



NOMOR 46

TAHUN 2009

PERATURAN WALIKOTA CIREBON

NOMOR 46 TAHUN 2009

TENTANG

PEDOMAN TATA KELOLA (*HOSPITAL BY LAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GUNUNG JATI
KOTA CIREBON SEBAGAI BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

WALIKOTA CIREBON,

- Menimbang :
- a. bahwa berdasarkan Peraturan Daerah Kota Cirebon Nomor 15 Tahun 2008 tentang Pembentukan Lembaga Teknis Daerah pada Pemerintah Kota Cirebon, telah dibentuk Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Pendidikan Kota Cirebon;
 - b. bahwa rumah sakit sebagai Organisasi Perangkat Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK-BLUD) harus dikelola dengan menggunakan prinsip-prinsip tata kelola yang baik (*good clinical governance*) sehingga peran, fungsi, tugas, tanggung jawab dan kewenangan antara pemerintah daerah, direksi, badan-badan kesehatan rumah sakit dan staf medis

- c. dasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Walikota Cirebon tentang Pedoman Tata Kelola (*Hospital by Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Kota Cirebon Sebagai Badan Layanan Umum Daerah;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 3041) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3893);
 2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
 3. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 1997 tentang Penerimaan Negara Bukan Pajak (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3687);

4. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3821);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
6. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
7. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);
8. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
9. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara

10. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
11. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);

14. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 39, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
16. Keputusan Presiden Nomor 87 Tahun 1999 tentang Rumpun Jabatan Fungsional Pegawai Negeri Sipil;
17. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 08/PMK.02/2006 tentang Kewenangan Pengadaan Barang/Jasa pada Badan Layanan Umum;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/ SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*);
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 703/MENKES/IX/2006 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengadaan Barang dan Jasa pada Instansi Pemerintah Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum di Lingkungan

21. Peraturan Daerah Nomor 12 Tahun 2008 tentang Rincian Urusan Pemerintahan yang Dilaksanakan Pemerintah Kota Cirebon (Lembaran Daerah Kota Cirebon Tahun 2008 Nomor 12, Tambahan Lembaran Daerah Kota Cirebon Nomor 19 Seri D);
22. Peraturan Daerah Nomor 15 Tahun 2008 tentang Lembaga Teknis Daerah, Satuan Polisi Pamong Praja dan Kantor Pelayanan Perijinan Terpadu pada Pemerintah Kota Cirebon (Lembaran Daerah Kota Cirebon Tahun 2008 Nomor 15, Tambahan Lembaran Daerah Kota Cirebon Nomor 22 Seri D);
23. Peraturan Walikota Nomor 55 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Kota Cirebon (Berita Daerah Kota Cirebon Tahun 2008 Nomor 55);

Dengan Persetujuan Bersama
DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH KOTA CIREBON
dan
WALIKOTA CIREBON

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PEDOMAN TATA KELOLA (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GUNUNG JATI KOTA CIREBON SEBAGAI BADAN LAYANAN UMUM DAERAH.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Kota adalah Kota Cirebon.
2. Pemerintah Kota adalah Pemerintah Kota Cirebon.
3. Walikota adalah Walikota Cirebon.
4. Wakil Walikota adalah Wakil Walikota Cirebon.
5. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kota Cirebon.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Kota Cirebon.
7. Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Kota Cirebon yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Satuan Kerja Pemerintah Daerah (SKPD) yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).
8. Instalasi adalah unit penyelenggara pelayanan fungsional di RSUD.
9. Kelompok Jabatan Fungsional adalah kelompok Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil yang diberi tugas, wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan kegiatan yang sesuai dengan profesinya dalam rangka kelancaran tugas pemerintah daerah.
10. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah pedoman dasar yang dipakai sebagai acuan untuk merencanakan, mengembangkan dan menyelenggarakan program kegiatan sesuai dengan visi dan misi RSUD.
11. Dewan Pengawas BLUD yang selanjutnya disebut Dewan

12. Komite Profesi adalah kelompok tenaga proefesi yang keanggotaannya dipilih dari anggota staf profesi yang bersangkutan.
13. Komite profesi terdiri dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Paramedis non Keperawatan.
14. Komite Medik adalah kelompok tenaga profesional yang mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun pelayanan medik dan pelayanan lain dan membantu pelaksanaannya, melaksanakan pembinaan etika profesi anggota Staf Medik Fungsional, mengembangkan program pelayanan pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan.
15. Komite Keperawatan adalah kelompok profesi perawat dan bidan yang anggotanya terdiri dari para perawat dan bidan, mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar keperawatan dan pembinaan etika profesi keperawatan.
16. Komite Paramedis non Keperawatan adalah sekelompok profesi yang anggotanya terdiri dari berbagai profesi kesehatan selain profesi medis dan keperawatan.
17. Staf Medik Fungsional yang selanjutnya disebut SMF adalah kelompok dokter yang bekerja pada instalasi dalam jabatan fungsional, mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, serta dalam melaksanakan tugasnya Staf Medik Fungsional dikelompokkan sesuai dengan keahliannya.

18. Staf Keperawatan Fungsional yang selanjutnya disebut SKF adalah kelompok perawat yang bekerja pada instalasi dalam jabatan fungsional, mempunyai tugas melaksanakan asuhan keperawatan dari mulai pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi sampai dengan evaluasi, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta dalam melaksanakan tugasnya staf keperawatan fungsional dikelompokkan sesuai dengan keahliannya.
19. Staf Paramedis non Keperawatan Fungsional adalah petugas fungsional yang bertugas di Instalasi non Keperawatan.
20. Tenaga Non-Medis adalah tenaga yang bertugas di Instalasi yang tidak berkaitan langsung dengan pelayanan terhadap pasien, yang dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Kepala Instalasi.
21. Satuan Pengawas Intern yang selanjutnya disebut SPI adalah kelompok fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan sumber daya RSUD yang ditetapkan oleh Direktur.
22. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang yang mendapat legalitas dari Pemerintah Daerah dalam suatu satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu.
23. Sistem pelayanan Kesehatan adalah bagian dari sistem kesehatan adalah upaya peningkatan derajat kesehatan, yang terdiri dari upaya pelayanan kesehatan perorangan dalam beberapa literatur disebut *Medical Care* dan upaya pelayanan kesehatan masyarakat, yang dituangkan dalam dokumen Sistem Kesehatan Daerah (SKD).

24. Upaya pelayanan kesehatan perorangan di rumah sakit adalah pelayanan profesi oleh tenaga profesional kesehatan, terdiri dari pelayanan kedokteran, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan penunjang medik dan pelayanan rujukan yang mengacu pada paradigma sehat.
25. Pelayanan kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan.
26. Pelayanan penunjang medik adalah bagian dari pelayanan kesehatan perorangan di rumah sakit, terdiri dari pelayanan gizi, pelayanan laboratorium, dan pelayanan non medik pendukung pelayanan kedokteran dan pelayanan keperawatan.
27. Paradigma sehat adalah dalam upaya pelayanan kesehatan perorangan di rumah sakit adalah cara pandang bahwa upaya preventif dan promotif pada masyarakat pengguna rumah sakit merupakan unsur sangat penting dalam menunjang efektifitas pada anggota masyarakat pengguna rumah sakit yang menderita sakit.
28. Kegiatan pelayanan kesehatan perorangan di rumah sakit adalah terdiri dari kegiatan penyelenggaraan pelayanan profesi dan kegiatan penyelenggaraan administrasi pelayanan profesi.
29. Penyelenggaraan pelayanan profesi adalah kegiatan perencanaan, implementasi dan evaluasi pelayanan yang didasari kaidah dan etika profesi.
30. Penyelenggaraan administrasi pelayanan profesi adalah kegiatan perencanaan, implementasi dan evaluasi administrasi pelayanan yang didasari oleh kaidah dan etika manajemen, yang mendukung terselenggaranya pelayanan profesi berbasis *evidence based*.

31. Penyelenggara pelayanan profesi yang disebut tenaga/staf fungsional adalah tenaga profesional yang menekuni salah satu jenis profesi secara purna waktu, yang menyelenggarakan pelayanan profesi dengan atau tanpa menyelenggarakan pendidikan/penelitian terkait, dalam jabatan fungsional.
32. Penyelenggara administrasi pelayanan profesi yang terdiri dari tenaga/staf struktural dan tenaga pelaksana administrasi, adalah staf struktural dan tenaga pelaksana yang menyelenggarakan administrasi pelayanan profesi dengan atau tanpa menyelenggarakan administrasi pendidikan/penelitian terkait, staf struktural menyelenggarakan kegiatan tersebut dalam jabatan struktural sesuai dengan hirarki struktural organisasi RSUD yang ditetapkan oleh Direktur.
33. Tenaga/staf fungsional teknis bukan dokter adalah kelompok profesi bukan dokter yang menyelenggarakan pelayanan profesinya dalam jabatan fungsional di Instalasi di lingkungan RSUD yaitu tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik dan tenaga keteknisan medik.
34. Tenaga fungsional umum non struktural adalah tenaga profesional dalam pelayanan atau administrasi pelayanan yang berperan sebagai penyelenggara manajemen di instalasi dan di struktural fungsional lain di lingkungan RSUD.
35. Keadaan darurat dalam pelayanan profesi di rumah sakit adalah keadaan pasien yang bila tidak diatasi segera akan menyebabkan kematian, kesakitan dan atau kecacatan pasien atau menyebabkan terganggunya pelayanan terhadap pasien.

36. Kegiatan pelayanan profesi di rumah sakit adalah kegiatan (upaya) pengobatan atau penyembuhan penyakit (kuratif), pemulihan kesehatan (rehabilitatif), pencegahan penyakit dan kecacatan (preventif) dan promosi kesehatan (promotif).
37. Kegiatan penelitian dalam pelayanan profesi adalah kegiatan meneliti untuk peningkatan dan pengembangan pelayanan profesi yang baik.
38. Upaya penyembuhan/pengobatan dan pemulihan adalah pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh berbagai disiplin staf fungsional dalam suatu tim, dimana staf medik fungsional berperan sebagai koordinator dan penanggung jawab tim (*captain of the ship*).
39. Instalasi adalah fasilitas atau sarana tempat penyelenggaraan kegiatan pelayanan profesi dan pelayanan penunjangnya, kegiatan penelitian dan pengembangan, kegiatan pelatihan serta kegiatan pemeliharaan sarana rumah sakit, Instalasi tempat penyelenggaraan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif terdiri dari Satuan-satuan Pelaksana Instalasi Fungsional (SPIF).
40. Satuan Pelaksana Instalasi Fungsional (SPIF) adalah satu kesatuan (unit) yang terdiri dari tim penyelenggara pelayanan profesi dan sebagian sarana dari satu Instalasi tempat terselenggaranya pelayanan profesi oleh Tim tersebut secara terpadu dengan Tim penyelenggaraan pelayanan profesi terdiri dari SMF dan staf fungsional (teknis dan umum) yang terkait.
41. Tatakelola korporasi yang baik (*Good Corporate Governance*) adalah serangkaian kegiatan dengan menerapkan kaidah praktek bisnis sehat yang dikelola secara profesional tanpa mencari keuntungan yang sebesar-besarnya agar tetap dapat menutupi biaya operasional dan investasi jangka pendek.

42. Tatakelola klinik yang baik (*Good Clinical Governance*) adalah serangkaian kegiatan untuk meminimalisasi resiko klinis yang mungkin akan membahayakan pasien dan pengunjung yang dilakukan secara sistematis.
43. *Integrated Clinical Pathways* adalah suatu metoda penatalaksanaan pasien berdasarkan Standar Operating Prosedur berupa langkah-langkah klinis yang terintegrasi.
44. *Evidence Based Medicine* adalah suatu metoda penatalaksanaan medis berbasis data, yaitu berupa review fakta empirik yang dapat dijadikan acuan penatalaksanaan medis terkini.
45. Tenaga Medis Paruh waktu adalah tenaga medis yang tidak memiliki jam kerja secara penuh tetapi memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kesepakatan Direktur dan mendapatkan ijin dari Dinas Kesehatan Kota Cirebon.

BAB II TATA KELOLA KORPORASI

Bagian Kesatu Jati Diri Rumah Sakit

Pasal 2

- (1) RSUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) pada Pemerintah Kota yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang pelayanan kesehatan mulai beroperasi mulai tahun 1921 berlokasi di Jalan Kesambi Nomor 56 Kota Cirebon.
- (2) Logo RSUD adalah logo yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Walikota sesuai dengan peraturan perundang-

Bagian Kedua

Visi, Misi, Moto, Kebijakan Mutu, dan Budaya Kerja

Pasal 3

Visi RSUD adalah :

"Menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Kota Cirebon Sebagai Pusat Pelayanan Kesehatan Berkualitas dan Pendidikan Kesehatan se-Wilayah Cirebon pada Tahun 2015".

Pasal 4

Misi RSUD adalah :

1. meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit;
2. meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan keterampilan sumber daya rumah sakit baik medis, paramedis maupun non medis;
3. meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana rumah sakit; dan
4. meningkatkan fungsi rumah sakit sebagai sarana pendidikan.

Pasal 5

Moto RSUD adalah Cepat, Ramah, dan Ilmiah (*CERIA*).

Pasal 6

Kebijakan Mutu RSUD adalah :

Memberikan pelayanan dengan ikhlas dan profesional sesuai dengan standar pelayanan.

Pasal 7

Untuk meningkatkan kinerja penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat, budaya kerja RSUD yaitu Bekerja sesuai dengan ilmu dan kompetensinya dengan rincian sebagai berikut :

a. Ramah :

1. baik dalam berperilaku;
2. sopan dan jujur dalam bertutur kata dan bahasa;
3. santun dalam bergaul; dan
4. berempati terhadap sesama.

b. Disiplin :

1. mentaati semua peraturan yang berlaku dalam lingkungan kerja;
2. selalu tepat waktu dalam bekerja;
3. bekerja sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya; dan
4. disiplin dalam bekerja.

c. Komitmen :

1. menjunjung tinggi semangat dalam bekerja;
2. rasa senasib dan sepenanggungan, seiya dan sekata; dan
3. senantiasa menjalankan kesepakatan bersama.

d. Sabar :

1. tenang dalam bertindak;
2. tidak mudah terpancing emosi;
3. tidak mudah putus asa dalam berusaha; dan
4. tidak tergesa-gesa dalam mengambil keputusan.

e. Rapi :

1. teratur dalam menyusun sesuatu; dan
2. baik dalam bertingkah laku.

f. Adil :

1. tidak berat sebelah;
2. tidak memihak pada salah satu kepentingan; dan
3. mengambil keputusan sesuai dengan hak dan kewenangannya.

g. Cekatan :

1. bijak dalam bertindak;
2. bekerja dengan cepat dan rapi; dan
3. tepat dan akurat.

h. Responsif :

1. cepat dalam bertindak;
2. tanggap dan sigap; dan
3. tidak menanti/menunda pekerjaan.

i. Transparan :

1. menerapkan sistem keterbukaan dengan sesama rekan kerja; dan
2. tidak menyembunyikan sesuatu baik informasi maupun pengetahuan.

j. Informatif :

1. selalu memberikan keterangan yang baik dan benar kepada pasien ataupun rekan kerja; dan
2. memberikan penjelasan dengan lengkap, terang dan mudah dipahami.

Pasal 8

Untuk mencapai visi 2015, upaya tugas pokok dan fungsi yang dilaksanakan merupakan tahapan misi RSUD dengan berpedoman pada azas-azas sebagai berikut :

- a. penyelenggaraan jasa layanan klinikal yang baik (*good clinical care governance*), meliputi :
 1. *Good Corporate Governance* adalah serangkaian kegiatan dengan menerapkan kaidah praktek bisnis sehat yang dikelola secara profesional tanpa mencari keuntungan yang sebesar-besarnya agar tetap dapat menutupi biaya operasional dan investasi jangka pendek; dan
 2. *Good Clinical Governance*, adalah serangkaian kegiatan untuk meminimalisasi risiko klinis yang mungkin akan membahayakan pasien dan pengunjung yang dilakukan secara sistematis melalui pendekatan *Integrated Clinical Pathways* berbasis *Evidence Based Medicine*, azas yang senantiasa diambil dalam melengkapi setiap upaya dan tindakan layanan kesehatan perorangan dan komunitas bagi setiap pengambilan keputusan manajemen klinis.
- b. menyelenggarakan pelayanan prima dan kegiatan pendidikan/pelatihan di RSUD untuk meningkatkan profesionalisme, yang bertujuan menjadi rumah sakit terdepan dan terpercaya dalam pelayanan; dan
- c. meningkatkan kerjasama strategis yang saling menguntungkan (*strategic alliance*) dengan perorangan, institusi ataupun badan usaha yang berkaitan dengan kesehatan dan kedokteran, pendidikan dan penelitian kesehatan dan kedokteran lembaga pendidikan/universitas, dan dengan mengaspirasikan pengejawantahan paradigma sehat pada pelayanan rumah sakit, serta dengan mempromosikan pola Jamkesmas pada sistem pembiayaan rumah sakit.

Bagian Ketiga
Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 9

- (1) RSUD merupakan unsur pendukung otonomi daerah di bidang pelayanan kesehatan, dipimpin oleh seorang Direktur, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (2) RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) di lingkungan Pemerintah Kota yang menerapkan PPK-BLUD dan sebagai rumah sakit rujukan untuk wilayah Cirebon dan sekitarnya berkedudukan langsung di bawah Walikota yang secara operasional sehari-hari dikoordinasikan oleh Sekretaris Daerah.
- (3) RSUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang melakukan transformasi pola pengelolaannya dengan prinsip Quasi Public Good dengan menggunakan pola pengelolaan PPK-BLUD.
- (4) Segmentasi dan positioning pasar RSUD sampai saat ini layanan bertumpu pada segmen masyarakat menengah ke bawah baik melalui program Jamkesmas atau layanan out of pocket lain namun sudah mulai mengarah pada segmen masyarakat yang berada pada perbatasan menengah ke atas.

Bagian Keempat
Tujuan, Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 10

- (1) Tujuan RSUD adalah membantu pemerintah daerah dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal melalui upaya kesehatan yang terjangkau masyarakat, bermutu, efektif dan efisien dengan senantiasa berorientasi pada keselamatan pasien (*patient safety*).
- (2) Tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah upaya manajemen RSUD sebagai salah satu rumah sakit yang :
 - a. mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan perorangan (UKP) yang bermutu dan terjangkau serta seoptimal mungkin dapat menumbuhkan iklim persaingan sehat dan kemitraan dengan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah pada masyarakat yang membutuhkan, serta merupakan acuan/rujukan dari pelayanan kesehatan se wilayah Cirebon dan sekitarnya;
 - b. mampu menjadi rumah sakit yang menjadi pilihan utama masyarakat dan mampu memberikan pelayanan yang memuaskan pelanggan;
 - c. unit potensial dikelola sebagai sistem bisnis;
 - d. *net profit* meningkat dari unit-unit penghasil potensial;
 - e. pengembangan investasi jangka pendek yang makin bervariasi; dan
 - f. penghargaan profesi yang diberikan berbasis peningkatan kinerja, prestasi, dedikasi dan loyalitas sesuai dengan karakter keahlian.

- (3) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) RSUD berpedoman pada :

- a. Sistem Kesehatan Nasional dan Sistem Kesehatan Daerah;
- b. kaidah dan etika ilmu pengetahuan;
- c. harapan dan kebutuhan masyarakat yang selaras dan seimbang dengan kemampuan masyarakat; dan
- d. harapan dan kebutuhan pegawai RSUD yang selaras dan seimbang dengan harapan dan kebutuhan masyarakat.

Bagian Kelima
Strategi dan Kebijakan Strategi

Pasal 11

- (1) Strategi pencapaian tujuan RSUD adalah :
 - a. diversifikasi pelayanan , dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan konvensional dan non konvensional menuju pelayanan sub spesialisik dan evidence based yang dilengkapi oleh sumber daya manusia yang profesional dan terlatih serta kelengkapan sarana penunjang untuk semua SMF yang diprioritaskan sesuai dengan kebutuhan pasar dan gaya hidup yang berkembang di masyarakat, seperti Pelayanan Trauma Centre, Pelayanan Haemodialisa dan Pelayanan *Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif* (Ponek);
 - b. ekstensifikasi pelayanan klinik berbasis kebutuhan yang *in elastisitas* di masyarakat, seperti pelayanan kardiovaskuler terpadu, Pelayanan Gawat Darurat Terpadu, Sentral Diagnostik, dan lain-lain;

- c. verifikasi integrasi layanan kesehatan modern dan tradisional yang rasional guna mencegah pengobatan alternatif yang berlebihan dan penggunaan akupunktur untuk terapi dan tindakan;
- d. pengembangan produk berbasis *Evidence Based*;
- e. pengembangan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit atau SIMRS (*e-hospital*);
- f. integrasi proses layanan pelanggan dengan kegiatan *one stop service*;
- g. peningkatan pengawasan dengan memberdayakan SPI;
- h. peningkatan pengawasan mutu berkesinambungan dengan memberdayakan SPMRS dan meningkatkan pembahasan-pembahasan dan evaluasi berkala pada kasus-kasus tertentu dan kategori karantina;
- i. inventarisasi pihak ketiga dengan Kerja Sama Operasional, peralatan medis serta penunjang medis;
- j. peningkatan efektifitas biaya dan efisiensi biaya operasional secara berkala dengan menghitung *cost recovery* untuk masing-masing sarana/prasarana;
- k. pengembangan investasi terencana;
- l. penetapan *costing* dan *pricing* berdasarkan *unit cost*;
- m. mempertahankan liquiditas kas dan kinerja pengelolaan piutang;
- n. peningkatan koordinasi dengan dinas terkait;
- o. mengembangkan *merit system* dalam penetapan remunerasi;
- p. meningkatkan kinerja organisasi;
- q. peningkatan *knowledge based management*;
- r. rekrutmen dan penempatan SDM sesuai kompetensi (*rightsizing*);
- s. melengkapi sarana dan prasarana;

- t. peningkatan kenyamanan, keamanan dan kesembuhan; dan
- u. meningkatkan kepuasan pelanggan.

(2) Kebijakan umum dalam rangka kebijaksanaan strategis untuk penyelenggaraan RSUD adalah :

- a. penambahan tenaga profesi yang segera meningkatkan cakupan dan kinerja unit penghasil tertentu;
- b. penambahan modal usaha (investasi) dari sumber-sumber Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kota;
- c. penambahan belanja modal melengkapi sarana/prasarana mendukung Standar Pelayanan Minimal;
- d. mengadakan tenaga konsultan;
- e. Kerja Sama Operasional (KSO) dengan pihak ketiga;
- f. memberikan jaminan kepuasan pelanggan;
- g. melengkapi sarana dan prasarana;
- h. memberikan ketetapan dan kecepatan pelayanan (*JIT=Just In Time*);
- i. intensifikasi penagihan piutang;
- j. pengembangan sistem remunerasi;
- k. efektifitas pemecahan masalah;
- l. *One stop service*;
- m. peningkatan sikap dan perilaku SDM yang berorientasi kecerdasan emosi, spiritual dan orientasi pelanggan;
- n. peningkatan pelayanan dan kelengkapan sarana/prasarana;
- o. pertambahan segmen pasar;
- p. memberikan keamanan dan kenyamanan pelanggan;

- q. mengembangkan peningkatan mutu di seluruh lini pelayanan;
- r. akses kemudahan dalam komunikasi dan informasi;
- s. diversifikasi pelayanan bisnis baru;
- t. pada tarif berbasis *unit cost* tiap unit pelayanan;
- u. peningkatan kepuasan karyawan;
- v. efisiensi biaya operasional;
- w. komitmen memberikan pelayanan yang baik;
- x. meningkatkan disiplin pegawai; dan
- y. pemerataan ilmu pengetahuan.

Bagian Keenam
Kedudukan Pemerintah Kota

Pasal 12

Pemerintah Kota bertanggungjawab atas kelangsungan hidup, kemajuan dan perkembangan rumah sakit sesuai yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.

Pasal 13

Pemerintah Kota dalam melaksanakan tanggungjawabnya berwenang :

- a. menetapkan peraturan internal dasar (*Corporate by Law* dan *Medical Staf by Law*) rumah sakit serta perubahannya;
- b. membentuk dan menetapkan Direktur dan Dewan Pengawas;
- c. memberhentikan Direktur dan Dewan Pengawas karena suatu hal yang membolehkan mereka diberhentikan sebelum masa jabatannya berakhir;
- d. menyetujui dan mensahkan Rencana Bisnis Anggaran (RBA);
- e. membatalkan peraturan atau keputusan yang ditetapkan oleh

- f. memberikan penghargaan kepada pegawai atas prestasi kerja sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Pasal 14

- (1) Pemerintah Kota bertanggung jawab kepada masyarakat melalui Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) atas kemanfaatan, kelangsungan hidup, kelancaran dan perkembangan rumah sakit.
- (2) Pemerintah Kota bertanggung jawab menutup defisit yang dialami rumah sakit.
- (3) Pemerintah Kota bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain (termasuk pasien) akibat kelalaian atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

Bagian Ketujuh
Dewan Pengawas

Paragraf 1

Kedudukan, Pembentukan, dan Pembiayaan

Pasal 15

Dalam rangka pelaksanaan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD dapat dibentuk Dewan Pengawas.

Pasal 16

Dewan Pengawas dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Walikota atas usulan dari Direktur.

Pasal 17

Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola rumah sakit.

Pasal 18

Dewan Pengawas terdiri atas 5 (lima) orang anggota, yang susunannya sebagai berikut :

- a. seorang Ketua, merangkap anggota;
- b. seorang Sekretaris, merangkap anggota; dan
- c. 3 (tiga) orang anggota.

Pasal 19

Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur yang berasal dari :

- a. pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan BLUD;
- b. pejabat di lingkungan organisasi pengelola keuangan daerah atau pejabat lain yang ditunjuk oleh Walikota; dan
- c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.

Pasal 20

Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota Dewan Pengawas adalah :

- a. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris, atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
- c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit.

Pasal 21

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas, termasuk honor anggota dan sekretaris dibebankan kepada rumah sakit dan dimuat dalam RBA.

Paragraf 2

Tugas dan Kewajiban Dewan Pengawas

Pasal 22

Dewan Pengawas bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD yang dilakukan oleh pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 23

Dewan Pengawas berkewajiban :

- a. memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai RBA yang diusulkan Pejabat Pengelola;
- b. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit, memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan rumah sakit;
- c. melaporkan kepada Walikota tentang kinerja rumah sakit;
- d. memberikan nasehat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan pengelolaan BLUD;
- e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja, baik keuangan maupun non-keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelola BLUD;
- f. memonitor tindak-lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja;

- h. memberikan pendapat dan saran mengenai rencana jangka panjang rumah sakit;
- i. mengawasi program-program rumah sakit; dan
- j. berperan sebagai penengah apabila terjadi konflik antara staf dengan staf lainnya (atas permintaan eksekutif) atau konflik antara staf dengan pemerintah.

Pasal 24

Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, kepada Walikota secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Paragraf 3

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 25

Masa jabatan anggota Dewan Pengawas adalah selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya sepanjang masih memenuhi kriteria yang ditentukan.

Paragraf 4

Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas

Pasal 26

- (1) Anggota Dewan Pengawas berhenti secara otomatis karena habis masa jabatannya.
- (2) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Keputusan Walikota.

Pasal 27

Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya karena :

- a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
- b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
- c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit; dan
- d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas rumah sakit.

Pasal 28

- (1) Pemberhentian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 dilakukan dengan Keputusan Walikota.
- (2) Dalam hal anggota yang bersangkutan berkeberatan dengan keputusan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) maka kepada yang bersangkutan diberi kesempatan mengajukan keberatan disertai alasannya dalam waktu 60 (enam puluh) hari sejak diterimanya keputusan dan kepada pembuat keputusan diberi waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya keberatan untuk menanggapi dan memberikan keputusannya.
- (3) Dalam hal tenggang waktu yang diberikan tidak dimanfaatkan oleh anggota maka keputusan berlaku tetap dan dalam hal tenggang waktu tidak dimanfaatkan oleh pembuat keputusan maka keputusan yang telah dikeluarkan menjadi batal.

Paragraf 5
Rapat-Rapat dan Pelaporan

Pasal 29

Rapat Dewan Pengawas terdiri dari rapat berkala, rapat khusus dan rapat tahunan.

Pasal 30

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila yang hadir mencapai qorum, yaitu 3 (tiga) orang anggota.
- (2) Dalam hal qorum tidak tercapai maka rapat diundur setengah jam dari jadwal yang ditentukan dalam undangan.
- (3) Dalam hal qorum tetap tidak tercapai maka rapat diundur pada hari, jam, tempat dan agenda yang sama pada minggu berikutnya tanpa surat undangan dengan tidak lagi mempersoalkan jumlah anggota yang hadir.
- (4) Untuk kepentingan pengambilan keputusan yang akurat dapat dihadirkan pihak-pihak yang terkait, termasuk mendatangkan ahli bilamana diperlukan.

Pasal 31

- (1) Rapat berkala dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam setahun.
- (2) Undangan rapat berkala harus disampaikan kepada seluruh anggota Dewan Pengawas paling lambat 2 (dua) hari sebelum tanggal dilaksanakan.
- (3) Setiap undangan rapat harus dilampiri risalah singkat dari hasil rapat yang diadakan sebelumnya, kecuali untuk rapat yang diadakan pertama kali.

Pasal 32

- (1) Rapat khusus diadakan atas permintaan oleh sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang anggota atau karena adanya keadaan tertentu yang sangat urgen untuk segera diselesaikan.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan kepada seluruh anggota 24 (dua puluh empat) jam sebelum tanggal dilaksanakan dengan mencantumkan alasan dan tujuannya secara spesifik.
- (3) Rapat khusus atas permintaan anggota harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari sejak diterimanya surat permintaan.

Pasal 33

- (1) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam setahun untuk mendengar dan membahas laporan Direktur sebagai penanggung jawab teknis operasional tentang kondisi rumah sakit (termasuk laporan keuangan) serta untuk menyusun laporan tahunan Dewan Pengawas kepada Walikota.
- (2) Undangan rapat tahunan Dewan Pengawas harus disampaikan kepada seluruh anggota paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diadakan.

Pasal 34

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan Dewan Pengawas wajib dihadiri oleh segenap anggota Direksi serta pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas.

Pasal 35

- (1) Rapat Dewan Pengawas dipimpin oleh Ketua Dewan

- (2) Dalam hal Ketua berhalangan hadir maka rapat diadakan apabila telah mencapai qorum dengan memilih salah seorang anggota untuk memimpin rapat.

Bagian Kedelapan Pengelolaan Rumah Sakit

Paragraf 1 Organisasi

Pasal 36

Untuk menjalankan praktek bisnis rumah sakit yang sehat, transparan dan akuntabel dipandang perlu dilengkapi dengan perangkat sebagai berikut :

- a. Organisasi RSUD dibentuk berdasarkan Peraturan Walikota Nomor 55 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUD Gunung Jati Kota Cirebon; dan
- b. Dewan Pengawas dipilih berdasarkan kewenangan yang diusulkan oleh Direktur kepada Walikota untuk ditetapkan.

Paragraf 2 Komposisi Pengelola Rumah Sakit

Pasal 37

Pejabat pengelola rumah sakit adalah pemimpin rumah sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum yang terdiri atas :

- a. Pemimpin;
- b. Pejabat Keuangan; dan
- c. Pejabat Teknis.

Pasal 38

Pemimpin rumah sakit adalah Direktur, yang bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah terhadap operasional dan keuangan rumah sakit secara umum dan keseluruhan.

Pasal 39

Pejabat keuangan rumah sakit adalah Wakil Direktur Umum dan Keuangan yang bertanggung jawab kepada Direktur menyangkut pengelolaan keuangan rumah sakit.

Pasal 40

Pejabat teknis rumah sakit adalah Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan serta Wakil Direktur Penunjang Medis dan Pendidikan yang bertanggung jawab kepada Direktur atas semua kegiatan pelayanan kesehatan, meliputi mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya.

Pasal 41

- (1) Komposisi pejabat pengelola rumah sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Walikota.

Paragraf 3
Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 42

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat pengelola rumah sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh pejabat pengelola BLUD berupa pengetahuan, ketrampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
- (3) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi dengan kemampuan keuangan BLUD.

Pasal 43

Pejabat pengelola rumah sakit diangkat dan diberhentikan oleh Walikota dengan Keputusan Walikota.

Pasal 44

- (1) Masa jabatan sebagai pejabat pengelola rumah sakit adalah 5 (lima) tahun atau sesuai dengan kebutuhan dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan yang ditentukan.
- (2) Pejabat pengelola rumah sakit dapat diberhentikan sebelum masa jabatannya berakhir karena :
 - a. meninggal dunia;

- c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
- d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan dalam pelaksanaan tugasnya; dan
- e. tidak dapat menunjukkan progress kinerja yang baik dalam kurun dua tahun berturut-turut.

Paragraf 4
Persyaratan Pejabat Pengelola

Pasal 45

Orang perorangan yang dapat diangkat menjadi pejabat pengelola rumah sakit harus memenuhi kompetensi jabatan sebagai berikut :

- a. sehat jasmani dan rohani;
- b. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakit;
- c. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengelola dan mengembangkan rumah sakit;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- e. berstatus Pegawai Negeri Sipil yang bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan rumah sakit;
- f. lulus *fit and proper test*;
- g. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pencapaian visi dan misi rumah sakit; dan
- h. bersedia menandatangani kontrak kerja.

Paragraf 5
Tugas dan Kewajiban Direktur

Pasal 46

Direktur rumah sakit mempunyai tugas dan kewajiban sebagai berikut :

- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan rumah sakit sesuai visi, misi dan tujuan organisasi dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. menyusun rencana strategis bisnis rumah sakit;
- c. menyiapkan RBA Tahunan;
- d. mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis sesuai ketentuan;
- e. menetapkan pejabat yang ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan serta pejabat lain sesuai kebutuhan rumah sakit;
- f. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta kinerja keuangan rumah sakit;
- g. memelihara, mengelola dan meningkatkan sumber daya rumah sakit;
- h. mewakili rumah sakit di dalam dan di luar pengadilan;
- i. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha sebagaimana yang telah digariskan;
- j. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
- k. menyiapkan rencana jangka panjang dan rencana kerja dan anggaran rumah sakit;
- l. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai kelaziman yang berlaku;

- m. memutuskan dan menetapkan peraturan-peraturan rumah sakit guna melaksanakan ketentuan-ketentuan dalam peraturan internal dasar maupun peraturan perundang-undangan;
- n. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan perundang-undangan;
- o. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
- p. mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan; dan
- q. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat rumah sakit.

Paragraf 6
Tanggung-jawab Pejabat Pengelola

Pasal 47

Direktur bertanggung-jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah mengenai hal-hal sebagai berikut :

- a. ketepatan kebijaksanaan berbasis visi dan misi rumah sakit;
- b. kelancaran, efektifitas dan efisiensi seluruh kegiatan rumah sakit; dan
- c. kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya.

Pasal 48

Pejabat Keuangan bertanggung jawab kepada Direktur mengenai hal-hal :

- a. kebenaran pelaksanaan kebijakan keuangan dan akuntansi;
- b. kebenaran rencana kerja bidang keuangan rumah sakit;
- c. ketepatan dan kebenaran prosedur kerja bidang keuangan

- d. kelancaran efektifitas dan efisiensi pelayanan keuangan; dan
- e. ketepatan laporan kegiatan keuangan.

Pasal 49

Pejabat Teknis bertanggung jawab kepada Direktur menyangkut hal-hal :

- a. kebenaran rancangan kebijaksanaan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis dan pendidikan;
- b. penetapan program dan kegiatan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis dan pendidikan;
- c. penetapan tata cara kerja pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis dan pendidikan ketepatan program Penunjang Medik;
- d. kelancaran tata cara kerja layanan Penunjang Medik;
- e. ketepatan laporan berkala dan laporan khusus di lingkungan Penunjang Medik;
- f. ketepatan dan kebenaran rencana kerja Peningkatan SDM Tenaga Medis, Keperawatan, Non Keperawatan, dan Tenaga Administrasi;
- g. ketepatan dan kebenaran rencana kerja pendidikan dan pelatihan;
- h. ketepatan dan kebenaran rencana kerja bagian pengembangan mutu; dan
- i. ketepatan dan kebenaran rencana kerja pemasaran.

Paragraf 7

Jabatan, Staf dan Kelengkapan

Pasal 50

- (1) Direktur dapat mengusulkan dan atau mengangkat pejabat dalam jabatan yang bersifat fungsional/non struktural dengan hierarkhi setingkat pimpinan puncak (Ketua Komite Klinik, Instalasi/Ketua Kelompok Fungsional) dan setingkat staf pelaksana (staf fungsional), pengangkatan berdasarkan atas kebutuhan untuk pencapaian tujuan organisasi RSUD. Sebutan, fungsi, tugas, hak dan wewenang pejabat dan jabatan fungsional tersebut ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Direktur dapat mengangkat staf khusus dan atau staf ahli yang bersifat fungsional/non struktural untuk diperbantukan pada semua tingkat manajemen, pengangkatan berdasarkan atas kebutuhan untuk pencapaian tujuan organisasi RSUD. Sebutan, fungsi, tugas, hak dan wewenang staf khusus/staf ahli tersebut ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Direktur dapat membentuk Badan Kelengkapan Khusus yang bersifat fungsional/non struktural, yang diperlukan untuk pencapaian tujuan pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD. Sebutan, tugas, fungsi, hak dan wewenang Badan Kelengkapan Khusus tersebut ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Rekrutmen Pegawai Non PNS RSUD diambil dari lamaran yang masuk, kemudian direkapitulasi, pemanggilan pegawai dilakukan pada yang IPK di atas 2,75 (skala 4), kemudian dilakukan seleksi mencakup seleksi akademik, wawancara, dan praktik lapangan.
- (5) Hasil Seleksi, bagi yang lulus, sebelum melaksanakan tugas dilakukan orientasi kerja terlebih dahulu.

- (6) Pengisian formasi jabatan baik Struktural maupun Fungsional dilaksanakan secara berjenjang sesuai pola karier yang ada, apabila kandidat hanya satu orang dilakukan dengan penilaian potensi oleh Tim Pertimbangan Kepegawaian dan formasi langsung diisi. Apabila kandidat lebih dari satu orang maka dilakukan *fit and proper test*.
- (7) Bagi Pegawai droping Pemerintah Daerah sebelum penempatan pada unit kerja dilakukan orientasi pegawai baru.

Paragraf 1

Pengangkatan Staf Medis

Pasal 51

Direktur berwenang sepenuhnya mengangkat staf medis dan komisi atau panitianya setelah berkonsultasi dengan Komite Medik.

Paragraf 2

Penugasan Staf Medis

Pasal 52

- (1) Direktur dan Komite Medik menetapkan kriteria dan syarat-syarat penugasan setiap staf medis untuk suatu tugas atau jabatan klinis tertentu (*Clinical Priviledge*), dan akan menyampaikan hal tersebut kepada setiap tenaga medis yang menghendaki penugasan klinik di Rumah Sakit.
- (2) Kriteria dan syarat-syarat penugasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Setiap tenaga medis yang akan mendapat penugasan klinik

- (4) Tenaga Medis yang telah mendapat penugasan klinik di rumah sakit dapat berstatus sebagai dokter purna waktu, dokter paruh waktu, atau dokter tamu yang selanjutnya ditetapkan dalam suatu kontrak kerja.
- (5) Jangka waktu penugasan tenaga medis adalah 3 (tiga) tahun untuk dilakukan rekredensial, kecuali ditetapkan lain oleh Direktur, dengan memperhatikan kondisi sebagai berikut yang akan menyebabkan penugasan di rumah sakit akan berakhir:
 - a. bila ijin praktek yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku; atau
 - b. bila kondisi fisik atau mental tenaga medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan tindakan medis secara menetap; atau
 - c. bila tenaga medis telah berusia 60 tahun, namun yang bersangkutan masih dapat pula diangkat sesuai dengan pertimbangan Direktur; atau
 - d. bila tenaga medis tidak memenuhi ketentuan dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kontrak kerja; atau
 - e. bila tenaga medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelalaian atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana yang diatur dalam *Medical Staf By Laws*, peraturan internal Rumah Sakit; atau
 - f. bila tenaga medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan rumah sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

(6) Penugasan klinis di rumah sakit pada seorang tenaga medis hanya dapat ditetapkan bila bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut :

- a. memenuhi syarat sebagai tenaga medis berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan ini;
- b. menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas rumah sakit, dan bila diperlukan, rekomendasi dari Sub Komite Kredensial;
- c. mengambil segala tindakan yang diperlukan untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di rumah sakit terpelihara dengan baik, dan rekam medis disimpan dalam waktu yang sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;
- d. memperhatikan dan melaksanakan segala permintaan rumah sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan tindakannya di rumah sakit dengan mengacu pada ketentuan pelayanan yang berlaku di rumah sakit;
- e. memenuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, pasien, teman sejawat, dan diri sendiri; dan
- f. memperhatikan syarat-syarat umum praktek kedokteran sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Bagian Kesepuluh
Penyelenggaraan PPK BLUD

Paragraf 1
Otonomi Pengelolaan

Pasal 53

- (1) RSUD mempunyai kewenangan di bidang pengelolaan SDM, keuangan dan pengelolaan aset, serta kerjasama dengan pihak ketiga sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengelolaan SDM sebagaimana pada ayat (1) di atas meliputi :
 - a. perencanaan kebutuhan tenaga RSUD;
 - b. pengangkatan pegawai RSUD yang bukan Pegawai Negeri Sipil;
 - c. turut serta dalam proses penempatan Pegawai Negeri Sipil;
 - d. pengaturan dan pemberian izin kepada Dokter dan Dokter Gigi RSUD yang akan melakukan kerja atau praktek di Rumah Sakit swasta/badan lain di luar jam kerja;
 - e. penilaian akuntabilitas kinerja pegawai RSUD; dan
 - f. penetapan dan peningkatan reward terhadap seluruh pegawai RSUD.
- (3) Otonomi pengelolaan keuangan meliputi fleksibilitas dalam hal pengelolaan praktek bisnis rumah sakit yang sehat dan produktif.
- (4) Otonomi pengadaan dan pengelolaan aset yang bersumber dari pendapatan fungsional diberikan untuk kawasan

- (5) Otonomi kerjasama dengan pihak ketiga dilakukan berdasarkan praktek bisnis yang sehat dengan prinsip efisiensi dan efektifitas dan saling menguntungkan.

Paragraf 2

Penyelenggaraan Kegiatan

Pasal 54

- (1) Penyelenggaraan kegiatan rumah sakit terdiri dari kegiatan administrasi dan manajemen serta kegiatan pelayanan kesehatan.
- (2) Kegiatan pelayanan administrasi dan manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
 - a. dalam hal BLUD yang memberi pelayanan yang bersifat wajib kepada masyarakat dapat melaksanakan pengeluaran sebelum penetapan RBA definitif;
 - b. RBA definitif sebagaimana dimaksud pada huruf a digunakan sebagai acuan dalam menyusun Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) RSUD untuk diajukan kepada Pejabat Penatausahaan Keuangan Daerah (PPKD);
 - c. DPA RSUD sebagaimana dimaksud pada huruf b paling sedikit mencakup seluruh pendapatan dan belanja, proyeksi arus kas, serta jumlah dan kualitas jasa dan /atau barang yang akan dihasilkan oleh RSUD;
 - d. PPKD mengesahkan dokumen pelaksanaan anggaran RSUD paling lambat tanggal 31 Desember menjelang awal tahun anggaran;
 - e. dalam hal dokumen pelaksanaan anggaran sebagaimana dimaksud pada huruf c belum disajikan

- f. DPA yang telah disahkan oleh PPKD, sesuai dengan kewenangannya sebagaimana dimaksud pada huruf d menjadi dasar penarikan dana yang bersumber dari APBD oleh RSUD.

- (3) Kegiatan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :

- a. kegiatan pelayanan medis;
- b. pelayanan penunjang medis dan non medis;
- c. pelayanan asuhan keperawatan;
- d. pelayanan rujukan;
- e. pelayanan pendidikan dan pelatihan;
- f. promosi kesehatan;
- g. rehabilitasi medis;
- h. penelitian dan pengembangan;
- i. penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan; dan
- j. pelayanan keluarga miskin.

Paragraf 3

Pengelolaan Keuangan

Pasal 55

Prinsip pengelolaan keuangan yang berasal dari penerimaan fungsional rumah sakit mengacu kepada Standar Akuntansi Pemerintah (SAP) dan akan dilakukan perubahan secara bertahap mengacu kepada pola standar Akuntansi Akuntan Indonesia (SAK) dengan prinsip efisiensi dan efektifitas guna memperoleh kecepatan, ketersediaan dan akses layanan yang tepat. Sedangkan untuk sumber penerimaan yang berasal dari pemerintah daerah (DAU) akan mengacu kepada standar yang ditetapkan berdasarkan Peraturan Walikota mengacu kepada ketentuan Peraturan Menteri Dalam Negeri yang berlaku paling

Paragraf 4
Tarif Layanan

Pasal 56

Kebijakan yang berkaitan dengan penetapan tarif layanan mengacu kepada Peraturan Daerah, Peraturan Walikota atau Keputusan Direktur yang ditetapkan yang senantiasa akan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan eskalasi dan perubahan nilai indeks komoditas yang berlaku di pasar dan diperhitungkan dalam perhitungan berbasis *unit cost*. Untuk layanan kelas III pemerintah mengacu kepada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan mengacu kepada pendekatan *INA-DRG's* yang berlaku.

Paragraf 5
Pengelolaan Pendapatan

Pasal 57

- (1) Pendapatan RSUD bersumber dari :
 - a. APBN;
 - b. APBD;
 - c. Jasa Layanan RSUD;
 - d. Hibah;
 - e. hasil kerjasama RSUD dengan pihak ketiga; dan
 - f. pendapatan lain RSUD yang sah.
- (2) Pendapatan RSUD yang bersumber dari APBN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a adalah

- (3) Pendapatan RSUD yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b adalah pendapatan yang berasal dari otorisasi kredit anggaran Pemerintah Daerah bukan dari kegiatan pembiayaan APBD.
- (4) Pendapatan RSUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c adalah imbalan yang diperoleh dari layanan yang diberikan.
- (5) Pendapatan RSUD yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d dapat berupa hibah terikat dan hibah tak terikat.
- (6) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (5) adalah pendapatan yang diperoleh dari masyarakat atau badan lainnya yang diperlakukan sesuai peruntukan dan dapat ditujukan untuk membiayai kegiatan operasional, aset tetap, investasi keuangan (*endowment fund*) atau pembebasan kewajiban, tergantung tujuan pemberi hibah.
- (7) Hasil kerjasama dengan pihak ketiga sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf e, dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang tidak berhubungan langsung dengan tugas pokok dan fungsi RSUD.
- (8) Pendapatan lain RSUD yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f, terdiri dari :
 - a. hasil penjualan kekayaan RSUD yang tidak dipisahkan;
 - b. hasil pemanfaatan kekayaan RSUD;
 - c. pendapatan bunga;
 - d. tuntutan ganti rugi;
 - e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;

Paragraf 6
Pengelolaan Utang dan Piutang

Pasal 58

- (1) RSUD dapat memberikan piutang sehubungan dengan penyerahan barang dan jasa dan/atau transaksi yang berhubungan langsung maupun tidak langsung dengan kegiatan RSUD.
- (2) Piutang RSUD dikelola secara tertib, efisien, ekonomis, transparan dan bertanggung jawab serta dapat memberikan nilai tambah, sesuai dengan prinsip bisnis sehat dan berdasarkan ketentuan dan peraturan perundang-undangan.
- (3) Direktur melaksanakan penagihan piutang.
- (4) Untuk melaksanakan penagihan piutang sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Direktur RSUD menyiapkan bukti dan administrasi penagihan, menyelesaikan tagihan dan menatausahakan atas piutang (tagihan) RSUD.
- (5) Piutang RSUD dapat dihapus secara mutlak atau bersyarat oleh Direktur atau pejabat yang berwenang, yang nilainya ditetapkan secara berjenjang dan memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 59

- (1) RSUD dapat melakukan pinjaman dan obligasi sehubungan dengan kegiatan operasional dan/atau perikatan peminjaman dengan pihak lain.
- (2) Pinjaman dan obligasi RSUD dikelola dan diselesaikan secara tertib, efisien, ekonomis, transparan, dan

- (3) Pemanfaatan utang yang berasal dari perikatan pinjaman jangka pendek hanya untuk belanja operasional termasuk keperluan menutup defisit kas.
- (4) Pemanfaatan utang yang berasal dari perikatan pinjaman jangka panjang hanya untuk belanja modal.
- (5) Perikatan pinjaman dilakukan oleh pejabat yang berwenang secara berjenjang berdasar nilai pinjaman.
- (6) Kewenangan peminjaman sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Walikota.
- (7) Pembayaran kembali utang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab RSUD.
- (8) Hak tagih utang RSUD menjadi kadaluwarsa setelah 5 (lima) tahun sejak utang tersebut jatuh tempo, kecuali ditetapkan lain menurut peraturan perundang-undangan.
- (9) Jatuh tempo sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dihitung sejak 1 Januari tahun berikutnya.
- (10) RSUD wajib membayar bunga dan pokok utang dan/atau obligasi daerah yang telah jatuh tempo.
- (11) Dalam hal pembayaran bunga dan pokok utang dan /atau obligasi daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (10) melebihi anggaran yang tersedia dalam RBA, Pimpinan Rumah Sakit dapat melakukan pelampauan pembayaran mendahului RBA perubahan.
- (12) Pembayaran bunga dan pokok utang sebagaimana dimaksud pada ayat (11) dan pelampauan pembayaran bunga dan pokok utang dan / atau obligasi daerah tersebut dilaporkan dalam pembahasan awal RBA perubahan.

- (13) Dalam hal pembayaran bunga dan cicilan pokok utang dan /atau obligasi daerah yang jatuh tempo melebihi anggaran yang tersedia dalam RBA perubahan, Direktur dapat melakukan pelampauan pembayaran dan melaporkannya dalam laporan realisasi anggaran kepada PPKD.

Paragraf 7
Pengelolaan Barang

Pasal 60

- (1) Direktur sebagai Pimpinan BLUD selaku pengguna barang bertanggung jawab atas pengelolaan dan penatausahaan barang milik Pemerintah Kota yang berada dalam penguasaannya dan bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pimpinan BLUD selaku pengguna barang sebagaimana dimaksud pada ayat(1) dalam melaksanakan program dan kegiatan menunjuk Kuasa Pengguna Barang RSUD dan bertanggung jawab atas pelaksanaan tugasnya kepada Direktur selaku Pengguna Barang.
- (3) Pengelolaan serta penatausahaan barang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan secara periodik kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (4) Penguasaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan kuasa yang dilimpahkan oleh Walikota.
- (5) Pejabat Pengguna Barang atau Kuasa Pengguna Barang dalam melaksanakan program serta kegiatan dapat menunjuk pejabat pada RSUD sebagai PPTK

- (6) PPTK sebagaimana dimaksud pada ayat (5) mempunyai tugas :
 - a. mengendalikan pelaksanaan kegiatan;
 - b. melaporkan perkembangan pelaksanaan kegiatan; dan
 - c. menyiapkan dokumen atas beban pelaksanaan kegiatan.
- (7) Dokumen sebagaimana dimaksud pada ayat (6) huruf c mencakup dokumen administrasi kegiatan yang ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (8) Pengadaan barang dan jasa oleh RSUD dilakukan berdasarkan prinsip efisien dan ekonomis sesuai dengan praktek bisnis yang sehat.
- (9) Kewenangan pengadaan barang dan jasa sebagaimana dimaksud pada ayat (8) diselenggarakan berdasarkan jenjang nilai yang diatur dalam Peraturan Walikota.
- (10) RSUD diberikan fleksibilitas berupa pembebasan sebagian dari ketentuan yang berlaku umum bagi pengadaan barang dan jasa Pemerintah bila terdapat alasan efektifitas dan/atau efisien.
- (11) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (10) berlaku untuk diberikan terhadap pengadaan barang/ jasa yang sumber dananya berasal dari :
 - a. jasa pelayanan yang diberikan;
 - b. hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain; dan/atau
 - c. hasil kerja sama RSUD dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya.
- (12) Pengadaan barang dan/atau jasa yang dibebaskan sebagian

- (13) Efektifitas dan / atau efisiensi sebagaimana dimaksud pada ayat (10) diwujudkan dalam pelaksanaan pengadaan barang/jasa yang ditetapkan oleh Direktur dengan mengikuti prinsip-prinsip transparansi, adil/tidak diskriminatif, akuntabel sesuai praktek bisnis yang sehat dalam rangka peningkatan mutu pelayanan.
- (14) Ketentuan lebih lanjut tentang pengadaan barang dan jasa di RSUD diatur lebih lanjut dalam Peraturan Walikota.

Paragraf 8
Akuntansi dan Pelaporan

Pasal 61

- (1) Pengelolaan Keuangan RSUD menerapkan sistem pengelolaan keuangan BLUD.
- (2) Pengelolaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (3) Setiap transaksi keuangan harus diakuntansikan dan dokumen atau bukti pendukungnya dikelola secara aman dan tertib.

Pasal 62

Pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 61 ayat (1) diselenggarakan dengan sistem akuntansi dan laporan keuangan berbasis aktual sesuai dengan Standar Akuntansi Keuangan (SAK) yang diterbitkan oleh Asosiasi Profesi Akuntansi Indonesia.

Paragraf 9
Prosedur Akuntansi

Pasal 63

- (1) Setiap transaksi keuangan RSUD menggunakan bukti transaksi / pembukuan dan bukti pendukung.
- (2) Bukti transaksi/pembukuan dan bukti pendukung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menggunakan bukti pembukuan intern dan ekstern.
- (3) Bukti pembukuan intern sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan bukti pembukuan yang dikeluarkan oleh BLUD.
- (4) Bukti pembukuan ekstern sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan bukti yang diperoleh dari luar BLUD.
- (5) Bukti pendukung sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan bukti tambahan/pelengkap dan digunakan sebagai dasar pembukuan, antara lain :
 - a. order pembelian barang;
 - b. kontrak pembelian dan penjualan; dan
 - c. instruksi pengangkutan.

Paragraf 10
Prosedur Akuntansi Pengeluaran Kas

Pasal 64

- (1) Prosedur akuntansi pengeluaran kas meliputi serangkaian proses manual dan/atau komputerisasi mulai dari pencatatan, pendokumentasian dan pelaporan keuangan yang

- (2) Bukti transaksi yang digunakan dalam prosedur akuntansi pengeluaran kas/bank sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang bersumber dari APBD mengikuti peraturan yang berlaku.
- (3) Bukti transaksi pengeluaran kas/bank yang bersumber selain APBD, mencakup :
 - a. pembayaran imbalan jasa tenaga kerja;
 - b. pembayaran hutang; dan
 - c. pembayaran macam-macam biaya.
- (4) Bukti transaksi pengeluaran kas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bernomor urut tercetak.
- (5) Buku yang digunakan untuk mencatat prosedur akuntansi pengeluaran kas/bank sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mencakup :
 - a. buku jurnal pengeluaran kas/bank;
 - b. buku besar pembantu; dan
 - c. buku besar pembantu.
- (6) Secara periodik buku jurnal pengeluaran kas ditutup dan diposting ke Buku Besar sesuai dengan rekening yang terkait.
- (7) Setiap akhir periode semua rekening dalam buku besar ditutup sebagai dasar menyusun neraca saldo.

Paragraf 11
Prosedur Akuntansi Penerimaan Kas

Pasal 65

- (1) Prosedur akuntansi penerimaan kas meliputi serangkaian proses secara manual atau menggunakan aplikasi komputer mulai dari pencatatan, penggolongan/pengelompokan, pengikhtisaran sampai dengan pelaporan keuangan yang berkaitan dengan penerimaan kas.
- (2) Bukti transaksi yang digunakan dalam prosedur akuntansi penerimaan kas/bank sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang bersumber dari APBN/APBD mengikuti peraturan yang berlaku.
- (3) Transaksi penerimaan kas/bank yang bersumber selain APBN/APBD mencakup :
 - a. penerimaan kas/bank dari Jasa Layanan;
 - b. penerimaan kas/bank dari Hibah;
 - c. hasil kerja sama dengan pihak pihak lain; dan
 - d. lain-lain sumber yang sah.
- (4) Bukti transaksi penerimaan kas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bernomor urut tercetak.
- (5) Buku yang digunakan untuk mencatat prosedur akuntansi penerimaan kas/bank sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mencakup :
 - a. buku jurnal penerimaan kas;
 - b. buku besar kas; dan
 - c. buku besar pembantu kas.

- (6) Secara periodik buku jurnal penerimaan kas ditutup dan diposting Buku Besar sesuai dengan rekening terkait.
- (7) Setiap akhir periode semua rekening dalam Buku Besar ditutup sebagai dasar menyusun neraca saldo.

Paragraf 12

Prosedur Akuntansi Aset Tetap

Pasal 66

- (1) Aset tetap merupakan aset berwujud yang diperoleh dalam bentuk siap pakai atau dengan dibangun terlebih dahulu dengan tujuan untuk dipergunakan dalam penyelenggaraan kegiatan RSUD dimasa yang akan datang, tidak untuk dijual kembali dalam operasi normal dan mencari keuntungan dari transaksi penjualan tersebut, serta mempunyai masa manfaat minimal 12 (dua belas) bulan atau satu periode akuntansi.
- (2) Aset tetap dapat diperoleh dengan sumber dana dari sebagian ataupun seluruhnya APBD melalui pembelian, pembangunan, donasi dan pertukaran dengan aset lainnya.
- (3) Prosedur akuntansi aset tetap dilaksanakan oleh fungsi bendahara barang dan fungsi akuntansi pada Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi.
- (4) Bukti transaksi yang dipergunakan dalam prosedur akuntansi aset tetap antara lain :
 - a. Berita Acara Penerimaan Barang;
 - b. Berita Acara Serah Terima Barang;
 - c. Berita Acara Penyelesaian Pekerjaan;
 - d. Berita Acara Penjualan.

- (5) Buku yang dipergunakan untuk mencatat transaksi dalam prosedur akuntansi aset tetap terdiri dari :
 - a. daftar aset tetap beserta rekapannya;
 - b. buku jurnal aset tetap;
 - c. buku besar aset tetap; dan
 - d. buku besar pembantu aset tetap.
- (6) Aset tetap yang diperoleh melalui pembelian, hibah, tukar guling (ruislag), tukar tambah serta pembangunan baik yang diselesaikan dalam satu periode atau lebih.
- (7) Aset tetap yang diperoleh baik dengan cara apapun dalam periode yang bersangkutan diterima oleh bendahara barang untuk dicatat di buku inventaris barang. Fungsi akuntansi pada sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi mencatatkan seluruh biaya yang berkaitan dengan perolehan aktiva tetap saat biaya dikeluarkan melalui bendahara pengeluaran dengan mencantumkan uraian akun lawan asal pengeluaran kas yang berkaitan.
- (8) Aset tetap yang diperoleh setelah beberapa periode akan dicatat oleh bendahara barang di buku inventaris pada saat diserahterimakan. Fungsi akuntansi pada Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi melakukan penyesuaian pencatatan akun menjadi aset pada saat aset menjadi milik pihak RSUD.
- (9) Biaya penyusutan dilakukan perhitungan dan pencatatan disetiap akhir tahun pada pos yang telah ditentukan.
- (10) Pengeluaran yang dimaksudkan untuk menambah masa manfaat atau umur ekonomis akan dicatat sebagai biaya yang diinput pada saat awal pembangunan aset.

- (11) Secara periodik jurnal atas transaksi pengeluaran kas diposting ke dalam buku besar rekening pengeluaran.
- (12) Setiap akhir periode semua buku besar ditutup sebagai dasar penyusunan laporan keuangan.
- (13) Saldo akhir setiap periode kemudian dipindahkan menjadi saldo awal periode berikutnya.

Paragraf 13

Prosedur Akuntansi Selain Kas

Pasal 67

- (1) Prosedur akuntansi selain kas merupakan prosedur akuntansi atas transaksi atau kejadian yang tidak mengakibatkan penerimaan dan pengeluaran kas (non kas) yang tercakup dalam buku jurnal umum.
- (2) Transaksi selain kas mencakup :
 - a. piutang, antara lain dari klaim asuransi, jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas), dan pelayanan untuk keluarga miskin (gakin) yang biayanya ditanggung Pemerintah;
 - b. pembelian secara kredit atas transaksi pembelian barang/jasa;
 - c. koreksi kesalahan pencatatan atas transaksi yang telah dibukukan dalam buku jurnal dan telah diposting ke buku besar;
 - d. penerimaan/pemberian hibah/donasi selain kas dari pihak ketiga;
 - e. retur pembelian kredit dari atas klaim atas pembelian barang/jasa.

- g. penerimaan aktiva tetap tanpa konsekuensi kas akibat adanya tukar menukar (ruislag) dengan pihak ketiga; dan
- h. penyesuaian penutupan buku.
- (3) Bukti transaksi selain kas mencakup :
 - a. Bukti Memorial;
 - b. Berita Acara Penerimaan Barang/Jasa;
 - c. Berita Acara Serah Terima Barang/Jasa;
 - d. Bukti Retur; dan
 - e. Bukti pendukung lainnya.
- (4) Buku yang digunakan untuk mencatat transaksi selain kas mencakup :
 - a. Buku Jurnal Umum;
 - b. Buku Besar; dan
 - c. Buku Besar Pembantu.

Paragraf 14

Laporan Keuangan

Pasal 68

- (1) Laporan keuangan intern RSUD meliputi :
 - a. laporan posisi keuangan (neraca);
 - b. laporan kinerja keuangan (Surplus-Defisit);
 - c. laporan arus kas;
 - d. laporan perubahan ekuitas dana;
 - e. catatan atas laporan keuangan; dan
 - f. laporan akuntansi manajemen sesuai kebutuhan.

- (3) Lembar muka laporan keuangan unit-unit pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dimuat sebagai lampiran laporan keuangan RSUD.
- (4) Laporan keuangan RSUD merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari laporan pertanggung jawaban keuangan Pemerintah Kota.
- (5) Laporan keuangan RSUD sebagaimana pertanggung jawaban dana APBD berupa laporan realisasi anggaran, laporan kinerja operasional, laporan keadaan kas, laporan pencapaian target RBA definitif sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Paragraf 15
Kerja Sama

Pasal 69

- (1) Untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan RSUD melakukan kerja sama dengan pihak lain.
- (2) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, efektifitas, ekonomis dan saling menguntungkan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut tentang kerjasama diatur dalam Peraturan Walikota.

Paragraf 16
Remunerasi

Pasal 70

- (1) Prinsip remunerasi diberikan sebagai bentuk penghargaan kepada seluruh karyawan atas prestasi, dedikasi, loyalitas dan terpuji dalam aktifitas sesuai dengan tingkat profesionalisme dan resiko yang harus diemban dalam rangka menjamin keselamatan pemberi pelayanan pasien dan lingkungan kerja.
- (2) Pemberian remunerasi sebagaimana dimaksud ayat (1) diberikan berdasarkan nilai kumulatif kerja dengan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut :
 - a. proporsi besaran yang ditetapkan didasarkan alokasi yang disekapati dengan menjaga harmonisasi untuk mempertahankan mutu pelayanan; operasional dan *maintenance* serta investasi jangka pendek;
 - b. sumber daya dikelola dalam satu plot, setiap bulan diberikan tanggal 17 dengan norma yang dipakai meliputi :
 - 1. plafon minimum yang harus dipenuhi oleh masing-masing profesi dengan syarat mengikuti paramater yang ditetapkan;
 - 2. kinerja berbasis prestasi individual, yang dicapai berdasarkan prinsip-prinsip kompetensi yang sehat;
 - 3. penghargaan atas prinsip kebersamaan dan keaktifan masing-masing profesi yang ditetapkan oleh pertanggung jawab profesi; dan
 - 4. penghargaan atas dedikasi dan prestasi kumulatif

Paragraf 17
Besaran Remunerasi

Pasal 71

- (1) Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan pegawai RSUD mendapatkan remunerasi berdasarkan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (2) Besaran remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, honorarium, tunjangan tetap, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan atau pensiun.
- (3) Remunerasi bagi Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan dalam bentuk honorarium.
- (4) Besaran pemberian remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan dengan Peraturan Walikota.
- (5) Penerapan tata laksana jasa pelayanan yang berlaku saat ditetapkan oleh Keputusan Direktur, sampai dengan ditetapkannya pengaturan Remunerasi melalui Peraturan Walikota.

Pasal 72

Besaran remunerasi Pimpinan RSUD ditetapkan dengan mempertimbangkan faktor-faktor sebagai berikut :

- a. proporsionalitas, yaitu pertimbangan atas ukuran (size) dan jumlah aset yang dikelola RSUD serta tingkat pelayanan;
- b. keseluruhan, yaitu dengan memperhatikan industri pelayanan rumah sakit.

- d. kinerja operasional RSUD yang ditetapkan oleh Walikota mempertimbangkan indikator keuangan, pelayanan mutu dan manfaat bagi masyarakat.

Paragraf 18
Honorarium

Pasal 73

- (1) Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan setinggi-tingginya 1% dari total pendapatan rumah sakit.
- (2) Besaran honorarium sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Walikota.

Bagian Kesebelas
Organisasi Pendukung

Paragraf 1
Satuan Pengawas Intern

Pasal 74

Guna membantu pejabat pengelola dalam bidang pengawasan internal dan monitoring maka dibentuk Satuan Pengawas Intern.

Pasal 75

- (1) Satuan Pengawas Intern adalah organisasi fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan internal dan monitoring terhadap pelaksanaan kegiatan dan program kerja di rumah sakit.
- (2) Satuan Pengawas Intern rumah sakit berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 76

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Satuan Pengawas Intern dibebankan kepada rumah sakit dan dimuat dalam RBA.

Bagian Keduabelas
Organisasi Pelaksana

Paragraf 1
Instalasi

Pasal 77

Untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi-instalasi yang merupakan unit-unit pelaksana pelayanan.

Pasal 78

- (1) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Instalasi dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (3) Kepala instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional dan atau tenaga non medis; baik pegawai negeri sipil maupun non pegawai negeri sipil.

Pasal 79

Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis

Paragraf 2
Pejabat Fungsional

Pasal 80

- (1) Pejabat fungsional rumah sakit terdiri dari sejumlah tenaga medis fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Masing-masing tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di lingkungan unit kerja rumah sakit sesuai kompetensinya.
- (3) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur berdasarkan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 81

- (1) Staf medis fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya, staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesional lain yang terkait.

Bagian Ketigabelas

Tata Kerja

Pasal 81

Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan rumah sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik di lingkungannya serta dengan instansi lain sesuai tugas masing-masing.

Pasal 82

Setiap pimpinan unit kerja wajib mengawasi bawahan dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 83

Setiap pimpinan unit kerja bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahannya dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.

Pasal 84

Setiap pimpinan unit kerja wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala pada waktunya.

Pasal 85

Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan unit kerja dari bawahan wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan untuk menyusun laporan lebih lanjut serta untuk memberikan petunjuk

Pasal 86

Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Sub-Bagian/Seksi, dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

Pasal 87

Dalam menyampaikan laporan kepada atasan, tembusan laporan beserta semua lampirannya wajib disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

Pasal 88

Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi dibantu oleh kepala satuan organisasi di bawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan masing-masing wajib mengadakan rapat secara berkala.

Bagian Keempatbelas

Eselonisasi

Pasal 89

Eselonisasi jabatan struktural di rumah sakit adalah sebagai berikut :

- a. Direktur adalah eselon II b;
- b. Wakil Direktur eselon III a;
- c. Kepala Bagian dan Kepala Bidang adalah eselon III.b; dan
- d. Kepala Sub-Bagian/Seksi adalah eselon I/a

Bagian Kelimabelas
Tuntutan Umum

Pasal 90

- (1) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka RSUD bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan dalam kerangka melaksanakan tugas.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu dan bersifat pidana yang penyelesaiannya di luar kewenangan institusi, maka RSUD tidak bertanggung jawab.

Bagian Keenambelas
Tata Urutan Peraturan

Pasal 91

Tata urutan peraturan yang dibuat dan dikomunikasikan di lingkungan RSUD adalah sebagai berikut :

- a. Peraturan Daerah Kota;
- b. Peraturan Walikota;
- c. Keputusan Walikota;
- d. Tata Kelola (*Hospital By Laws*); dan
- e. Keputusan Direktur RSUD.

Bagian Ketujuhbelas
Sosialisasi dan Perubahan Peraturan Internal Korporasi

Paragraf 1

Pemaparan Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) dan Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staf By Laws*).

Pasal 92

Pimpinan BLUD senantiasa mengupayakan agar Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) dan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) ini dapat dilihat oleh berbagai pihak-pihak yang berkepentingan.

Paragraf 2

Perubahan Pemaparan Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) dan Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staf By Laws*)

Pasal 93

- (1) Pimpinan BLUD dapat mengajukan usulan perubahan Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) dan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk itu dan diajukan kepada Walikota.
- (2) Usulan untuk merubah Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) dan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) ini hanya dapat dilaksanakan bila pemberitahuan tertulis untuk maksud tersebut telah disampaikan kepada Dewan Pengawas pada bulan Januari dan Mei setiap tahunnya.

Pasal 94

- (1) Dewan Pengawas berhak mengubah Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk itu dan diajukan dan ditetapkan oleh Walikota.
- (2) Usulan untuk mengubah Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) ini hanya dapat dilaksanakan bila pemberitahuan tertulis untuk maksud tersebut telah disampaikan kepada setiap anggota Dewan Pengawas paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender sebelumnya.

Pasal 95

Keputusan-keputusan Direktur yang ada pada saat peraturan internal korporasi (*corporate by laws*) ini disahkan, masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan-ketentuan yang tercantum di dalam *hospital by laws* ini.

Bagian Kedelapan belas

Pengelompokan Fungsi Pelayanan dan Fungsi Pendukung

Pasal 96

- (1) RSUD merupakan unsur penunjang perangkat daerah yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah, RSUD dipimpin oleh seorang Direktur.
- (2) RSUD mempunyai tugas pokok membantu Walikota dalam menyelenggarakan tugas-tugas Pemerintah Kota di bidang pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya

- (3) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), RSUD mempunyai fungsi :
 - a. penyelenggaraan kebijakan operasional pelayanan medik;
 - b. penyelenggaraan kebijakan operasional pelayanan penunjang medik;
 - c. penyelenggaraan pelayanan rehabilitasi;
 - d. penyelenggaraan kebijakan operasional pelayanan dan asuhan keperawatan;
 - e. penyelenggaraan kebijakan operasional pelayanan rujukan;
 - f. penyelenggaraan kebijakan operasional pendidikan dan pelatihan;
 - g. penyelenggaraan kebijakan operasional penelitian dan pengembangan;
 - h. penyelenggaraan kebijakan operasional administrasi umum dan keuangan; dan
 - i. penyelenggaraan kerjasama pendidikan dan praktek kerja lapangan.

Bagian Kesembilanbelas

Pengelolaan Sumberdaya Manusia

Pasal 97

Pengelolaan sumber daya manusia meliputi :

- a. perencanaan kebutuhan tenaga RSUD;
- b. pengangkatan pegawai RSUD yang bukan Pegawai Negeri Sipil;

- d. pengaturan dan pemberian izin kepada dokter RSUD yang akan melakukan kerja atau praktek Rumah sakit swasta/badan lain di luar jam kerja;
- e. penilaian akuntabilitas kinerja pegawai RSUD;
- f. penetapan reward dan peningkatan kesejahteraan terhadap seluruh pegawai RSUD; dan
- g. pengaturan tentang pengangkatan pegawai RSUD non Pegawai Negeri Sipil dituangkan dalam Peraturan Walikota tersendiri.

Bagian Kedupuluh Standar Pelayanan Minimal

Pasal 98

- (1) Kebijakan RSUD dalam menyusun Standar Pelayanan Minimal adalah penetapan Standar Pelayanan Minimal Unit Kerja sebagai Sasaran Mutu Unit Kerja yang terdiri dari minimal 1 (satu) jenis standar yang merupakan *core product* dari unit kerja tersebut dan atau sebagai representatif dari perspektif kepuasan pelanggan.
- (2) Sasaran mutu unit kerja yang selanjutnya ditetapkan sebagai Standar Pelayanan Minimal merupakan sesuatu yang harus dicapai oleh unit kerja dan harus dijadikan dasar penetapan rencana manajemen mutu sebagai suatu parameter yang dilengkapi oleh dokumen mutu pendukung.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Walikota.
- (4) Untuk mencapai sasaran mutu pelayanan sesuai dengan standar pelayanan minimal ditetapkan mutu pelayanan.

Bagian Kedua Puluh Satu Pengelolaan Sumber Daya Lainnya

Pasal 99

Pengelolaan sumber daya lain dikelola berdasarkan peraturan perundangan yang berlaku.

Bagian Kedua Puluh Dua Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit

Pasal 100

Lingkungan rumah sakit akan dipertahankan mengacu kepada rasio antara lahan yang tersedia dengan luas areal yang terbangun secara proporsional sehingga rumah sakit memiliki lingkungan yang dapat menunjang proses kesembuhan penyakit lebih baik serta semua limbah cair maupun padat dan infeksius tidak akan dibuang ke permukaan sehingga tidak akan memberikan efek pencemaran terhadap lingkungan sekitar.

Bagian kedua puluh tiga Prinsip Tata Kelola

Pasal 101

Pola Tata kelola RSUD, memperhatikan prinsip-prinsip antara lain

- a. transparansi;
- b. akuntabilitas;
- c. responsibilitas;

Bagian kedua puluh empat
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 102

- (1) Pembinaan dan pengawasan atas setiap kegiatan layanan rumah sakit baik yang menyangkut sumber daya manusia, penggunaan sumber daya keuangan yang berasal dari penerimaan fungsional serta pemanfaatan sistem dan metode akan diawasi oleh Satuan Pengendali Internal dan Dewan Pengawas, bila memungkinkan oleh panitia jaga mutu rumah sakit yang akan ditetapkan oleh Direktur RSUD.
- (2) Sedangkan pengawasan eksternal dimungkinkan dilakukan oleh aparat pengawas fungsional eksternal (Inspektorat Daerah) maupun BPK sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Bagian Keduapuluh Lima
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 103

- (1) Penilaian kinerja rumah sakit akan dilakukan secara sistematis dan berkala dengan mengacu kepada standar yang ditetapkan menggunakan parameter yang tertuang di dalam dokumen SPM yang telah disetujui dan ditetapkan oleh Walikota, seiring dengan kontrak kinerja Direktur dengan Walikota.
- (2) Pemaparan Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*).

- (4) Direktur RSUD dapat mengajukan usulan perubahan Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk itu dan diajukan kepada Walikota.
- (5) Usulan untuk merubah Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) ini hanya dapat dilaksanakan bila pemberitahuan tertulis untuk maksud tersebut telah disampaikan kepada Dewan Pengawas paling lambat 3 (tiga) minggu sebelumnya.

BAB III

INTERNAL STAF MEDIK (MEDICAL STAF BY LAWS)

Bagian Kesatu
Komite Medik

Paragraf 1
Organisasi Komite Medik

Pasal 104

- (1) Di lingkungan RSUD dibentuk suatu wadah non struktural yang disebut Komite Medik yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (2) Komite Medik adalah satu-satunya organisasi formal yang menghimpun, memformulasikan, dan mengkomunikasikan pendapat dan kehendak seluruh staf medis fungsional yang berkaitan dengan profesi medis di Rumah Sakit.

Paragraf 2
Fungsi Komite Medik

Pasal 105

Fungsi Komite Medik adalah :

- a. memberi saran kepada Direktur;
- b. mengkoordinasikan dan mengarahkan kegiatan pelayanan medis;
- c. menangani hal-hal yang berkaitan dengan etik kedokteran; dan
- d. menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf medis.

Paragraf 3
Wewenang Komite Medik

Pasal 106

Wewenang Komite Medik adalah :

- a. memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
- b. memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan, dan pemeliharaan peralatan medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan medis;
- c. monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis sesuai yang tercantum didalam tugas komite medis;
- d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran di rumah sakit;

- f. membentuk Tim Klinis yang mempunyai tugas menangani kasus-kasus pelayanan medik yang memerlukan koordinasi lintas profesi, misalnya penanggulangan kanker terpadu, pelayanan jantung terpadu dan lain sebagainya; dan
- g. memberikan rekomendasi tentang kerjasama antara Rumah Sakit dan fakultas kedokteran/kedokteran gigi/ institusi pendidikan lain.

Paragraf 4
Tugas Komite Medik

Pasal 107

Tugas Komite Medik :

- a. menyediakan wadah agar anggota staf medik dapat berpartisipasi memberi masukan atas masalah profesi medik dan teknis medik dan menghadiri rapat bersama Direktur dan komite lainnya di rumah sakit;
- b. melakukan kredensial tenaga medis yang akan bekerja di rumah sakit dan memberikan rekomendasi kepada Direktur;
- c. melakukan kredensial tenaga medis yang sedang bekerja di rumah sakit dan memberi rekomendasi kepada Direktur;
- d. merencanakan dan mengatur pendidikan kedokteran berkelanjutan dan pendidikan spesialisasi yang disesuaikan dengan master plan Rumah Sakit bagi setiap anggotanya;
- e. memberikan masukan pada Direktur perihal :
 - a. pelayanan klinis yang sesuai SPM;
 - b. kebijakan pengorganisasian pelayanan klinik rumah sakit;
 - c. identifikasi kebutuhan pasien rumah sakit dan pelayanan yang layak untuk diberikan oleh rumah sakit;

- f. melakukan audit medik, memantau perilaku etik, profesionalisme anggota staf medik dan mengusulkan hasil kajian Komite Medik Kepada Direktur;
- g. menyusun dan merevisi standarisasi farmasi dan terapi untuk mendapat pengesahan Direktur;
- h. menentukan kewenangan klinis dokter sesuai kompetensinya yang ditetapkan oleh Direktur;
- i. laporan kegiatan Komite Medik akan disampaikan secara berkala kepada Direktur sedikitnya setahun sekali;
- j. membantu Direktur Rumah Sakit menyusun dan merevisi standar pelayanan medis untuk mendapat pengesahan dan memantau pelaksanaannya;
- k. melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;
- l. membantu Direktur rumah sakit menyusun *Medical Staff By Laws* dan memantau pelaksanaannya;
- m. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan medikolegal;
- n. melakukan koordinasi dengan Bidang Pelayanan dalam melaksanakan pe-mantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas kelompok staf medis;
- o. meningkatkan program pelayanan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis;
- p. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis antara lain melalui monitoring dan evaluasi bedah, penggunaan obat (*drug usage*), farmasi dan terapi, ketepatan, kelengkapan dan keakuratan rekam medis, *tissue review* mortalitas dan morbiditas, *medical care review* audit medik melalui praktikum.

Paragraf 5

Tanggung Jawab Komite Medik

Pasal 108

Tanggung jawab komite medik adalah terkait dengan mutu pelayanan medis, pembinaan kedokteran dan pengembangan profesi medis.

Paragraf 6

Kewajiban Komite Medik

Pasal 109

Komite medis mempunyai kewajiban sebagai berikut :

- a. menyusun, melaksanakan, memantau dan melakukan revisi peraturan internal staf medis (*medical staff bay laws*);
- b. membuat standar pelayanan medis sesuai kondisi RSUD, Standard Operating Procedur (SOP), standar profesi dan standar kompetensi;
- c. membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik; dan
- d. melakukan pemantauan mutu klinik etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

Paragraf 7

Kepengurusan Komite Medik

Pasal 110

- (1) Komite Medik RSUD terdiri dari Ketua Wakil Ketua,

- (3) Yang dapat dipilih sebagai pengurus adalah pegawai tetap yang telah memiliki wewenang untuk melakukan tindakan medik di rumah sakit minimal (3) tiga tahun dan yang masih berlaku selama periode kepengurusan tersebut.
- (4) Yang dapat dipilih sebagai ketua, minimal pernah menjabat sebagai pengurus komite medik satu periode.

Paragraf
Tata Cara Pemilihan Ketua

Pasal 111

Tata Cara Pemilihan :

- a. pemilihan ketua komite medik dilakukan setiap 3 (tiga) tahun, kecuali pada keadaan dimana ketua perlu segera diganti sesuai hasil rapat pleno khusus untuk itu, dengan persetujuan Direktur;
- b. setiap staf medik berhak dan menghadiri undangan rapat pleno;
- c. rapat pleno dinyatakan sah apabila dihadiri minimal dua pertiga dari seluruh staf medik yang berhak hadir;
- d. rapat pleno memilih dan menetapkan tiga calon ketua untuk diajukan kepada Direktur; dan
- e. Direktur menetapkan satu orang Ketua terpilih dari hasil rapat pemilihan ketua komite medik, atau calon lain yang dianggap sesuai.

Paragraf 9
Ketua Komite Medik

Pasal 112

- (1) Ketua Komite Medik adalah seorang staf medik fungsional tetap.
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua sebelum masa jabatannya berakhir maka kekosongan jabatan tersebut diisi oleh wakil ketua.
- (3) Tugas Ketua Komite Medik adalah :
 - a. menyelenggarakan komunikasi yang efektif dan mewakili pendapat, kebijakan laporan, kebutuhan dan keluhan staf medik serta bertanggung jawab kepada *Governing Board* bersama dengan Direktur;
 - b. menyelenggarakan rapat dan bertanggung jawab atas semua risalah rapat yang diselenggarakan Komite Medik;
 - c. menunjuk Wakil Komite Medik dalam setiap kepanitiaan di rumah sakit yang memerlukan perwakilan dari staf medik;
 - d. menghadiri pertemuan yang diadakan oleh *Governing Board* dan kepanitiaan lainnya;
 - e. menunjuk dan menetapkan wakil ketua, sekretaris dan ketua-ketua Sub Komite yang disahkan oleh Direktur; dan
 - f. menentukan agenda dan jadwal setiap rapat komite medik.

Paragraf 10
Sekretaris Komite Medik

Pasal 113

- (1) Sekretaris Komite Medik dipilih oleh Ketua Komite Medik.
- (2) Sekretaris Komite Medik adalah seorang staf medik fungsional tetap.
- (3) Sekretaris Komite Medik bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan tugas-tugas kesekretariatan Komite Medik.
- (4) Pada sekretaris Komite Medik diperbantukan petugas sekretariat yang disediakan oleh rumah sakit.
- (5) Tugas Sekretaris Komite Medik adalah :
 - a. melakukan pemberitahuan kepada semua anggota yang berhak untuk menghadiri rapat-rapat Komite Medik;
 - b. mempersiapkan dan mengedarkan risalah rapat yang lengkap kepada hadirin yang berhak menghadiri rapat; dan
 - c. melaksanakan tugas lain yang ditetapkan oleh Ketua Komite Medik.

Paragraf 11
Sub Komite Di Bawah Komite Medik

Pasal 114

- (1) Di bawah Komite Medik dibentuk beberapa Sub Komite yang terdiri dari

- d. Sub Komite Rekam Medis;
- e. Sub Komite Farmakoterapi;
- f. Sub Komite Audit Medis; dan
- g. Sub Komite Kredensial.

- (2) Tugas dan fungsi Sub Komite medik ditetapkan oleh komite medik dari waktu-kewaktu dan disahkan oleh Direktur.
- (3) Ketua Sub Komite adalah staf medik yang dipilih dan ditetapkan oleh ketua komite medik.
- (4) Kepengurusan Sub Komite terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan anggota. Sekretaris dan anggota dipilih langsung oleh Ketua Sub Komite.
- (5) Bila dianggap perlu, Ketua Sub Komite dapat dibantu oleh tenaga lain yang kompeten di luar staf medik.

Paragraf 12
Rapat Komite Medik

Pasal 115

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari atas rapat rutin, Rapat khusus dan Rapat Pleno.
- (2) Setiap rapat komite medik dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan secara pantas.
- (3) Rapat komite medik hanya dihadiri oleh anggota atau pihak lain yang mendapat undangan dari ketua Komite Medik.

- (5) Undangan yang berhalangan hadir, harus menyampaikan surat pemberitahuan tertulis/SMS kepada komite medik paling lambat 24 jam sebelum rapat dimulai, bila dianggap perlu, ketua komite medik berhak untuk menunjuk penggantinya.

Paragraf 13

Rapat Rutin Komite Medik

Pasal 116

- (1) Rapat rutin diadakan satu bulan sekali pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh ketua komite medik.
- (2) Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat dua hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Rapat rutin dihadiri oleh seluruh pengurus komite medik.
- (4) Ketua dapat mengundang pihak lain bila dianggap perlu.

Paragraf 14

Rapat Khusus Komite Medik

Pasal 117

Rapat khusus Komite Medik diadakan setiap saat bila ada hal-hal yang harus segera diselesaikan.

Paragraf 15

Rapat Pleno Komite Medik

Pasal 118

- (1) Rapat pleno Komite Medik dilakukan minimal sekali dalam 3 (tiga) bulan.
- (2) Peserta rapat pleno Komite Medik adalah ketua, wakil ketua dan sekretaris.
- (3) Tujuan rapat pleno Komite Medik adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan tugas dan program kerja yang telah disusun.

Paragraf 16

Pengambilan Keputusan Rapat

Pasal 119

Kecuali telah diatur dalam *Hospital By Laws* ini, maka :

- a. pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat;
- b. masing-masing anggota rapat termasuk ketua, mempunyai hak satu suara;
- c. dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak dari anggota yang hadir; dan
- d. dalam hal jumlah suara diperoleh adalah sama maka ketua berwenang membuat keputusan hasil rapat.

Paragraf 17
Tata Tertib Rapat

Pasal 120

(1) Tata tertib rapat :

- a. hanya dihadiri undangan;
- b. setiap rapat Komite Medik wajib dihadiri oleh seluruh Pengurus Komite Medik yang diundang;
- c. hadir tepat waktu;
- d. mempersiapkan diri dengan telah membaca agenda rapat yang telah diberikan;
- e. alasan ketidakhadiran dalam rapat harus disampaikan secara tertulis kepada Ketua tembusan Direktur;
- f. rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau ditunjuk oleh Ketua Komite Medik;
- g. sebelum rapat dimulai agenda rapat dan notulen dibacakan atas perintah ketua komite medik;
- h. setiap peserta rapat wajib mengikuti rapat sampai selesai setiap peserta rapat hanya dapat meninggalkan rapat dengan seijin pimpinan rapat;
- i. bila meninggalkan rapat sebelum acara selesai, menulis surat kepada pimpinan sidang dan dicatat dalam notulen rapat, dianggap menyetujui hasil rapat;
- j. Sekretaris mencatat notulen rapat, dan membacakan hasilnya pada saat akan penutupan rapat, setiap peserta wajib mendengarkan dengan cermat dan

- l. resume notulen rapat (yang isinya telah disetujui rapat) akan ditempelkan di ruang komite medik, semua staf medik wajib membacanya;
- m. setiap peserta wajib menjaga ketertiban selama rapat berlangsung :
 1. berpakaian rapi;
 2. menjaga sopan santun dalam bersikap dan berbicara;
 3. tidak memotong pembicaraan orang lain dan hanya berbicara pada saat gilirannya dipersilahkan pimpinan rapat;
 4. tidak berbicara/ngobrol saat orang lain sedang berbicara;
 5. memperhatikan dan mengikuti dengan sungguh-sungguh jalannya rapat; dan
 6. mentaati tata tertib yang ditetapkan pimpinan rapat.

- (2) Hal-hal lain yang menyangkut teknis tata tertib rapat akan ditetapkan oleh Ketua sebelum rapat dimulai.

Paragraf 18
Notulen Rapat

Pasal 121

- (1) Setiap rapat harus dibuat notulennya, dibacakan pada akhir rapat.
- (2) Semua notulen rapat Komite Medik dicatat oleh Sekretaris Komite Medik atau penggantinya yang ditunjuk.
- (3) Notulen akan diedarkan kepada semua peserta rapat yang berhak hadir sebelum rapat berikutnya.

- (5) Notulen rapat ditandatangani oleh Ketua Komite Medik dan Sekretaris Komite Medik pada rapat berikutnya, dan notulen tersebut diberlakukan sebagai dokumen yang sah.
- (6) Sekretaris memberikan salinan notulen dan daftar hadir kepada Kepala, paling lambat satu minggu setelah ditandatangani oleh Ketua dan Sekretaris Komite Medik.

**Bagian Kedua
Staf Medik**

**Paragraf 1
Kategori Staf Medik**

Pasal 122

- (1) Dokter yang dapat melakukan tindakan medis di RSUD terdiri dari :
 - a. Staf Medik RSUD yang telah dinyatakan memenuhi syarat kredensial oleh Komite Medik; dan
 - b. Dokter konsultan yang diundang (*invited medical consultant*).
- (2) Dokter konsultan yang diundang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat melakukan tindakan medik di rumah sakit setelah memenuhi syarat tertentu yang ditentukan oleh Komite Medik.

**Paragraf 2
Syarat Penerimaan Staf Medik**

- (2) Syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinilai oleh Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial dengan suatu tata cara yang ditetapkan dalam MSBL ini.
- (3) Hanya staf medik yang telah memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) yang dapat diusulkan untuk diberi kewenangan menangani pasien di RSUD sesuai dengan kompetensi dan persyaratan lain yang ditentukan oleh Komite Medik.
- (4) Staf Medik yang telah memperoleh kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) setuju untuk melaksanakan tindakan medik dalam batas-batas standar profesi.
- (5) Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) akan dinilai kembali oleh Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial dengan satu tata cara yang ditetapkan oleh MSBL ini.

**Paragraf 3
Tata Cara Kredensial**

Pasal 124

- (1) Tata cara kredensial diatur dalam dokumen tersendiri.
- (2) Bagi staf medik baru evaluasi dilakukan dalam 3 (tiga) bulan dan bagi dokter lainnya dilakukan re-kredensial setiap 3 (tiga) tahun.
- (3) Evaluasi terhadap staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh Sub Komite Kredensial bersama

- (4) Pada akhir masa evaluasi calon staf medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) maka Ketua Sub Komite Kredensial memberikan laporan perilaku medis profesional yang bersangkutan kepada Komite Medik.

Pasal 125

Setiap dokter sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122 ayat (1) harus :

- a. mempunyai Surat Izin Praktek dan Surat Tanda Registrasi yang masih berlaku;
- b. lolos uji integritas, dan perilaku oleh Komite Medik;
- c. memiliki surat penugasan sebagai dokter dan syarat lain yang berkaitan dengan peraturan kepegawaian yang berlaku pada Pemerintah Kota;
- d. bersedia menandatangani surat perjanjian pemberian pelayanan profesional di RSUD;
- e. menunjukkan kemampuannya untuk memberikan pelayanan medik yang berkualitas pada pasien;
- f. menunjukkan kemauan untuk mematuhi *Hospital By Laws* rumah sakit dan MSBL, kebijakan prosedur, dan berbagai ketentuan rumah sakit sesuai dengan jenis kategorinya;
- g. mematuhi prinsip umum etika kedokteran;
- h. bebas dari keadaan yang dapat mendiskualifikasi kemampuannya dalam memberikan pelayanannya akibat adanya kendala fisik, mental, maupun perilaku yang dapat berpengaruh pada keterampilan, sikap, atau kemampuan pengambilan keputusan;
- i. menunjukkan kemampuan untuk bekerjasama dengan koleganya, keperawatan, staf penunjang medik, dan warga rumah sakit.

Paragraf 5 Kebutuhan Staf Medis Rumah Sakit

Pasal 126

- (1) Setiap permohonan untuk menjadi staf medik rumah sakit akan dievaluasi, dan dapat dikabulkan atau ditolak, sejalan dengan kebutuhan rumah sakit dan kemampuan rumah sakit.
- (2) Faktor yang digunakan untuk mempertimbangkan kebutuhan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan master plan Rumah Sakit yang penyusunannya melibatkan komite medik.
- (3) Direktur akan menerbitkan perjanjian perikatan antara rumah sakit dengan staf medis setelah dipenuhi ketentuan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
- (4) Direktur menerbitkan Keputusan pengangkatan dan penempatan staf medik yang telah diterima baik sebagai dokter tetap ataupun dokter tidak tetap.

Paragraf 6 Kewenangan Melakukan Tindakan Medik

Pasal 127

- (1) Setelah mendapatkan kewenangan klinis (*clinical privilege*) dari Direktur yang ditetapkan dengan suatu surat keputusan, staf medis hanya dapat melakukan tindakan medik sesuai dengan spesialisasi dan kemampuannya secara khusus kecuali dalam keadaan darurat di rumah sakit.

- (2) Kewenangan klinis sebagaimana tercantum pada ayat (1) terdiri dari :
 - a. penugasan klinis biasa sebagai staf medik di rumah sakit; dan
 - b. penugasan klinis sementara sebagai dokter tamu (dokter tidak tetap), termasuk konsultan tamu.
- (3) Kewenangan klinis sebagaimana tercantum dalam ayat (1) hanya diberikan pada dokter yang telah terikat perjanjian dengan rumah sakit yang ditetapkan setelah memenuhi persyaratan sebagaimana ditetapkan dalam MSBL ini, sesuai dengan peraturan yang ditetapkan oleh Komite Medik dengan menunjuk pada organisasi profesinya.
- (4) Penilaian persyaratan dan jenis tindakan medik untuk setiap staf medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan oleh Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial.
- (5) Hasil penilaian oleh Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diserahkan kepada Direktur, melalui Komite Medik, untuk memperoleh pengesahannya.
- (6) Komite Medik menyerahkan hasil pengesahan penilaian kredensial kepada Direktur.

Paragraf 7

Pemberian Kewenangan Staf Medik

Pasal 128

- (1) Penentuan kewenangan untuk melakukan tindakan medik didasarkan pada pendidikan, pelatihan, pendidikan berkelanjutan, pengalaman, dan kemampuan khusus.

- (2) Penggunaan kewenangan klinis dalam sebuah SMF akan tergantung pada peraturan dan ketentuan yang berlaku di SMF masing-masing.

Paragraf 8

Berakhirnya Kewenangan Melakukan Tindakan Medik

Pasal 129

- (1) Kewenangan untuk melakukan tindakan medik seorang staf medis di rumah sakit berakhir bila hubungan hukum antara staf medis dengan rumah sakit telah berakhir atau kewenangan klinis (*clinical privilege*) dokter yang bersangkutan dicabut oleh Direktur berdasarkan usulan Komite Medik.
- (2) Dalam hal hubungan hukum antara staf medis dengan rumah sakit berakhir maka Direktur memberikan surat pemberitahuan tentang hal itu kepada yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (3) Dalam hal seorang Staf Medis dikenai sanksi disiplin maka setelah melalui rapat khusus Komite Medik, Ketua Komite Medik memberikan surat pemberitahuan tentang hal itu kepada Direktur dengan tembusan kepada yang bersangkutan.

Paragraf 9

Penjagaan Mutu Pelayanan Medis

Pasal 130

- (1) Untuk menjaga mutu pelayanan medis dilakukan audit medis secara berkala dan pendidikan berkelanjutan yang

- (2) Topik, jangka waktu, dan tata cara audit medis ditetapkan oleh Sub Komite Peningkatan Mutu Layanan.
- (3) Sub Komite Peningkatan Mutu Layanan melaporkan hasil audit medis dan analisisnya secara berkala kepada Komite Medis untuk ditindaklanjuti.
- (4) Komite Medis wajib melakukan tindakan korektif yang dianggap perlu untuk menindak lanjuti hasil audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3).
- (5) Setiap anggota staf medik wajib menjalani pendidikan kedokteran berkelanjutan yang substansi dan tata caranya diatur oleh Sub Komite Peningkatan Mutu Layanan.
- (6) Sub Komite Peningkatan Mutu Layanan memberikan laporan kepada komite Medik mengenai efektifitas, kewajaran pelayanan medik yang diberikan oleh seluruh staf medik yang bekerja di rumah sakit.

Bagian Ketiga

Tindakan Disiplin Medik dan Prosedur Pemeriksaan Pelanggaran Disiplin dan Tata Tertib Profesi Medik

Paragraf 1

Dasar Tindakan dan Tata Tertib Profesi Medik

Pasal 131

- (1) Keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin medik dan etika profesi oleh seorang staf medik adalah hal-hal yang menyangkut :

- c. dugaan pelanggaran *MSBL* dan tata tertib profesi medik;
 - d. penggunaan obat dan alat kedokteran yang tidak sesuai dengan standar profesi yang ditetapkan komite medik;
 - e. ketidakmampuan untuk bekerja sama dengan staf medik rumah sakit yang dapat menimbulkan inefisiensi operasional rumah sakit;
 - f. hal-hal lain yang oleh Komite Medik sepatutnya dianggap menyangkut disiplin medik; dan
 - g. tindakan lainnya yang dapat dikategorikan sebagai pelanggaran disiplin di bidang kepegawaian.
- (2) Setiap staf medik, dan staf rumah sakit yang terkait dengan pelayanan medik wajib memberitahukan adanya dugaan pelanggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Ketua Komite Medik secara tertulis dalam suatu formulir yang disediakan untuk itu dengan tetacara sebagai berikut :
 - a. staf medik menyampaikan formulir pemberitahuan tersebut kepada Ketua Komite Medik melalui Koordinator Staf Medik Fungsional yang terkait; dan
 - b. staf rumah sakit menyampaikan formulir pemberitahuan tersebut kepada atasan yang bersangkutan untuk selanjutnya disampaikan kepada Ketua Komite Medik melalui Direktur.
 - (3) Ketua Komite Medik wajib meneliti menindaklanjuti dan memberikan kesimpulan serta putusan setiap laporan yang disampaikan oleh staf medik dan staf rumah sakit yang terkait dengan pelayanan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
 - (4) Ketua Komite Medik dapat menugaskan Sub Komite terkait dibawah Komite Medik untuk meneliti menindaklanjuti selian laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (3)

- (5) Ketua Komite Medik memberikan kesimpulan dan putusan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berdasarkan hasil penelitian dan rekomendasi Sub Komite terkait yang dapat berbentuk :
 - a. saran kepada staf medik terkait dan manajemen rumah sakit; dan
 - b. putusan untuk melakukan penelitian lanjutan guna menentukan adanya pelanggaran disiplin medik, tata tertib dan etik.
- (6) Semua putusan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) didokumentasikan secara lengkap oleh staf sekretariat Komite Medik dan diperlakukan secara konfidensial.
- (7) Pengungkapan dokumen sebagaimana dimaksud pada ayat (5) kepada pihak manapun hanya dapat ditentukan oleh Direktur setelah memperoleh persetujuan dari Ketua Komite Medik.
- (8) Tata tertib staf medik diatur dalam dokumen tersendiri.

Paragraf 2

Penelitian Dugaan Pelanggaran Disiplin dan Tata Tertib Profesi Medik

Pasal 132

- (1) Penelitian dugaan pelanggaran disiplin profesi medik, etika medik, dan tata tertib dimulai berdasarkan putusan Ketua Komite Medik untuk melakukan penelitian lanjutan dan dilaksanakan oleh Sub Komite terkait.

- (3) Ketua Sub Komite Etika Profesi menyampaikan hasil penelitian dan rekomendasi kepada ketua Komite Medik untuk ditetapkan sebagai putusan Komite Medik yang memuat :
 - a. ringkasan kasus atau kejadian;
 - b. kesimpulan tentang ada atau tidak adanya pelanggaran; dan
 - c. rekomendasi tindakan korektif.
- (4) Ketua Komite Medik wajib memberikan rekomendasi putusan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dengan memperhatikan masukan dari Sub Komite lain dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari kerja setelah diterimanya putusan Sub Komite Etika Profesi.
- (5) Rekomendasi putusan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disampaikan kepada Direktur dengan tembusan kepada yang bersangkutan dalam waktu paling lama 3 (tiga) hari kerja setelah ditetapkannya putusan tersebut untuk segera ditindaklanjuti oleh Direktur.

Paragraf 3

Tim Ad-Hoc Penelitian Dugaan Pelanggaran Disiplin dan Tata Tertib Profesi Medik

Pasal 133

- (1) Dalam hal ketua komite medik menyampaikan putusan untuk melakukan penelitian lanjutan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 132 ayat (5) maka ketua Sub Komite Etika Profesi bersama anggotanya meneliti ada tidaknya pelanggaran disiplin medik, tata tertib dan etika.

- (2) Setelah dilakukan penelitian pendahuluan sesuai dengan tata cara yang telah ditetapkan, Sub Komite Etika Profesi menyelenggarakan sidang dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari kerja setelah diterbitkannya surat keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Ketua Sub Komite Etika Profesi dan anggotanya, melakukan pengkajian dan penelitian atas kasus yang diterimanya dan melaksanakan persidangan sesuai dengan tata cara yang telah ditetapkan dalam MSBL ini.
- (4) Dalam rangka melakukan pengkajian Ketua Sub Komite berwenang meminta informasi kepada yang teradu dan semua pihak di rumah sakit, termasuk meneliti rekam medik, bila diperlukan meminta bantuan pihak lain di luar rumah sakit dengan persetujuan Komite Medik dan Direktur.
- (5) Sub Komite wajib melaksanakan rapat-rapat persidangan untuk menyimpulkan memutuskan suatu kasus yang diserahkan padanya dalam suatu surat kesimpulan yang ditanda tangani oleh ketua Sub Komite melalui suatu putusan yang memuat :
 - a. ringkasan kasus atau kejadian;
 - b. kesimpulan tentang ada atau tidak adanya pelanggaran; dan
 - c. rekomendasi tindakan korektif.
- (6) Ketua Sub Komite menyerahkan hasil rapat kepada Ketua Komite Medik untuk disampaikan kepada Direktur sebagai usul.

Paragraf 4

Tata Cara Persidangan Sub Komite Etika Profesi
dan Tata Tertib Profesi Medik

Pasal 134

- (1) Ketua Sub Komite Etika Profesi membuka persidangan dan menyatakan sidang tersebut sah setelah kuorum tercapai dan setiap yang hadir menandatangani daftar hadir.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit setengah ditambah satu dari jumlah Panitia Kerja.
- (3) Sub Komite melaksanakan persidangan dengan melakukan pemeriksaan atas kasus tersebut, meminta keterangan dari berbagai pihak yang dianggap perlu.
- (4) Persidangan dilakukan secara tertutup.
- (5) Perekaman semua informasi dalam persidangan hanya dilakukan oleh tenaga yang ditunjuk oleh komite klinik.
- (6) Tenaga sebagaimana dimaksud pada ayat (5) adalah seorang staf medik.
- (7) Pada setiap akhir persidangan tenaga sebagaimana dimaksud pada ayat (5) membacakan hasil rekaman sidang kepada seluruh anggota yang hadir untuk selanjutnya dibuatkan risalah rapatnya.
- (8) Semua informasi, catatan, dokumen dalam bentuk apapun diperlakukan secara konfidensial, dan tatacara pemusnahan dokumen tersebut akan ditentukan oleh Komite Medik dari waktu ke waktu.

- (9) Pengungkapan dokumen sebagaimana dimaksud pada ayat (7) kepada pihak manapun hanya dapat ditentukan oleh Kepala RSUD setelah memperoleh persetujuan Ketua Komite Medik.

Bagian Keempat Pemaparan *MSBL*

Pasal 135

Pemaparan *MSBL* dapat dilakukan oleh Komite Medik atas izin Direktur.

Paragraf 2

Perubahan Peraturan Internal Staf Medik (Medical Staf By Law) / *MSBL*

Pasal 136

Bila dianggap perlu, Komite Medik berhak merubah *MSBL* ini dengan persetujuan Direktur RSUD melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk itu.

BAB IV KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 137

- (1) Peninjauan Peraturan Internal Rumah Sakit/Peraturan Pola Tata Kelola ini dilakukan apabila terdapat struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam peraturan ini ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan atau Peraturan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan RSUD ditetapkan Direktur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB V KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 138

- (1) Semua peraturan rumah sakit yang ditetapkan sebelum berlakunya *MSBL* ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan *MSBL* ini.
- (2) Keputusan-keputusan Direktur dan pimpinan lainnya yang ada pada saat peraturan pola tata kelola ini disahkan, masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan-ketentuan yang tercantum di dalam peraturan pola tata kelola ini.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 139

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Cirebon.

Ditetapkan di Cirebon
pada tanggal 8 Desember 2009

WALIKOTA CIREBON,

Ttd,

SUBARDI

Diundangkan di Cirebon
pada tanggal 9 Desember 2009

SEKRETARIS DAERAH KOTA CIREBON,



The image shows an official circular stamp of the Secretariat of Cirebon Regency (Sekretariat Daerah Kota Cirebon). The stamp contains the text 'PEMERINTAH DAERAH KOTA CIREBON' around the perimeter and 'SEKRETARIAT DAERAH' in the center. Overlaid on the stamp is a handwritten signature in black ink. Below the signature, the name 'HASANUDIN MANAP' is printed.

HASANUDIN MANAP

BERITA DAERAH KOTA CIREBON TAHUN 2009 NOMOR 46