staf medis dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis dan keselamatan pasien sebagaimana yang diharapkan.

#### **Pasal 73**

Peraturan internal staf medis mempunyai tujuan:

- a. mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi;
- b. mengatur penyelenggaraan komite medik di setiap rumah sakit dalam rangka peningkatan profesionalisme staf medis;
- c. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (*patient safety*);
- d. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional;
- e. menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut staf medis;
- f. mengontrol dan menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan pemilik serta peraturan perundang-undangan.

## **Pasal 74**

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik sebagaimana dimaksud dalam pasal 73 huruf a, semua pelayanan medis yang dilakukan oleh setiap staf medis di rumah sakit dilakukan atas penugasan klinis Direktur rumah sakit.
- (2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh kepala/direktur rumah sakit melalui penerbitan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) kepada staf medis yang bersangkutan.
- (3) Surat penugasan klinis (*clinical appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diterbitkan oleh kepala/direktur rumah sakit setelah mendapat rekomendasi dari komite medik.
- (4) Dalam keadaan darurat kepala/Direktur rumah sakit dapat memberikan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) tanpa rekomendasi komite medik.
- (5) Rekomendasi komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan setelah dilakukan kredensial.

## **Bagian Kedua**

### **Kewenangan Klinis**

## **Pasal 75**

- (1) Pelayanan medis, pendidikan dokter/dokter spesialis dan penelitian kedokteran hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberikan kewenangan klinis.
- (2) Pemberian dan perubahan kewenangan klinis staf medis ditetapkan atas rekomendasi komite medik dan disahkan oleh Direktur.
- (3) Mekanisme sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diatur dalam tata laksana penetapan kewenangan klinis dan daftar perincian kewenangan klinis staf medis dari komite medik.

### **Pasal 76**

Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut.

### **Pasal 77**

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

### **Pasal 78**

Kewenangan klinis sementara dapat diberikan kepada dokter tamu atau dokter pengganti dengan memperhatikan masukan dari komite medik.

### **Pasal 79**

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

**Bagian Ketiga**  
**Penugasan Klinis**  
**Pasal 80**

- (1) Penempatan staf medis ke salah satu Kelompok Staf Medis (Staf Medis Fungsional) berdasarkan surat penugasan klinis rumah sakit dari Direktur berdasarkan rekomendasi komite medik.
- (2) Penempatan staf medis ke divisi dalam satu KSM berdasarkan surat penugasan ketua KSM.
- (3) Perubahan penugasan klinis staf medis dapat dilakukan oleh Direktur atas rekomendasi komite medik.
- (4) Mekanisme sebagaimana dimaksud pada ayat (1), (2) dan (3) diatur dalam tata laksana kredensial dan rekredensial dari komite medik.

**Bagian Keempat**  
**Komite Medik**  
**Paragraf 1**  
**Umum**  
**Pasal 81**

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.

**Pasal 82**

- (1) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.

**Pasal 83**

Pembentukan Komite medik ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun, berkedudukan di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.



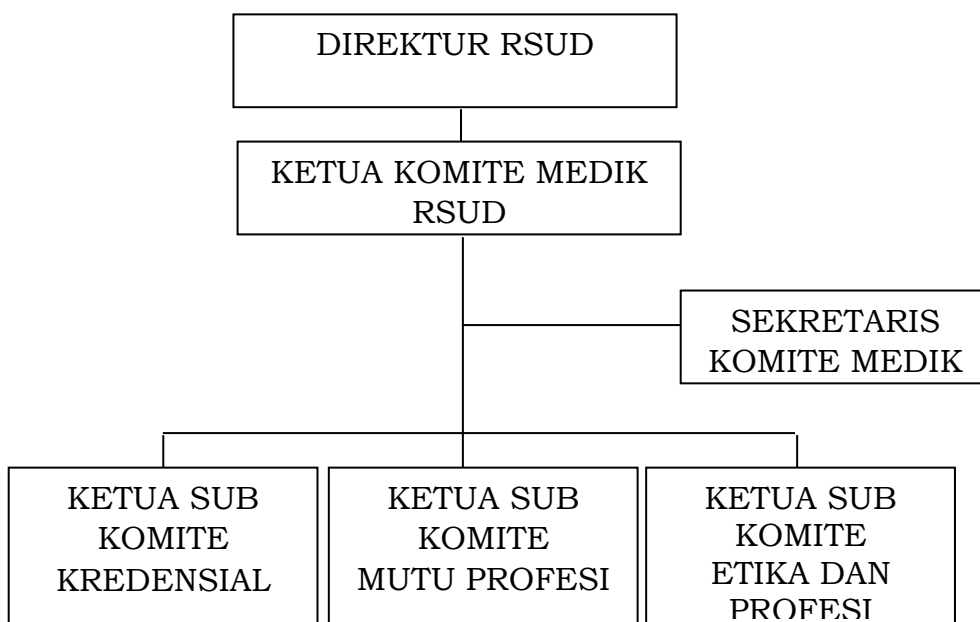
**Paragraf 2**  
**Susunan Organisasi dan Keanggotaan**  
**Pasal 84**

Komite medik dibentuk oleh Direktur rumah sakit.

**Pasal 85**

- (1) Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari :
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. subkomite.
- (2) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya dapat terdiri dari :
  - a. ketua dan sekretaris tanpa subkomite; atau
  - b. ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota subkomite.
- (3) Bagan Struktur Organisasi Komite Medik adalah sebagai berikut :

STRUKTUR ORGANISASI KOMITE MEDIK



**Pasal 86**

- (1) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

**Pasal 87**

- (1) Ketua komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (2) 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.

**Pasal 88**

- (1) Anggota komite medik terbagi kedalam subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  - a. subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
  - b. subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
  - c. subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

**Paragraf 3**

**Tugas, Fungsi, dan Wewenang**

**Pasal 89**

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;

- b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial 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; dan
    - 4. etika profesi.
  - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
  - e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
  - 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 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 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 90**

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.

### **Paragraf 4**

#### **Hubungan Komite Medik dengan Direktur**

### **Pasal 91**

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

## **Pasal 92**

Komite medik bertanggungjawab kepada Direktur meliputi hal-hal yang berkaitan dengan:

- a. mutu pelayanan medis;
- b. pembinaan etik kedokteran; dan
- c. pengembangan profesi medis.

## **Paragraf 5**

### **Panitia *Adhoc***

## **Pasal 93**

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur rumah sakit 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.

## **Paragraf 6**

### **Pembinaan dan Pengawasan**

## **Pasal 94**

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite medik dilakukan oleh badan-badan yang berwenang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit.

- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :
  - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
  - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
  - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

### **Paragraf 7**

#### **Rapat Komite Medik**

##### **Pasal 95**

- (1) Mekanisme pengambilan keputusan komite medik berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*).
- (2) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), melalui rapat komite medik dan sub komite.
- (3) Mekanisme, jenis, dan pelaksanaan rapat tersebut diatur lebih lanjut dalam tata laksana rapat pengambilan keputusan komite medik.

### **Bagian Kelima**

#### **Sub Komite Kredensial**

##### **Pasal 96**

- (1) Sub komite kredensial bertujuan untuk:
  - a. mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;
  - b. menyusun kewenangan klinis bagi setiap staf medis;
  - c. memberikan rekomendasi kepada Direktur sebagai dasar penerbitan penugasan klinis; dan
  - d. menjaga reputasi dan kredibilitas staf medis dan institusi rumah sakit.

- (2) Sub komite kredensial terdiri atas:
  - a. ketua sub komite kredensial;
  - b. sekretaris; dan
  - c. anggota.
- (3) Sub komite kredensial bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

**Bagian Keenam**  
**Sub Komite Mutu Profesi**  
**Pasal 97**

- (1) Sub komite mutu profesi bertujuan untuk :
  - a. membentuk dan memastikan staf medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
  - b. memberikan asas keadilan bagi staf medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi (*maintaining competence*) dan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
  - c. mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan; dan
  - d. memastikan kualitas asuhan 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*).
- (2) Sub komite mutu terdiri dari :
  - a. ketua sub komite mutu;
  - b. sekretaris; dan
  - c. anggota;
- (3) Mekanisme kerja subkomite mutu profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
  - a. tata kelola klinis (*clinical governance*);
  - b. audit medis;
  - c. pembahasan kasus kematian;
  - d. pembahasan kasus sulit;
  - e. *evidence-based practice* dan *health technology assessment*; dan
  - f. pendampingan profesi medis (*proctoring*).
- (4) Sub komite mutu profesi bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

**Bagian Ketujuh**  
**Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi**  
**Pasal 98**

- (1) Sub komite etika dan disiplin profesi bertujuan untuk:
  - a. melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat (*unqualified*) dan tidak layak (*unfit/unproper*) untuk melakukan asuhan klinis (*clinical care*); dan
  - b. memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medis di rumah sakit.
- (2) Sub komite etika dan disiplin profesi terdiri dari:
  - a. ketua sub komite etika dan disiplin profesi;
  - b. sekretaris; dan
  - c. anggota.
- (3) Mekanisme kerja sub komite etika dan disiplin profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
  - a. pendisiplinan perilaku profesional;
  - b. pembinaan profesionalisme kedokteran; dan
  - c. pertimbangan keputusan etik.
- (4) Sub komite etika dan disiplin profesi bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

**Bagian Kedelapan**  
**Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis**  
**Pasal 99**

- (1) Staf medis melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan kewenangan klinis dan penugasan klinis masing-masing dalam tata kelola klinis (*clinical governance*) rumah sakit KSM.
- (2) Tata kelola klinis rumah sakit (*clinical governance*) adalah sistem penjaminan mutu layanan di rumah sakit.
- (3) Tata kelola klinis rumah sakit disusun oleh Wakil Direktur pelayanan ditetapkan serta disahkan oleh Direktur.
- (4) Tata kelola klinis staf medis fungsional disusun oleh ketua staf medis fungsional ditetapkan dan disahkan penerapannya oleh Direktur.
- (5) Pelaksanaan tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan (4) untuk staf medis diatur lebih lanjut dalam bentuk *medical staff rules dan regulation*.
- (6) *Medical staff rules and regulation* disusun oleh wakil direktur pelayanan bersama para staf medis fungsional ditetapkan dan disahkan oleh Direktur.



**Bagian Kesembilan**  
**Tata Cara Reviu dan Perbaikan**  
**Peraturan Internal Staf Medis**  
**Pasal 100**

- (1) Peraturan internal staf medis, dapat dilakukan reviu dan perubahan bilamana:
  - a. adanya perubahan peraturan menteri kesehatan tentang peraturan internal korporasi rumah sakit, peraturan internal staf medis ataupun peraturan/perundangan lainnya yang menyangkut profesi medis;
  - b. kebijakan baru lain mengenai status rumah sakit.
- (2) Mekanisme dan cara perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur lebih lanjut dalam tata laksana reviu dan perbaikan peraturan internal staf medis.

**BAB V**  
**PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN**  
**Bagian Kesatu**  
**Maksud dan Tujuan**  
**Pasal 101**

Penyusunan Peraturan internal staf keperawatan ini mempunyai maksud agar Komite Keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi.

**Pasal 102**

Peraturan internal staf keperawatan disusun dengan tujuan:

- a. mengorganisir staf keperawatan rumah sakit secara baik dan memiliki peran tugas kewenangan yang jelas.
- b. mewujudkan profesionalisme perawat.
- c. mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.
- d. menegakkan etika dan disiplin profesi keperawatan.
- e. memberikan dasar hukum bagi mitra bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Keperawatan.

**Bagian Kedua**  
**Kewenangan Klinis**  
**Pasal 103**

- (1) Dalam profesi keperawatan dikenal tindakan keperawatan yang bersifat mandiri dan tindakan keperawatan yang bersifat delegasi/ kolaborasi/ mandatori.
- (2) Asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang kompeten yang telah ditetapkan dalam daftar kewenangan klinis melalui proses kredensial.
- (3) Hal-hal yang terkait dengan kewenangan klinis dan kredensial diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

**Bagian Ketiga**  
**Penugasan Klinis**  
**Pasal 104**

- (1) Komite keperawatan mengusulkan kepada Direktur agar dikeluarkan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) staf keperawatan sesuai dengan kewenangan klinis (*clinical previledge*) berdasarkan hasil kredensial.
- (2) Dalam hal teknis pengajuan dan penerbitan surat penugasan klinis, Komite keperawatan dibantu oleh sub bagian Kepegawaian.
- (3) Hal-hal yang terkait dengan penugasan klinis diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

**Bagian Keempat**  
**Komite Keperawatan**  
**Pasal 105**

- (1) Susunan organisasi Komite keperawatan terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari :
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu; dan
  - c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.
- (3) Hal-hal yang terkait dengan Komite keperawatan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

**Bagian Kelima**  
**Jenjang dan Pengembangan Karir**  
**Pasal 106**

- (1) Jenjang karir merupakan sistem untuk meningkatkan kinerja dan profesionalisme melalui peningkatan kompetensi.
- (2) Pemilihan karir secara bertahap akan menjamin individu dalam mempraktikkan bidang profesinya.
- (3) Komitmen terhadap karir dapat dilihat dari sikap perawat dan bidan terhadap profesinya serta motivasi untuk bekerja sesuai dengan karir yang dipilihnya.

**Pasal 107**

Pengembangan karir profesional Perawat Klinik (PK) bertujuan :

- a. meningkatkan moral kerja dan mengurangi kebuntuan karir.
- b. menurunkan jumlah perawat yang keluar dari pekerjaannya.
- c. menata system promosi berdasarkan persyaratan dan kriteria yang telah ditetapkan sehingga mobilitas karir berfungsi dengan baik dan benar.
- d. mengembangkan system jenjang karir professional perawat klinik terutama bagi perawat yang bekerja sebagai perawat pelaksana.

**Pasal 108**

Hal-hal yang terkait dengan jenjang dan pengembangan karir keperawatan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

**Bagian Keenam**  
**Tata Cara Reviu dan Perbaikan Peraturan Internal**  
**Staf Keperawatan**  
**Pasal 109**

- (1) Peraturan internal staf keperawatan dapat dilakukan reviu dan perubahan bilamana :
  - a. adanya perubahan peraturan Menteri Kesehatan tentang Peraturan Internal rumah Sakit, Peraturan Internal Staf Keperawatan ataupun peraturan perundang-undangan lainnya yang menyangkut profesi keperawatan.

- b. Kebijakan baru lain mengenai status rumah sakit.
- (2) Mekanisme dan cara perubahan dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

## **BAB VI**

### **PERATURAN INTERNAL TENAGA KESEHATAN LAIN**

#### **Bagian Kesatu**

#### **Maksud dan Tujuan**

##### **Pasal 110**

Penyusunan Peraturan internal tenaga kesehatan Lain ini mempunyai maksud agar Komite Tenaga Kesehatan Lain dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi.

##### **Pasal 111**

Peraturan internal tenaga kesehatan lain disusun dengan tujuan:

- a. mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (*patient safety*);
- b. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi Tenaga Kesehatan Lain guna menjamin mutu profesional;
- c. menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut Tenaga Kesehatan Lain; dan
- d. mengontrol dan menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai Tenaga Kesehatan Lain sesuai dengan kebijakan serta peraturan perundang-undangan.

##### **Pasal 112**

Hal-hal yang terkait dengan Peraturan internal tenaga kesehatan lain diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

**BAB VII**  
**PENUTUP**  
**Pasal 113**

Pada saat Peraturan Walikota ini mulai berlaku, maka Peraturan Walikota Madiun Nomor 23 Tahun 2012 tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Walikota Madiun Nomor 9 Tahun 2014 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

**Pasal 114**

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Madiun.

Ditetapkan di Madiun  
pada tanggal 25 Nopember 2020

**WALIKOTA MADIUN,**  
**ttd**

**Drs. H. MAIDI, SH, MM, M.Pd.**

Diundangkan di Madiun  
pada tanggal 25 Nopember 2020

**SEKRETARIS DAERAH,**

**ttd**

**RUSDIYANTO, SH, M.Hum.**  
**Pembina Utama Madya**  
**NIP. 19671213 199503 1 003**

BERITA DAERAH KOTA MADIUN  
TAHUN 2020 NOMOR 54/G

Salinan sesuai dengan aslinya  
a.n. WALIKOTA MADIUN  
Sekretaris Daerah  
u.b.

Kepala Bagian Hukum



**BUDI WIBOWO, SH**  
**Pembina Tingkat I**

**NIP. 19750117 199602 1 001**