

PERATURAN GUBERNUR BANTEN  
NOMOR 60 TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*)  
PADA UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MALINGPING  
PROVINSI BANTEN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR BANTEN,

- Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) Pada UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping;
- b. bahwa pengaturan mengenai Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) Pada UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping Provinsi Banten telah disetujui Menteri Dalam Negeri melalui Surat Nomor 100.2.2.6/9093/OTDA tanggal 16 Desember 2022 hal Fasilitasi Rancangan Peraturan Gubernur Banten tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) Pada UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping Provinsi Banten;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) Pada UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping Provinsi Banten;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2000 tentang Pembentukan Provinsi Banten (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 182, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4010);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 5072);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

9. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
10. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
11. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
13. Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 12 tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42);
16. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);

17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
20. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 200/PMK.05/2017 tentang Sistem Pengendalian Intern Pada Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1885);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) PADA UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MALINGPING PROVINSI BANTEN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Daerah Propvinsi Banten.
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Gubernur adalah Gubernur Banten.

4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Provinsi Banten.
5. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Banten.
6. Rumah Sakit adalah UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping milik Pemerintah Provinsi Banten yang berkedudukan di Kabupaten Lebak Propinsi Banten yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).
7. Direktur PPK-BLUD RSUD Malingping adalah pejabat yang bertanggungjawab atas pelaksanaan pengadaan barang atau jasa yang dibiayai dari Jasa Layanan, hibah tidak terikat, hasil kerjasama dengan pihak lain dan lain-lain pendapatan BLUD RSUD Malingping Provinsi Banten yang sah.
8. Rumah Sakit Umum Daerah Malingping Provinsi Banten (UPTD RSUD Malingping) yang selanjutnya disebut rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Daerah merupakan institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat dan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).
9. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah Provinsi Banten yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efektif, efisien dan produktivitas.
10. Tata Kelola Rumah Sakit atau Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah Peraturan Organisasi atau Institusi Rumah Sakit (*Corporate Bylaws*) dan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*).
11. Tata Kelola atau Peraturan Internal Institusi (*Corporate Bylaws*) adalah peraturan yang mengatur hubungan kerja antara pemerintah daerah atau yang mewakilinya sebagai pemilik, pengelola dan staf medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban dan kewenangannya masing-masing agar pengelolaan rumah sakit terselenggara dengan baik.
12. Pola Tata Kelola Staf Medis atau Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.

13. Sarana Pelayanan Kesehatan lainnya adalah rumah sakit umum, rumah sakit khusus, klinik, balai pengobatan, puskesmas, rumah bersalin, praktek dokter, apotek dan laboratorium klinik.
14. Instalasi adalah unit kerja non struktural yang berfungsi memberikan pelayanan kesehatan dan pelayanan penunjang sesuai standar operasional prosedur dan atau pedoman yang ditetapkan oleh Direktur.
15. Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan dan pembinaan terhadap pengelolaan UPTD RSUD Malingping.
16. Pejabat Pengelola BLUD adalah pimpinan BLUD-RSUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri atas pimpinan, pejabat keuangan dan pejabat teknis yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada BLUD-RSUD.
17. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat BLUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu pemimpin BLUD untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh sosial sekitarnya (*Social Responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis sehat.
18. Komite Medik adalah kelompok tenaga medis yang bertugas membantu Direktur RSUD Malingping Provinsi Banten dalam pengelolaan profesional yang keanggotaannya dipilih dari Staf Medis fungsional yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur dan pembentukannya ditetapkan oleh Direktur RSUD Malingping Provinsi Banten.
19. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
20. Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lain (KTKL) adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga profesional kesehatan lain melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
21. Sub Komite Medik adalah sub kerja di bawah Komite Medik yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus yang anggotanya terdiri dari staf medis dan tenaga profesi lainnya secara ex-officio.

22. Sub Komite Keperawatan adalah sub kerja di bawah Komite Keperawatan yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus yang anggotanya terdiri dari staf keperawatan dan tenaga profesi lainnya secara *ex-officio*.
23. Sub Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lain (KTKL) adalah sub kerja di bawah Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lain (KTKL) yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus yang anggotanya terdiri dari staf tenaga kesehatan lain dan tenaga profesi lainnya secara *ex-officio*.
24. Staf Medik Fungsional adalah dokter, dokter gigi, dokter gigi spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
25. Staf Keperawatan adalah perawat dan bidan yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
26. Staf Tenaga Kesehatan Lain adalah kelompok tenaga kesehatan yang terdiri dari tenaga kefarmasian (apoteker dan tenaga teknis kefarmasian), tenaga gizi (nutrisionis dan dietisien), tenaga teknik biomedika (radiografer, ahli teknologi laboratorium medik, elektromedis, fisikawan medis, radioterapis dan orthotik prostetik), tenaga keterampilan fisik (fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara dan akupuntur), tenaga Keteknisian medis (perekam medis dan informasi kesehatan, refraksionis Optisien atau optometris, audiologis, penata anestesi, teknisi pelayanan darah, teknisi gigi dan terapis gigi mulut), tenaga kesehatan masyarakat dan tenaga kesehatan lingkungan.
27. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis atau staf keperawatan yang diberikan direktur untuk melakukan sederetan pelayanan medis atau keperawatan tertentu dalam rumah sakit untuk periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).
28. Penugasan klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan direktur kepada seorang staf medis atau keperawatan untuk melakukan sekelompok pelayanan medis atau keperawatan di rumah sakit berdasarkan kewenangan klinis (*White Paper*) yang ditetapkan baginya.

29. Kredensialing adalah proses revaluasi terhadap staf medis atau keperawatan untuk menentukan diberikannya kewenangan klinis (*Clinical Privilege*).
30. Rekredensialing adalah proses revaluasi terhadap staf medis atau keperawatan yang telah memiliki kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian klinis tersebut.
31. Unit kerja di rumah sakit adalah unit kerja yang dapat berbentuk bidang, bagian, instalasi, seksi, subbagian, unit tugas, Komite Medik, sub komite, satuan pengawas intern, panitia dan staf medik fungsional.
32. Poliklinik adalah unit kerja yang melayani pasien tanpa rawat inap yang mencakup pelayanan poliklinik spesialisik, Sub Spesialistik, PKBRS, EKG, Fisioterapi dan Psikologi.
33. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang Pegawai Negeri Sipil dalam suatu satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu.
34. Jabatan Struktural adalah kedudukan yang secara jelas terdapat pada struktur organisasi dan memiliki kualifikasi akademik yang sesuai, bertingkat-tingkat dari yang terendah hingga yang tertinggi.
35. Pelayanan Penunjang Medik dan Non Medik adalah bagian dari pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit, terdiri dari pelayanan kefarmasian, pelayanan gizi, pelayanan Rehabilitasi Medik, pelayanan Radiologi, Pelayanan Patolog Klinik, Pelayanan Patologi Anatomi dan pelayanan non medik pendukung pelayanan kedokteran dan pelayanan keperawatan.
36. Fleksibilitas adalah keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan.
37. Praktek Bisnis Yang Sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu, berkesinambungan dan berdaya saing.
38. Rencana Strategis yang selanjutnya disebut Renstra adalah dokumen perencanaan BLUD untuk periode 5 (lima) tahun.



39. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran SKPD.
40. Rapat Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
41. Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh pemilik rumah sakit setiap tahunnya.
42. Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh pemilik rumah sakit di luar jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan hal-hal yang dianggap khusus.
43. Persentase Ambang Batas adalah besaran persentase realisasi yang diperkenankan melampaui anggaran dalam DPA BLUD atau RBA.
44. Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.

## BAB II

### POLA TATA KELOLA KOORPORASI

#### *(COORPORATE BYLAWS)*

#### Bagian Kesatu

#### Identitas, Visi , Misi, Nilai, Motto, dan Logo Rumah Sakit

#### Pasal 2

- (1) Identitas rumah sakit ini adalah sebagai berikut:
  - a. Nama : UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping;
  - b. Alamat : Jalan Raya Saketi Malingping KM 1, Kecamatan Malingping Kabupaten Lebak Provinsi Banten;
  - c. Jenis Kelas : Kelas C; dan
  - d. Pemilik : Pemerintah Provinsi Banten.
- (2) Dalam rangka menghadapi persaingan global, Rumah Sakit menetapkan Visi yaitu *“Menjadi Rumah Sakit Umum Yang Memberikan Pelayanan Holistik, Terdepan, Berkualitas Dan Menjadi Pilihan Utama Bagi Masyarakat Dan Wisatawan Di Banten Selatan”*.
- (3) Sebagai upaya mewujudkan Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Rumah Sakit mempunyai Misi:

- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan pelayanan medis, komplementer dan rujukan yang bermutu dengan spesialisasi tenaga kesehatan dan non kesehatan yang memenuhi standar yang memuaskan pelanggan dengan memanfaatkan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi mutakhir secara selektif dan tepat guna, menjunjung tinggi hukum dan etika dengan tetap melaksanakan fungsi sosial dan upaya kesehatan perorangan di wilayah Banten selatan;
  - b. meningkatkan kuantitas dan kualitas sarana prasarana pelayanan kesehatan serta pemanfaatan yang optimal sesuai standar Kelas B dengan unggulan pelayanan medis, komplementer dan rujukan bagi masyarakat dan wisatawan seperti Perinatologi Centre, *Trauma Center* dan Griya Sehat;
  - c. meningkatkan jumlah, kemampuan dan keterampilan SDM kesehatan dan non kesehatan agar seluruh SDM memenuhi kualifikasi yang sesuai standar;
  - d. menciptakan lingkungan RS yang bersih, aman, nyaman, asri dan sehat yang mampu meningkatkan mutu pelayanan dan kepuasan pelanggan serta menunjang unsur pelayanan pelayanan medis, komplementer dan rujukan bagi masyarakat dan wisatawan;
  - e. menciptakan lingkungan kerja yang kondusif, sehingga mampu mengakomodir seluruh jajaran organisasi dalam mencapai kepuasan pelanggan yang menjadi tujuan pokok Rumah Sakit pada umumnya;
  - f. mengupayakan pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan acuan dasar kepada falsafah efisiensi biaya (*Cost Containment*), tanpa harus mengorbankan kualitas pelayanan itu sendiri; dan
  - g. mewujudkan sistem dan lingkungan RS yang bermutu sebagai tempat pendidikan, pelatihan, Penelitian dan Pengembangan bagi tenaga kesehatan dan non kesehatan untuk keperluan internal dan eksternal.
- (4) Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) ditetapkan oleh Direktur mengacu kepada visi dan misi Gubernur dan dimuat di dalam Rencana Strategis Rumah sakit.
  - (5) Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dapat dilakukan perubahan atau review guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan.
  - (6) Visi dan Misi Rumah Sakit menjadi Pedoman dalam penyusunan Rencana Strategis Rumah Sakit.

### Pasal 3

Nilai-nilai dasar UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping tercermin dari kata “MALINGPING” (MANDIRI, LOYAL, INTEGRITAS, PROFESIONAL DAN BERSAING):

- a. mandiri bermakna bahwa UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping telah menjalankan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) yang salah satu prinsip dasarnya adalah kemandirian dalam pengelolaan pelayanan dan pengelolaan keuangan sehingga dapat memberikan pelayanan yang lebih baik karena didukung oleh praktik bisnis yang sehat, transparansi dan akuntabilitas yang menjadi ruh utama dalam PPK-BLUD;
- b. loyal bermakna dasar kepatuhan atau ketaatan UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping sebagai rumah sakit milik pemerintah yang harus tunduk dan patuh terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku khususnya yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan rujukan (rumah sakit);
- c. integritas bermakna kesesuaian antara niat baik, ucapan dan perilaku berdasarkan keimanan dan ketaqwaan kepada Allah SWT yang secara konsisten memegang teguh nilai-nilai moral, etika, kejujuran dan kesungguhan dalam memberikan pelayanan;
- d. profesional bermakna menjunjung tinggi ilmu pengetahuan (*Science*), keterampilan (*Skill*) dan perilaku (*Attitude*) berdasarkan kompetensi yang dimiliki serta mendasarkan pada prosedur kerja dan standar profesi; dan
- e. bersaing bermakna bahwa UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping siap menjadi rumah sakit unggulan milik pemerintah yang mampu bersaing dengan rumah sakit lain di sekitar dengan tetap menjunjung tinggi prinsip praktek bisnis yang sehat dan mengedepankan pelayanan yang berkualitas sehingga dapat membentuk kepercayaan dari masyarakat.

### Pasal 4

- (1) Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping menerapkan motto “BERTEMU HATI (*Bersih, Tertib, Bermutu dan Perhatian*)”.
- (2) Logo UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping adalah Sebagai Berikut:



- (3) Logo sebagaimana dimaksud pada ayat (2) memiliki arti sebagai berikut:
- a. bentuk setengah lingkaran warna biru merupakan simbol dari melindungi, merangkul dan melayani seluruh lapisan masyarakat tanpa membedakan suku, agama, ras dan golongan;
  - b. bentuk palang biru secara umum digunakan dalam dunia kesehatan dan organisasi kemanusiaan yang memberikan pelayanan secara profesionalitas yang tinggi dan penuh dengan integritas;
  - c. helai daun warna hijau melambangkan konsep pelayanan yang sangat menjaga keseimbangan alam, menjaga kesehatan lingkungan dan penyehatan lingkungan;
  - d. warna biru melambangkan unsur sehat, kepercayaan, integritas dan profesionalisme; dan
  - e. warna hijau daun menggambarkan kesan alami atau kesan yang ramah lingkungan.

Bagian Kedua  
Kedudukan, Tugas Pokok, Fungsi,  
dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan pendukung tugas Gubernur di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping mempunyai tugas pokok memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.
- (3) Dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping menyelenggarakan fungsi:
  - a. penyelenggaraan pelayanan medis dan non medis;
  - b. penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan non medis;
  - c. penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
  - d. penyelenggaraan pelayanan rujukan;

- e. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan; dan
  - f. penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan.
- (4) Rumah Sakit memiliki kewajiban sebagai berikut:
- a. melaksanakan hubungan koordinatif, kooperatif dan fungsional dengan Dinas Kesehatan dan sarana pelayanan kesehatan lainnya;
  - b. berpartisipasi dalam penanggulangan bencana, wabah penyakit, pelaporan penyakit menular dan penyakit lain yang ditetapkan pada tingkat nasional maupun daerah; dan
  - c. berpartisipasi dalam melaksanakan program prioritas nasional dan prioritas daerah di bidang tugasnya.

### Bagian Ketiga

#### Tanggung Jawab dan Kewenangan Pemerintah Daerah

##### Pasal 6

- (1) Pemerintah Daerah sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat;
- (2) Tanggung Jawab Pemerintah Daerah meliputi:
- a. menutup defisit anggaran UPTD RSUD Malingping yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaannya setelah diaudit secara independen;
  - b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi fakir miskin atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. membina dan mengawasi penyelenggaraan rumah sakit;
  - d. memberikan perlindungan kepada rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara professional dan bertanggung jawab;
  - e. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - f. menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian rumah sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
  - g. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
  - h. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa;
  - i. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan

- j. mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.
- (3) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2), Pemerintah Daerah berwenang:
- a. menetapkan peraturan tentang Tata Kelola Rumah Sakit atau Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital byLaws*);
  - b. menyetujui atau melakukan evaluasi visi dan misi Rumah Sakit;
  - c. menyetujui atau melakukan evaluasi Rencana Strategis dan Rencana Tahunan Rumah Sakit;
  - d. mendelegasikan kepada Dewan Pengawas UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping untuk menetapkan dan mengesahkan rencana bisnis dan anggaran Rumah Sakit;
  - e. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural, Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas;
  - f. menyetujui dan menetapkan pendidikan dan penelitian para professional kesehatan Rumah Sakit;
  - g. menetapkan tarif layanan UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping sesuai peraturan perundang-undangan;
  - h. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar dan memberikan penghargaan atas prestasi yang dicapai pegawai rumah sakit sesuai dengan ketentuan perundangan; dan
  - i. melakukan evaluasi dan atau meminta laporan mengenai kinerja Rumah Sakit baik menyangkut kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan.

#### Bagian Keempat

#### Pembina dan Pengawas Badan Layanan Umum Daerah

#### Pasal 7

- (1) Pembina dan pengawas BLUD terdiri atas:
  - a. Pembina Teknis dan Pembina Keuangan;
  - b. Satuan Pengawas Internal; dan
  - c. Dewan Pengawas.
- (2) Pelaksanaan pembinaan dan pengawasan terhadap BLUD oleh pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Kepala Daerah.
- (3) Pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berkoordinasi dengan Menteri melalui Direktur Jenderal Bina Keuangan Daerah.

Bagian Kelima  
Pembina Teknis dan Pembina Keuangan

Pasal 8

- (1) Pembina teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf a yaitu kepala SKPD yang bertanggungjawab atas urusan pemerintahan yang bersangkutan.
- (2) Pembina keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf a yaitu PPKD.

Bagian Keenam  
Satuan Pengawas Internal

Pasal 9

- (1) Satuan Pengawas Internal (SPI) dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur sehingga berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- (2) Satuan Pengawas Internal mempunyai tugas pokok membantu Direktur dalam pengawasan dan pengendalian internal untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitar (*Social Responsibility*) dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan berbasis bisnis yang sehat.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Satuan Pengawas Internal mempunyai tugas:
  - a. pengamanan harta kekayaan;
  - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
  - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
  - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis Yang Sehat.

Pasal 10

- (1) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3), Satuan Pengawas Internal mempunyai kewenangan sebagai berikut:
  - a. mendapatkan akses terhadap seluruh dokumen, pencatatan, sumber daya manusia, dan fisik asset BLUD pada seluruh bagaian dan unit kerja lainnya;
  - b. melakukan komunikasi secara langsung dengan Pimpinan BLUD dan atau Dewan Pengawas;
  - c. mengadakan rapat secara berkala dan insidental dengan pimpinan BLUD dan atau Dewan Pengawas;

- d. melakukan koordinasi dengan aparat pegawai intern pemerintah dan atau aparat pengawasan ekstern pemerintah; dan
  - e. mendampingi aparat pengawas intern pemerintah dan atau aparat pengawasan ekstern pemerintah dalam melakukan pengawasan.
- (2) Laporan hasil pelaksanaan tugas dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) disusun dalam bentuk dokumen hasil pengawasan disampaikan kepada Direktur atau Pimpinan BLUD dan Dewan Pengawas sebagai bahan pertimbangan berdasarkan penugasan dari Direktur.

#### Pasal 11

- (1) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Pengawas Internal antara lain:
- a. sehat jasmani dan rohani;
  - b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
  - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
  - d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
  - e. memiliki pengalamar teknis pada BLUD;
  - f. berijazah paling rendah S-1 (Strata 1)
  - g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;
  - h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;
  - i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
  - j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
  - k. mempunyai sikap independen dan obyektif.
- (2) Jumlah anggota Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan paling banyak 5 (lima) orang.
- (3) Anggota Satuan Pengawas Internal diangkat dari pegawai UPTD RSUD Malingping dapat dari Aparat Sipil Negara (ASN) maupun bukan yang memenuhi syarat dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

#### Bagian Ketujuh

#### Dewan Pengawas

#### Pasal 12

- (1) RSUD Malingping dalam menjalankan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) dilakukan pengawasan oleh Dewan Pengawas.



- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai *governing body* dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.

Bagian Kedelapan  
Pembentukan Dewan Pengawas  
Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (1) terdiri dari unsur:
  - a. Pemerintah Daerah;
  - b. Organisasi profesi;
  - c. Asosiasi perumahsakitian; dan
  - d. Tenaga ahli/tokoh masyarakat yang sesuai dengan kegiatan RSUD Malingping.
- (2) Keanggotaan, pengangkatan, pemberhentian, dan penggantian Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.
- (3) Dalam menjalankan tugas Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesembilan  
Susunan Dan Struktur Organisasi  
Pasal 14

- (1) Stuktur Organisasi UPTD RSUD Malingping terdiri atas:
  - a. Direktur selaku Pemimpin;
  - b. Kepala Bagian Sekretariat selaku Pejabat Keuangan:
    1. Sub Bagian Program, Evaluasi dan Pelaporan;
    2. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian; dan
    3. Sub Bagian Keuangan.
  - c. Kepala Bidang Pelayanan Medik selaku Pejabat Teknis Medik:
    1. Seksi Etika dan Mutu Pelayanan Medis; dan
    2. Seksi Pengembangan Pelayanan dan Kerjasama.
  - d. Kepala Bidang Penunjang selaku Pejabat Teknis Penunjang:
    1. Seksi Penunjang Medik; dan
    2. Seksi Penunjang Non Medik.

- e. Kepala Bidang Keperawatan selaku Pejabat Teknis Keperawatan:
  - 1. Seksi Rawat Inap; dan
  - 2. Seksi Rawat Jalan dan Rawat Khusus.
- (2) Struktur Organisasi UPTD RSUD Malingping sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Bagian Kesepuluh

#### Pejabat Pengelola

#### Pasal 15

- (1) Pejabat Pengelola bertanggung jawab terhadap kinerja umum operasional, pelaksanaan kebijakan fleksibilitas dan keuangan BLUD dalam pemberian layanan.
- (2) Pejabat Pengelola BLUD berasal dari:
  - a. Pegawai Negeri Sipil; dan/atau
  - b. Pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) BLUD dapat mengangkat Pejabat Pengelola selain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dari profesional lainnya.
- (4) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai dengan kebutuhan, profesionalitas, kemampuan keuangan dan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.
- (5) Pejabat Pengelola dan pegawai yang berasal dari tenaga profesional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dipekerjakan secara kontrak atau tetap.
- (6) Pejabat Pengelola yang berasal dari tenaga profesional lainnya sebagaimana dimaksud ayat (3) diangkat untuk masa jabatan paling lama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali periode masa jabatan berikutnya.
- (7) Pengangkatan kembali untuk periode masa jabatan berikutnya paling tinggi berusia 60 (enam puluh) tahun.
- (8) Pengadaan Pejabat Pengelola dan pegawai yang berasal dari profesional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan jumlah dan komposisi yang telah disetujui PPKD.
- (9) Pejabat Pengelola BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  - a. Pemimpin;
  - b. Pejabat Keuangan; dan

c. Pejabat Teknis.

- (10) Sebutan pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (9) disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku di BLUD.
- (11) Dalam menjalankan tugas pejabat Pengelola BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (9) berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 16

- (1) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.
- (2) Pemimpin bertanggungjawab kepada Gubernur.
- (3) Pejabat keuangan dan pejabat teknis bertanggungjawab kepada pemimpin.

Pasal 17

- (1) Pengangkatan dan penempatan dalam jabatan Pejabat Pengelola berdasarkan kompetensi dan kebutuhan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pengetahuan, keahlian, keterampilan, integritas, kepemimpinan, pengalaman, dedikasi dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatan.

BAB III

KOMITE-KOMITE

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 18

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien perlu membentuk komite profesi yang merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan dan tenaga kesehatan lain dalam rangka pengembangan pelayanan.
- (2) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) di UPTD RSUD Malingping paling sedikit terdiri atas:
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan; dan
  - c. Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lainnya (KTKL).
- (3) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang bertanggungjawab kepada Direktur.

- (4) Setiap komite mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan, standar profesi, memantau pelaksanaan standar profesi, melaksanakan pembinaan etika profesi dan memberikan saran pertimbangan dalam pengembangan pelayanan profesi.
- (5) Setiap komite dipimpin oleh seorang ketua yang bertanggungjawab kepada Direktur.
- (6) Dalam melaksanakan tugas Komite dapat membentuk sub komite dan atau Panitia yang merupakan kelompok kerja tertentu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur
- (7) Berdasarkan kebutuhan untuk pengembangan pelayanan, di UPTD RSUD Malingping dapat dibentuk komite profesi lainnya selain yang dimaksud pada ayat (2) serta dapat pula dibentuk komite non profesi, Tim atau Panitia ad Hoc dan Manajer Kasus (*Case Manager*) dengan ketetapan Direktur.

#### Bagian Kedua

#### Komite Medik

#### Pasal 19

- (1) Komite Medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*Clinical Governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (6) terdiri atas:
  - a. Subkomite Kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
  - b. Subkomite Mutu Profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
  - c. Subkomite Etika dan Disiplin yang bertugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.
- (3) Tugas, fungsi, dan kewenangan Komite Medik berikut Sub Komite diatur lebih lanjut dalam Surat Keputusan Direktur.

#### Bagian Ketiga

#### Susunan Kepengurusan Komite Medik

#### Pasal 20

- (1) Susunan kepengurusan Komite Medik terdiri atas:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin;
  - d. Sub Komite Kredensial; dan

- e. Sub Komite Mutu Profesi.
- (2) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan staf medis yang bekerja di RSUD.
  - (3) Sekretaris Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, dipilih oleh Ketua Komite Medik dan di dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga administratif atau dari pegawai RSUD.
  - (4) Sub Komite sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf c, huruf d, dan huruf e, dipilih oleh Ketua Komite Medik dan berjumlah sekurang-kurangnya 2 (dua) orang.
  - (5) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di RSUD.
  - (6) Masing-masing Sub Komite bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
  - (7) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku dengan jumlah keanggotaan Komite Medik disesuaikan dengan jumlah staf medis di RSUD.
  - (8) Masa kerja kepengurusan Komite Medik adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali atas dasar musyawarah dan mufakat.

#### Pasal 21

- (1) Ketua Komite Medik dipilih secara demokrasi oleh staf medis RSUD dengan terlebih dahulu membentuk Panitia Pemilihan.
- (2) Untuk menjadi Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi syarat sebagai berikut:
  - a. Anggota staf medis di lingkungan RSUD;
  - b. Mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
  - c. Menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
  - d. Peka terhadap perkembangan perumahsakitannya;
  - e. Bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
  - f. Mempunyai kepribadian yang baik dan disegani di lingkungan profesinya; dan
  - g. Mempunyai integritas kelimuan dan etika profesi yang tinggi.
- (3) Apabila Ketua Komite Medik telah dipilih secara demokrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) namun tidak dapat menemui jalan keluar, maka akan dilakukan pengangkatan Ketua Komite Medik oleh Direktur.
- (4) Ketua Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Keempat  
Sub Komite Etika dan Disiplin

Pasal 22

- (1) Sub Komite Etika dan Disiplin berfungsi untuk melaksanakan kebijakan Komite Medik di bidang etika dan disiplin Komite Medik.
- (2) Sub Komite etika dan Disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas untuk:
  - a. Menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin;
  - b. Mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika;
  - c. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala baik lisan maupun tulisan kepada Ketua Komite Medik;
  - d. Membuat rekomendasi yang berhubungan dengan isu etika medis;
  - e. Memperbaharui dan memeriksa kebijakan RSUD yang melibatkan isu etika medis; dan
  - f. Memberikan pendidikan etika medis kepada anggota komite, RSUD dan masyarakat luas.
- (3) Sub Komite Etika dan Disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk memberikan saran, konsultasi, arahan dan pendidikan mengenai aspek-aspek etika dari perawatan medis.

Bagian Kelima  
Sub Komite Kredensial

Pasal 23

- (1) Sub Komite Kredensial berfungsi untuk melaksanakan kebijakan Komite Medik di bidang kredensial profesi medis.
- (2) Sub Komite Kredensial bertugas untuk:
  - a. Melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis RSUD secara total, objektif, adil, jujur dan terbuka;
  - b. Melakukan review kompetensi staf medis; dan
  - c. Membuat rekomendasi hasil review berdasarkan kriteria yang ditetapkan dan sesuai dengan kebutuhan staf medis di RSUD.
- (3) Sub Komite Kredensial bertujuan untuk memeriksa lamaran pemohon melalui proses kredensial untuk pengangkatan baru atau pengangkatan kembali sebagai staf medis di RSUD, dan untuk membuat rekomendasi bagi keanggotaan dan perencanaan kewenangan dalam pelaksanaannya yang berkaitan dengan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*), prosedur dan kebijakan kredensial, dan keperluan masing-masing KSM.

Bagian Keenam  
Sub Komite Mutu Profesi  
Pasal 24

- (1) Sub Komite Mutu Profesi berfungsi untuk melaksanakan kebijakan Komite Medik di bidang mutu profesi medis.
- (2) Sub Komite Mutu Profesi bertujuan untuk:
  - a. membuat panduan mutu pelayanan medis;
  - b. melakukan pemantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis; dan
  - c. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala baik secara lisan maupun tulisan kepada Ketua Komite Medik.
- (3) Sub Komite Mutu Profesi bertujuan untuk menyediakan forum bagi staf medis untuk menetapkan kualitas dan keberhasilan pengobatan.

Bagian Ketujuh  
Kelompok Staf Medis (KSM)  
Pasal 25

- (1) Staf Medik adalah dokter yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Staf Medik mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan yang sesuai standar profesi dan standar pelayanan medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Staf Medik dapat menggunakan pendekatan perorangan maupun tim dengan tenaga profesi terkait.
- (4) Kelompok Staf Medis (KSM) merupakan kumpulan dari beberapa Staf Medik yang memiliki spesialisasi dan atau kompetensi sama atau serumpun dengan jumlah anggota minimal 2 (dua) orang.
- (5) Pembentukan Kelompok Staf Medis (KSM) dan penunjukan Ketua Kelompok Staf Medis (KKSM) ditetapkan melalui Keputusan Direktur.
- (6) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagai pegawai bertanggung jawab kepada Direktur, dalam etika dan mutu keprofesian bertanggung jawab kepada Komite Medik serta dalam melaksanakan tugas pelayanan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik.

Bagian Kedelapan  
Rapat Komite Medik

Pasal 26

- (1) Jadwal rapat rutin dilakukan setiap 1 (satu) bulan sekali untuk membicarakan masalah rutin yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi serta dihadiri oleh Pengurus Komite Medik.
- (2) Untuk rapat khusus akan diadakan secara mendadak untuk mengambil keputusan secara cepat, tepat dan konkret yang dihadiri oleh Pengurus Komite Medik.
- (3) Setiap rapat rutin dan rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), dalam proses pengambilan keputusan rapat harus memenuhi jumlah quorum yaitu 1/3 (sepertiga) dari jumlah peserta yang hadir.
- (4) Apabila seluruh rapat yang diadakan dan dalam proses pengambilan keputusan mengalami kebuntuan atau *deadlock* maka seluruh keputusan diambil oleh Ketua Komite Medik dengan asas keterbukaan dan keadilan.

Pasal 27

- (1) Untuk memperlancar tugas sehari-hari disediakan ruangan pertemuan dan komunikasi bagi Komite Medik serta tenaga administrasi yang dapat membantu Komite Medik.
- (2) Biaya operasional Komite Medik dibebankan pada anggaran pendapatan dan belanja UPTD RSUD Malingping.

Bagian Kesembilan  
Komite Keperawatan

Pasal 28

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan, dengan tujuan untuk menyelenggarakan tatakelola klinis (*clinical governance*) yang baik.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.
- (3) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri atas:
  - a. Ketua Komite Keperawatan;
  - b. Sekretaris Komite Keperawatan; dan
  - c. Subkomite.
- (4) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c terdiri atas:



- a. Subkomite Kredensial;
  - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
  - c. Subkomite Etik dan Disiplin Profesi.
- (5) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
  - (6) Subkomite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
  - (7) Subkomite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.
  - (8) Tugas, fungsi dan kewenangan Komite Keperawatan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Internal atau Tata Kelola Staf Keperawatan (*Nursing Staf Bylaws*) yang diatur oleh Direktur dalam Peraturan Direktur Rumah Sakit.

Bagian Kesepuluh  
Kelompok Staf Keperawatan  
Pasal 29

- (1) Kelompok Staf Keperawatan adalah kelompok perawat dan bidan yang bekerja sebagai perawat dan bidan dalam jabatan fungsional.
- (2) Kelompok Staf Keperawatan dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggota.
- (3) Kelompok Staf Keperawatan ditugaskan sesuai dengan jenis kompetensinya;
- (4) Kelompok Staf Keperawatan diangkat dan ditugaskan oleh direktur.
- (5) Kelompok Staf Keperawatan mempunyai tugas sebagai berikut:
  - a. Melaksanakan pengkajian;
  - b. Menegakkan diagnosis keperawatan;
  - c. Menetapkan perencanaan;
  - d. Melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan;
  - e. Penyuluhan kesehatan;
  - f. Pendidikan dan pelatihan; dan
  - g. Penelitian dan pengembangan keperawatan.
- (6) Staf Keperawatan bergabung dalam kelompok Staf Keperawatan yang dibentuk berdasarkan kompetensi masing-masing.

Bagian Kesebelas  
Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lainnya (KTKL)

Pasal 30

- (1) Dalam rangka menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik dengan mengandalkan kompetensi dan perilaku staf yang merupakan tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit maka dibentuk Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lainnya yang disingkat KTKL.
- (2) Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lainnya (KTKL) merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di RSUD oleh Direktur dan keanggotaannya terdiri dari tenaga kesehatan profesional non medis dan non keperawatan
- (3) Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lainnya (KTKL) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf Tenaga kesehatan lainnya.
- (4) Susunan Organisasi pengurus Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lainnya (KTKL) sekurang kurangnya terdiri atas:
  - a. Ketua;
  - b. Ketua Subkomite; dan
  - c. Staf Sekretariat.
- (5) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lainnya (KTKL) sekurang-kurangnya dapat terdiri dari Ketua dan Ketua Sub Komite merangkap Anggota Subkomite.
- (6) Keanggotaan Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lainnya (KTKL) ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
- (7) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b terdiri atas:
  - a. Subkomite Kredensial;
  - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
  - c. Subkomite Etik dan Disiplin Profesi.
- (8) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang akurat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga profesional kesehatan lainnya.
- (9) Subkomite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf b bertugas melakukan audit kesehatan lainnya dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga profesional kesehatan lainnya.

- (10) Subkomite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi bagi tenaga profesional kesehatan lainnya.
- (11) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lainnya (KTKL) memiliki tugas sebagai berikut:
- a. Menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
  - b. Melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
  - c. Merekomendasikan kewenangan klinis tenaga kesehatan lainnya;
  - d. Merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis Tenaga kesehatan lainnya;
  - e. Melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
  - f. Melaporkan seluruh proses kredensial kepada ketua komite Kesehatan lainnya untuk diteruskan kepada Direktur.
- (12) Dalam melaksanakan fungsi meningkatkan mutu dan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya, Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lainnya (KTKL) memiliki tugas sebagai berikut:
- a. Menyusun data profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktek;
  - b. Merekomendasikan perencanaan pengembangan professional berkelanjutan tenaga kesehatan lainnya;
  - c. Melakukan audit profesi tenaga kesehatan lainnya; dan
  - d. Memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (13) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya, Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lainnya (KTKL) memiliki tugas sebagai berikut:
- a. Melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lainnya;
  - b. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
  - c. Merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan kesehatan lainnya;
  - d. Merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
  - e. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan.
- (14) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Profesional Kesehatan Lainnya (KTKL) berwenang:
- a. Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
  - b. Memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;

- c. Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
- d. Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
- e. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit;
- f. Memberikan rekomendasi pendidikan tenaga kesehatan lainnya berkelanjutan; dan
- g. Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

## Bagian Keduabelas

### Instalasi dan Unit

#### Pasal 31

- (1) Instalasi dan Unit adalah unit tugas pelayanan non struktural yang dibentuk sesuai kebutuhan rumah sakit dalam rangka menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) Pembentukan dan perubahan Instalasi dan Unit ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit berdasarkan analisis organisasi dan kebutuhan.
- (3) Jumlah dan jenis Instalasi dan unit disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.
- (4) Pedoman dan standar fasilitas serta penyelenggaraan kegiatan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Standar Pelayanan Instalasi dan Unit yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 32

- (1) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (2) Instalasi berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur yang dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (3) Kepala Instalasi dan Unit mempunyai tugas dan kewajiban dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan dan kegaitan pendukung pelayanan serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Bidang atau Bagian.
- (4) Persyaratan jabatan Kepala Instalasi dan unit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu:
  - a. Berpendidikan Sarjana (S1) sesuai bidangnya atau disesuaikan dengan kondisi SDM rumah sakit sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. Mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi di lingkup instalasi;
- d. Mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- e. Berstatus Pegawai Negeri Sipil atau Pegawai Non PNS; dan
- f. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 33

Tugas, fungsi dan kewenangan Instalasi-Instalansi dan unit diatur lebih lanjut oleh Direktur dalam Keputusan Direktur Rumah Sakit.

#### Bagian Ketigabelas Kelompok Jabatan Fungsional

#### Pasal 34

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah Tenaga Fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai dengan bidang keahliannya.
- (3) Masing-masing Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berada di lingkungan unit kerja sesuai dengan kompetensinya.
- (4) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.
- (5) Jenis dan jenjang jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Bagian Keempatbelas Prosedur Kerja

#### Pasal 35

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Malingping wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi, simplifikasi dan *Cross Functional Approach* secara vertikal dan horizontal dan diagonal baik di lingkungannya maupun dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

- (2) Tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dijabarkan dalam prosedur kerja yang disusun, diatur dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

#### BAB IV

#### PERATURAN INTERNAL/TATA KELOLA STAF MEDIS

#### *(MEDICAL STAFF BYLAWS)*

#### Bagian Kesatu

#### Kelompok Staf Medik

#### Pasal 36

- (1) Kelompok Staf Medik (KSM) Rumah Sakit adalah Nama kelompok Dokter dan Dokter Spesialis serta Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis yang berhak memberikan pelayanan medik di UPTD Jalan Raya Saketi Malingping KM 1, Kecamatan Malingping Kabupaten Lebak Provinsi Banten.
- (2) Pengelompokan anggota KSM adalah berdasarkan keahlian dan atau spesialisasi serta kewenangan klinis sama dan atau serumpun yang ada di Rumah sakit.
- (3) Dokter Umum dimasukkan dalam Kelompok Staf Medis (KSM) Dokter Umum dan untuk Dokter Gigi serta Dokter Gigi Speasialis dimasukkan pada Kelompok Staf Medis (KSM) Gigi dan Mulut.
- (4) Untuk Kelompok Dokter Spesialis, pengelompokannya KSM disesuaikan dengan bidang spesialisasi dan atau kemiripan keahliannya dan minimal beranggotakan sebanyak 2 (dua) orang.

#### Pasal 37

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

#### Pasal 38

Kelompok Staf Medis (KSM) secara administratif bertanggung jawab kepada Direktur dan secara fungsional sebagai profesi bertanggung jawab kepada Komite Medik melalui Ketua KSM masing-masing.

## Bagian Kedua

### Pengangkatan Staf Medis Dan Pengangkatan Kembali

#### Pasal 39

- (1) Persyaratan umum yang harus dipenuhi dalam pengangkatan staf medis adalah sebagai berikut:
  - a. Memenuhi standar profesi dan kompetensi yang dimiliki oleh masing-masing perhimpunan profesi;
  - b. Bersedia untuk berpartisipasi dalam program-program kesehatan dan upaya pengobatan;
  - c. Memiliki kemampuan yang baik untuk bisa bekerjasama dengan orang lain;
  - d. Sanggup mematuhi berbagai regulasi yang ada di lingkungan RSUD; dan
  - e. Bersedia mengikuti pelatihan-pelatihan sesuai permintaan rumah sakit.
- (2) Secara khusus persyaratan untuk menjadi anggota staf medis meliputi:
  - a. Mempunyai Ijazah dari Fakultas Kedokteran atau Kedokteran Gigi Pemerintah atau Swasta yang diakui Pemerintah dan memiliki Surat Penugasan dan atau Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku dari Pejabat Yang Berwenang;
  - b. Memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di Rumah sakit;
  - c. Telah melalui proses penerimaan calon anggota KSM Rumah sakit yang dilaksanakan oleh Komite Medik dan Direksi Rumah sakit melalui kredensial atau rekredensial;
  - d. Memiliki Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sebagai anggota KSM, berupa Kewenangan Klinik (*Clinical Privilege*) dari Direktur Rumah sakit;
  - e. Mengikuti program pengenalan tugas (orientasi) di lingkungan kerja rumah sakit; dan
  - f. Mengikuti ketentuan disiplin jam kerja yang berlaku di Rumah sakit.
- (3) Dalam pengangkatan staf medis yang baru, harus melewati tahapan-tahapan sebagai berikut:
  - a. Mengajukan lamaran yang telah dilengkapi dengan berkas-berkas yang diperlukan dan ditujukan kepada Direktur;
  - b. Direktur meneruskan lamaran tersebut kepada Sub Bagian Tata Usaha dan Kepegawaian, selanjutnya kepada Ketua Komite Medik untuk ditindaklanjuti oleh Sub Komite Kredensial;

- c. Dilakukan wawancara terhadap pelamar pada waktu dan tempat yang telah ditentukan oleh Sub Komite Kredensial setelah diverifikasi; dan
  - d. Sub Komite Kredensial memberikan laporan dan rekomendasi kepada Ketua Komite Medik untuk selanjutnya dilaporkan kepada Direktur.
- (4) Jika staf medis yang baru diterima bekerja di RSUD bermaksud untuk keluar atau pindah ke rumah sakit lain dengan alasan apapun, harus melaporkan hal tersebut kepada Ketua Komite Medik secara tertulis.
- (5) Staf medis dapat diberhentikan keanggotaannya oleh Direktur dengan sepengetahuan Ketua Komite Medik apabila:
- a. Yang bersangkutan telah meninggal dunia;
  - b. Memasuki masa pensiun;
  - c. Dipindahtugaskan dari lingkungan RSUD; dan
  - d. Melakukan kesalahan yang telah direkomendasikan oleh Komite Medik.
- (6) Bilamana di kemudian hari staf medis yang telah keluar atau pindah ke rumah sakit lain bermaksud untuk kembali ke RSUD maka harus memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Bagian Ketiga  
Kategori Staf Medis  
Pasal 40

- (1) Kategori staf medis yang ada di lingkungan RSUD adalah sebagai berikut:
- a. Dokter tetap;
  - b. Dokter tidak tetap;
  - c. Dokter gigi;
  - d. Dokter umum di Instalasi Gawat Darurat (IGD);
  - e. Dokter umum di Klinik Medical Check Up (MCU);
  - f. Dokter umum di Klinik *Voluntary Counselling and Testing (VCT)*; dan
  - g. Dokter spesialis.
- (2) Dokter tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, yaitu dokter yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) di RSUD.
- (3) Dokter tidak tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, yaitu dokter yang berstatus pegawai tidak tetap yang bekerja di RSUD.



- (4) Dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, yaitu dokter yang melayani pasien dengan keluhan gigi di rawat jalan atau di rawat inap dan dapat melakukan tindakan medis terhadap pasien yang memerlukannya.
- (5) Dokter umum di Instalasi Gawat Darurat (IGD) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, yaitu dokter umum yang menangani pasien-pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan mempunyai hak untuk melakukan tindakan medis yang bertujuan menyelamatkan jiwa pasien sesuai keadaan sarana dan prasarana RSUD.
- (6) Dokter Umum di Klinik *Medical Check Up (MCU)* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, yaitu dokter umum yang menangani pasien-pasien di Poli *Medical Check Up (MCU)* dan berwenang mengeluarkan Surat Keterangan Sehat Jasmani.
- (7) Dokter Umum di Klinik *Voluntary Counselling and Testing (VCT)* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f, yaitu dokter umum yang sudah mengikuti Pelatihan HIV dan menangani pasien-pasien di Poli *Voluntary Counselling and Testing (VCT)*.
- (8) Dokter Spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g, yaitu dokter yang mempunyai keahlian di bidangnya masing-masing dan bertanggungjawab penuh terhadap pasiennya.

#### Bagian Keempat

##### Kewenangan Klinis (*Clinical Privileges*)

##### Paragraf 1

##### Dasar Kewenangan Klinis (*Clinical Privileges*)

##### Pasal 41

- (1) Kewenangan Klinis adalah kewenangan dari anggota KSM untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya. Tanpa kewenangan klinis, maka seorang tenaga medis tidak dapat menjadi anggota KSM dan bekerja di Rumah sakit.
- (2) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas Rekomendasi Bidang Pelayanan Medik dan Komite Medik, setelah melalui Proses Kredensial yang dilakukan oleh SubKomite Kredensial.
- (3) Jenis kewenangan klinis yang berlaku di Rumah sakit, meliputi:
  - a. Kewenangan klinis sementara (*Temporary Clinical Privilege*);
  - b. Kewenangan klinis dalam keadaan darurat (*Emergency Clinical Privilege*); dan
  - c. Kewenangan klinis bersyarat (*Provisional Clinical Privilege*).

- (4) Lingkup kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) untuk pelayanan medis tertentu diberikan dengan berpedoman pada buku putih (*White Paper*) yang disusun oleh mitra bestari (*Peer Group*) profesi bersangkutan.
- (5) Dalam kondisi tertentu kewenangan klinis dapat didelegasikan kepada dokter spesialis atau dokter gigi spesialis, dokter atau dokter gigi, perawat atau bidan sesuai dengan kompetensinya yang ditetapkan melalui Keputusan Direktur atas dasar rekomendasi Komite Medik.

#### Paragraf 2

#### Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)

#### Pasal 42

- (1) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur kepada masing-masing anggota KSM dengan Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.
- (2) Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diperbaharui sesuai dengan kompetensi dari anggota KSM setelah dilakukan rekredensial oleh Komite Medik.
- (3) Kewenangan Klinis anggota KSM berstatus dokter tamu dan atau dokter magang diberikan dengan Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.
- (4) Pemberian Penugasan Klinis Ulang (*Clinical Re-Appointment*) dapat diberikan setelah yang bersangkutan mengikuti prosedur Re-Kredensial dari Komite Medik.
- (5) Pencabutan atau pembatasan Kewenangan klinis yang tertuang dalam Surat Penugasan Klinis dilakukan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi Komite Medik.

#### Paragraf 3

#### Kewenangan Klinis Dokter Gigi

#### Pasal 43

Dokter gigi mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan medis yang sesuai dengan standar profesi dan standar kompetensi dokter gigi.

Paragraf 4  
Kewenangan Klinis Dokter Umum  
Pasal 44

- (1) Dokter Umum mempunyai kewenangan klinis untuk melakukan tindakan medis yang sesuai dengan standar profesi dan standar kompetensi dokter umum. Namun jika dalam permasalahan tertentu seperti:
  - a. untuk kewenangan gawat darurat (*Emergency Privileges*) diberikan kepada dokter umum untuk menangani pasien gawat darurat sebagai upaya untuk menyelamatkan jiwa pasien dan selanjutnya akan diusulkan kepada dokter spesialis untuk diberikan terapi yang dapat bersifat elektif (tindakan yang dapat ditunda) atau bersifat cito (tindakan segera); dan
  - b. untuk kewenangan profesional (*Provisional Privileges*) merupakan kewenangan yang dilakukan oleh seorang dokter, di mana dokter adalah pekerja profesional.
- (2) Tidak seorang pun staf medis yang diizinkan untuk melakukan diagnosa atau prosedur pengobatan yang tidak sesuai dengan spesialisasi yang mereka miliki dan yang tidak disebutkan dalam kewenangan klinis yang telah ditetapkan, kecuali dalam kondisi gawat darurat.

Bagian Kelima  
Pengorganisasian Kelompok Staf Medis  
Pasal 45

- (1) Anggota KSM dikelompokkan ke dalam masing-masing Kelompok Staf Medik (KSM) sesuai dengan profesi dan keahliannya, paling sedikit dengan 2 (dua) orang anggota.
- (2) Dalam hal kelompok staf medis dengan keahlian yang sama kurang dari 2 (dua) orang atau belum ditetapkan sebagai KSM tertentu, maka kelompok staf medis yang bersangkutan masuk dalam KSM Spesialis lain yang mempunyai kemiripan keahlian.
- (3) Seluruh kelompok staf medis dengan status pegawai tetap maupun pegawai tidak tetap baik bekerja penuh waktu atau paruh waktu wajib menjadi Anggota KSM kecuali Dokter PDS, Dokter Konsultan, dan Dokter Pengganti dari luar Rumah Sakit.

- (4) Kelompok Staf Medis yang ada di UPTD RSUD Malingping yaitu:
- a. Kelompok Staf Medis (KSM) Penyakit Dalam;
  - b. Kelompok Staf Medis (KSM) Penyakit Anak;
  - c. Kelompok Staf Medis (KSM) Bedah;
  - d. Kelompok Staf Medis (KSM) Obgin;
  - e. Kelompok Staf Medis (KSM) Neuro Psikiatri;
  - f. Kelompok Staf Medis (KSM) Indra;
  - g. Kelompok Staf Medis (KSM) Anestesi dan Reanimasi;
  - h. Kelompok Staf Medis (KSM) Penunjang Medik Radiologi;
  - i. Kelompok Staf Medis (KSM) Penunjang Medik Pathologi;
  - j. Kelompok Staf Medis (KSM) Umum; dan
  - k. Kelompok Staf Medis (KSM) Gigi Mulut.
- (5) Direktur dapat membentuk Kelompok Staf Medis (KSM) lainnya diluar sebagaimana yang dimaksud pada ayat (4) berdasarkan kebutuhan pelayanan dan perkembangan organisasi.

#### Pasal 46

Tugas Kelompok Staf Medis, meliputi:

- a. Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan;
- b. Memberikan pelayanan Medik yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di Rumah Sakit;
- c. Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan berkelanjutan, pelatihan dan penelitian;
- d. Memberikan masukan kepada Direktur serta Ketua Komite Medik dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta temuan terapi baru sesuai (*Evidence Base Medicine*) yang berhubungan dengan praktik kedokteran;
- e. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang ditetapkan; dan
- f. Menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

#### Pasal 47

Tanggung jawab Kelompok Staf Medis meliputi:

- a. Melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif melalui *peer review*, audit medis atau program peningkatan kualitas;
- b. Memberi kesempatan bagi para dokter untuk mengikuti program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan;
- c. Memberikan masukan kepada Direktur melalui Ketua Komite Medik mengenai hal-hal yang terkait dengan praktek kedokteran; dan
- d. Melakukan perbaikan (*Updating*) Standar Prosedur Operasional (SPO) dan dokumen-dokumen terkait secara berkala sehingga sesuai dengan situasi dan kondisi rumah sakit.

#### Pasal 48

Kewajiban Kelompok Staf Medis, meliputi:

- a. Berkoordinasi dengan Kepala Instalasi menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) medis yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi RSUD; dan
- b. Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

#### Pasal 49

- (1) Susunan Kepengurusan KSM paling sedikit terdiri atas:
  - a. Ketua KSM merangkap anggota; dan
  - b. Sekretaris merangkap anggota.
- (2) Masa bakti kepengurusan KSM adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk masa bhakti berikutnya.
- (3) Apabila Ketua KSM diangkat menjadi Ketua Komite Medik maka wajib mengundurkan diri dari jabatan Ketua KSM dan Direktur menetapkan Ketua KSM yang baru sebagai penggantinya.
- (4) Penetapan dan penunjukan pengurus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur yang dipilih dari anggotanya berdasarkan mekanisme yang disepakati bersama oleh masing-masing KSM dan disetujui oleh Ketua Komite Medik.

#### Pasal 50

- (1) Tugas Ketua KSM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 ayat (1) huruf a, sebagai berikut:
  - a. Memimpin dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan teknis medis dalam bentuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan di lingkungan kelompok;

- b. Membuat, memperbaiki dan mengembangkan standar pelayanan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) sesuai dengan perkembangan keilmuan dan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit;
  - c. Membuat program kerja;
  - d. Memberi masukan dan informasi kepada Direktur tentang kebutuhan ketenagaan, sarana dan prasarana, pendidikan dan pelatihan pengembangan dan pengendalian kualitas pelayanan;
  - e. Memberi masukan dan informasi teknis administrasi pelayanan kepada Ketua Komite Medik;
  - f. Melaksanakan pengawasan, pembinaan dan bimbingan terhadap para anggota staf medis fungsional, dalam rangka pengendalian dan pengembangan mutu pelayanan;
  - g. Mempertanggungjawabkan penyelenggaraan pelayanan medis kepada Ketua Komite Medik dan Direktur; dan
  - h. Melaksanakan koordinasi dengan KSM lainnya di lingkungan RSUD; dan
  - i. Membina hubungan kerja yang harmonis, baik dengan para anggota KSM maupun dengan pihak manajemen RSUD.
- (2) Sekretaris KSM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 ayat (1) huruf b, bertugas membantu Ketua KSM dalam bidang administrasi dan manajerial.

#### Bagian Keenam

#### Kerahasiaan Informasi Medis Pasien dan Rekam Medis

#### Paragraf 1

#### Kerahasiaan Informasi Medis Pasien

#### Pasal 51

- (1) Rahasia pasien harus mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan, di antaranya sebagai berikut:
  - a. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran;
  - b. Pasal 49, 50 dan 51 KUHP; dan
  - c. Pendidikan dan penelitian.
- (2) Staf medis wajib menjaga rahasia informasi medis pasien sehingga apabila dipandang perlu untuk menyampaikan informasi tanpa persetujuan pasien atau keluarganya, maka staf medis tersebut harus mempunyai alasan pembenaran.

- (3) Pasien mempunyai hak atas informasi mengenai kesehatannya, maka staf medis wajib memberikan informasi dengan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien atau keluarganya kecuali informasi tersebut dapat membahayakan kesehatan pasien.
- (4) Informasi yang diberikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berkaitan dengan tindakan medis yang akan dilakukan, meliputi diagnosis medis, tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan medis lain, resiko tindakan medis, komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan dan biayanya.
- (5) Informasi pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat disampaikan kepada pasien sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (6) Keluarga pasien berhak memperoleh informasi tentang penyebab kematian pasien, kecuali bila sebelum meninggal pasien menyatakan agar penyakitnya tetap dirahasiakan.
- (7) Dalam memberikan informasi kepada keluarga terdekat maka diperlukan kehadiran seorang perawat sebagai saksi.
- (8) Pemberian informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus dilakukan dengan jujur dan benar, serta tidak menimbulkan ketakutan, kecemasan dan kekhawatiran yang tidak perlu.

## Paragraf 2

### Rekam Medis

#### Pasal 52

- (1) Rekam medis menyajikan banyak maksud dan tujuan, termasuk hubungannya dengan perawatan primer pasien, kelanjutan perawatan pasien, peningkatan kualitas, penelitian medis dan dokumentasi medis.
- (2) Rekam medis harus dipelihara untuk semua pasien yang menerima perawatan di RSUD, termasuk pasien dalam, pasien luar, maupun pasien gawat darurat.
- (3) Tanggung jawab staf medis terhadap rekam medis pasien adalah sebagai berikut:
  - a. Memasukkan data segera setelah terjadinya kejadian klinis untuk menjamin keakuratan dan memberikan informasi yang relevan dengan kelanjutan perawatan pasien;
  - b. Rekam medis harus segera dilengkapi dalam waktu 2 x 24 jam dan semua laporannya harus autentik;

- c. Rekam medis tidak boleh diarsipkan secara permanen sebelum dilengkapi oleh staf medis yang bertanggung jawab;
  - d. Salinan perawatan staf medis terhadap pasien harus masuk ke Instalasi Rekam Medis untuk melengkapinya dalam jangka waktu yang ditentukan;
  - e. Staf medis harus menandatangani rekam medis guna mendukung keasliannya;
  - f. Pihak yang memasukkan data ke dalam rekam medis harus jelas identitasnya;
  - g. Setiap pengisian data rekam medis harus menyertakan tanggal dan waktunya;
  - h. Bila pengisian data dalam rekam medis harus diperbaiki, harus dibuat catatan yang memuat alasan perbaikan dan tanggal perbaikan kemudian ditandatangani;
  - i. Rekam medis harus memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, membenarkan perawatan dan melakukan tindakan; dan
  - j. Rekam medis harus teratur agar staf medis berikutnya yang akan merawat pasien dan penyedia perawatan kesehatan dapat memahami riwayat medis pasien dan memberikan perawatan yang efektif.
- (4) Rekam medis untuk pasien rawat inap meliputi:
- a. Lembar identifikasi;
  - b. Catatan-catatan perizinan;
  - c. Laporan dan riwayat pengawasan fisik;
  - d. Catatan kemajuan kondisi pasien;
  - e. Laporan operasi;
  - f. Stadium kanker (bila penyakit yang diderita adalah kanker);
  - g. Laporan keperawatan;
  - h. Hasil pengawasan dari laboratorium di luar RSUD;
  - i. Laporan obstetri;
  - j. Informed Consent; dan
  - k. Diagnosa akhir.
- (5) Rekam medis untuk pasien rawat jalan meliputi:
- a. Lembar identifikasi;
  - b. Riwayat medis pasien dan laporan pengawasan fisik;
  - c. Ringkasan diagnosa, kondisi, prosedur, alergi obat dan pengobatan yang telah dilakukan (untuk pasien yang datang lewat ambulan);
  - d. Catatan klinis, termasuk tanggal kunjungan;



- e. Dokumen perawatan dan instruksi-instruksi;
  - f. Dokumen hasil tes laboratorium, laboratorium patologi, pengawasan X-ray dan lain-lain; dan
  - g. *Informed Consent*.
- (6) Rekam medis untuk pasien gawat darurat meliputi:
- a. Identifikasi yang cukup mengenai pasien;
  - b. Informasi mengenai waktu kedatangan pasien;
  - c. Anamnesa pasien; dan
  - d. Kondisi pasien selama observasi.
- (7) Rekam medis merupakan milik rumah sakit dan harus dijaga keamanannya sehingga rekam medis tidak boleh dibawa keluar dari lingkungan RSUD tanpa persetujuan Direktur.
- (8) Rekam medis dapat dibawa keluar dari lingkungan RSUD hanya bila ada permintaan pengadilan, adanya dakwaan, otoritas pasien atau otoritas lain yang diizinkan oleh peraturan yang berlaku.
- (9) Permintaan pasien untuk bisa mengakses rekam medisnya harus ditujukan kepada staf medis yang bersangkutan dan pegawai administrasi Instalasi Rekam Medis, yang akan memberi izin melalui salinan pengawasan atau ringkasan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## Bagian Ketujuh

### *Informed Consent* dan Pernyataan Kematian

#### Paragraf 1

#### *Informed Consent*

#### Pasal 53

- (1) Pasien memiliki hak untuk aktif berpartisipasi dalam memutuskan pengobatan mereka dan memutuskan apakah akan menerima atau menolak prosedur yang disarankan staf medis sehingga pasien harus diberikan informasi yang cukup.
- (2) Pembedahan, diagnosa khusus atau prosedur pengobatan mengharuskan adanya persetujuan (*Consent*) dari pasien dan/atau keluarganya.
- (3) *Informed consent* yaitu suatu proses yang menunjukkan bahwa pasien atau keluarganya diberikan informasi sehingga dapat memberikan persetujuan.
- (4) *Informed consent* dilakukan untuk mematuhi kewajiban menghormati hak orang lain dengan tetap mempertimbangkan prinsip berbuat baik dan tidak merugikan.

- (5) Yang dapat memberikan persetujuan *Informed Consent* pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yaitu pasien yang cakap atau mampu.
- (6) Jika pasien tidak mampu atau belum cakap karena alasan umur atau kondisinya, persetujuan *Informed Consent* dapat diberikan oleh orang yang berhak membuat keputusan baginya seperti keluarganya.
- (7) Tanggung jawab staf medis terhadap *Informed Consent* sebagaimana dimaksud pada ayat (2), sebagai berikut:
  - a. Staf medis secara umum bertanggung jawab untuk memberikan informasi yang diperlukan dan meminta persetujuan;
  - b. Staf medis lain yang bukan bertanggung jawab atas pasien tersebut dapat bertugas untuk menanyakan persetujuan saat mereka akan memberikan pelayanan-pelayanan khusus sesuai permintaan atau bersama-sama dengan staf medis yang bertanggung jawab;
  - c. Staf medis yang akan memberikan pelayanan-pelayanan khusus berjumlah 2 (dua) orang atau lebih, tanggung jawab untuk memberikan informasi guna memastikan adanya persetujuan;
  - d. Staf medis yang bertanggung jawab atas pasien dan yang merekomendasikan prosedur perawatan harus menjelaskan alasannya menyarankan prosedur tersebut dan menjelaskan prosedur-prosedur alternatif lain beserta keuntungan dan resikonya;
  - e. Staf medis yang akan memberikan pelayanan khusus harus menjelaskan prosedur yang akan dilakukan beserta resiko dan komplikasinya; dan
  - f. Setelah kedua staf medis tersebut mendiskusikan prosedur yang diusulkan, pasien atau keluarganya harus ditanyakan persetujuannya.
- (8) *Informed consent* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat tidak dilakukan dalam keadaan gawat darurat.
- (9) Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (8) dapat terjadi saat tindakan perawatan diperlukan segera untuk mencegah kematian pasien, pasien sangat lemah, mengurangi luka aserius, dan pasien dalam keadaan tidak dapat memberikan persetujuannya atau tidak ada cukup waktu untuk menanyakan persetujuan kepada pasien atau keluarganya.

- (10) Pengecualian terhadap *Informed Consent* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) hanya diterapkan pada tindakan perawatan yang harus segera dilakukan dan untuk kejadian di mana persetujuan tidak dapat dipastikan.
- (11) Staf medis harus menjamin bahwa persetujuan untuk prosedur khusus sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (12) Dokumentasi *Informed Consent* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah sebagai berikut:
  - a. Staf medis yang terlibat dalam memastikan persetujuan harus mendokumentasikan dalam rekam medis pasien mengenai diskusi mereka tentang prosedur yang diusulkan dan apakah mereka benar-benar memastikan adanya persetujuan;
  - b. Dokumentasi oleh staf medis dalam kegawatdaruratan harus menguraikan:
    - 1. Keadaan gawat darurat;
    - 2. Alasan yang membuat persetujuan tidak dapat dipastikan, baik dari pasien maupun keluarganya; dan
    - 3. Akibat yang mungkin timbul bila tindakan ditunda atau tidak diberikan.
- (13) Staf RSUD bertanggung jawab untuk melakukan verifikasi apakah persetujuan telah diberikan oleh pasien atau keluarganya.
- (14) Pasien atau keluarga pasien memiliki hak untuk menolak perawatan yang disarankan.
- (15) Terhadap pasien yang menolak perawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (14), staf medis yang bertanggung jawab atas pasien tersebut harus segera dihubungi dan harus menjelaskan alasan diperlukannya perawatan tersebut serta kemungkinan buruk yang akan terjadi sebagai akibat penolakan itu.
- (16) Formulir menolak perawatan yang disarankan sebagaimana dimaksud pada ayat (14) harus diberikan kepada pasien atau keluarganya untuk ditandatangani.

## Paragraf 2

### Pernyataan Kematian

#### Pasal 54

- (1) Jika pasien meninggal sesampainya di rumah sakit atau meninggal di rumah sakit, dokter harus segera menyatakan kematiannya dan dimasukkan ke dalam rekam medis pasien tersebut.

- (2) Jika pasien menderita mati otak, kematian dapat segera dinyatakan, dokter mengkonfirmasi keadaan tersebut dan mereka memasukkannya ke dalam rekam medis beserta fakta-fakta pendukungnya.
- (3) Kematian pasien harus diberitahukan kepada keluarganya.
- (4) Staf medis yang bertanggung jawab atas pasien tersebut menandatangani surat keterangan kematian atau menjamin penyempurnaannya.

#### Pasal 55

Perawatan medis dilanjutkan hanya jika keluarga pasien memperdebatkan kebenaran diagnosa. Kasus perdebatan tersebut harus ditujukan kepada pihak administrasi untuk diperiksa sebelum diambil tindakan lebih lanjut.

#### Bagian Kedelapan

##### Pasien Pulang dan Pulang Paksa

##### Paragraf 1

##### Pasien Pulang

#### Pasal 56

- (1) Pasien dapat dipulangkan hanya berdasarkan instruksi staf medis yang bertanggung jawab atas pasien tersebut dan memberitahukannya kepada perawat di ruangan.
- (2) Rencana kepulangan pasien harus didukung dengan:
  - a. Pasien dan keluarganya mengerti tentang diagnosa yang diberikan, dan mengerti tentang hal-hal yang dilarang dan hal-hal yang diperbolehkan;
  - b. Instruksi atau pelatihan khusus agar pasien atau keluarganya dapat memberikan perawatan pasca rawat inap di rumah sakit;
  - c. Adanya dukungan dari lingkungan yang memungkinkan pasien kembali ke rumah; dan
  - d. Relokasi pasien dan sistem koordinasi dukungan atau mengalihkannya ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- (3) Ringkasan kepulangan pasien harus dilengkapi dalam waktu 14 (empat belas) hari setelah pasien pulang dan diingatkan pula oleh staf perawat dan Instalasi Rekam Medik.

Paragraf 2  
Pulang Paksa  
Pasal 57

- (1) Jika terlihat indikasi bahwa pasien akan meninggalkan rumah sakit tanpa instruksi dari staf medis, staf perawat harus memberitahukannya kepada staf medis yang bertanggung jawab atas pasien tersebut dan mendiskusikannya.
- (2) Staf medis harus menjelaskan kepada pasien atau keluarganya mengenai dampak yang mungkin timbul terhadap diri pasien akibat pulang paksa.
- (3) Pasien yang bersikeras pulang paksa harus diminta untuk menandatangani formulir pulang paksa. Jika pasien atau keluarganya menolak, staf perawat harus mendokumentasikan dalam rekam medis mengenai fakta-fakta keputusannya pasien tersebut.

Bagian Kesembilan  
Pengobatan dan Pengawasan  
Pasal 58

Semua pengobatan yang dilakukan di RSUD harus difasilitasi oleh Instalasi Farmasi RSUD.

Pasal 59

Pengawasan dilakukan oleh Komite Medik yang bekerja sama dengan manajemen RSUD secara berkala dan untuk selanjutnya akan ditindaklanjuti dengan cepat, tepat sesuai dengan kondisi dan situasi.

BAB V  
PENGELOLAAN KEUANGAN

Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 60

- (1) Pengelolaan keuangan RSUD Malingping berdasarkan pada prinsip efektivitas, efisiensi dan produktivitas dengan berazaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Dalam rangka penerapan prinsip dan azas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), penatausahaan keuangan menerapkan Standar Akuntansi Pemerintah (SAP).

- (3) Ketentuan mengenai pengelolaan keuangan RSUD Malingping diatur dengan Peraturan Gubernur tersendiri.

## Bagian Kedua

### Perencanaan dan Penganggaran

#### Paragraf 1

#### Perencanaan

#### Pasal 61

- (1) RSUD Malingping menyusun Renstra.
- (2) Renstra sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan, dan proyeksi keuangan lima tahunan rumah sakit.
- (3) Visi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan sesuai visi Pemerintah Provinsi Banten.
- (4) Misi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan rumah sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.
- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul.
- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisa dan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

#### Pasal 62

- (1) Renstra sebagaimana dimaksud dalam Pasal 61, memuat:
  - a. kinerja tahunan berjalan;
  - b. target kinerja;

- c. perkiraan harga;
  - d. anggaran pendapatan dan belanja;
  - e. prognosa laporan keuangan; dan
  - f. perkiraan maju (*forward estimate*).
- (2) Renstra sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

#### Pasal 63

- (1) Kinerja tahunan berjalan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 ayat (1) huruf a, meliputi:
- a. Hasil kegiatan usaha;
  - b. Faktor yang mempengaruhi kinerja;
  - c. Perbandingan DPA tahun berjalan dengan realisasi;
  - d. Laporan keuangan tahun berjalan; dan
  - e. Hal-hal lain yang perlu ditindaklanjuti sehubungan dengan pencapaian kinerja tahun berjalan.
- (2) Target kinerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 ayat (1) huruf b, antara lain:
- a. Perkiraan pencapaian kinerja pelayanan; dan
  - b. Perkiraan keuangan pada tahun yang direncanakan.
- (3) Perkiraan harga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 ayat (1) huruf c, merupakan estimasi harga Jual produk barang dan/atau jasa setelah memperhitungkan biaya persatuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari tarif layanan.
- (4) Anggaran pendapatan dan biaya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 ayat (1) huruf d, merupakan rencana anggaran untuk seluruh kegiatan tahunan yang dinyatakan dalam satuan uang yang tercermin dari rencana pendapatan dan belanja.
- (5) Prognosa laporan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 ayat (1) huruf e, merupakan perkiraan realisasi keuangan tahun berjalan seperti tercermin pada laporan operasional, neraca, dan laporan arus kas.
- (6) Perkiraan maju (*forward estimate*) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 ayat (1) huruf f, merupakan perhitungan kebutuhan dana untuk tahun anggaran berikutnya dari tahun yang direncanakan guna memastikan kesinambungan program dan kegiatan yang telah disetujui dan menjadi dasar penyusunan anggaran tahun berikutnya.

#### Pasal 64

Renstra RSUD Malingping sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 ayat (1), digunakan sebagai dasar penyusunan DPA dan evaluasi kinerja.

#### Paragraf 2

#### Penganggaran

#### Pasal 65

Struktur anggaran BLUD, terdiri atas:

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

#### Pasal 66

Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 huruf a bersumber dari:

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

#### Pasal 67

- (1) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 huruf a berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain.
- (3) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (2), digunakan sesuai dengan tujuan pemberian hibah, sesuai dengan peruntukannya yang selaras dengan tujuan BLUD sebagaimana tercantum dalam naskah perjanjian hibah.
- (4) Hasil kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 huruf c dapat berupa hasil yang diperoleh dari kerja sama BLUD.
- (5) Pendapatan BLUD yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 huruf d berupa pendapatan yang berasal dari DPA APBD.



- (6) Lain-lain pendapatan BLUD yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 huruf e, meliputi:
- a. jasa giro;
  - b. pendapatan bunga;
  - c. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
  - d. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/ atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD;
  - e. investasi; dan
  - f. pengembangan usaha.

#### Pasal 68

- (1) RSUD Malingping menyusun RBA dengan mengacu pada Renstra RSUD Malingping.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan:
  - a. anggaran berbasis kinerja;
  - b. standar satuan harga; dan
  - c. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya, APBD, dan sumber pendapatan BLUD lainnya.
- (3) Anggaran berbasis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a merupakan analisis kegiatan yang berorientasi pada pencapaian *output* dengan penggunaan sumber daya secara efisien.
- (4) Standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku di suatu daerah.
- (5) Dalam hal BLUD belum menyusun standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (4), BLUD menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan oleh Peraturan Gubernur.
- (6) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c merupakan pagu belanja yang dirinci menurut belanja operasi dan belanja modal.

#### Pasal 69

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (1), meliputi:
  - a. ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
  - b. rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan;
  - c. perkiraan harga;

- d. besaran persentase ambang batas; dan
  - e. perkiraan maju atau *forward estimate*.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu persentase ambang batas tertentu.
  - (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disertai dengan standar pelayanan minimal.
  - (4) Ketentuan mengenai penyusunan, pengajuan, penetapan, dan perubahan RBA BLUD diatur dengan Peraturan Gubernur tersendiri.

Bagian Ketiga  
Pelaksanaan Anggaran  
Paragraf 1  
DPA RSUD Malingping  
Pasal 70

- (1) DPA RSUD Malingping mencakup antara lain:
  - a. Pendapatan dan biaya;
  - b. Proyeksi arus kas; dan
  - c. Jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang akan dihasilkan.
- (2) Pengesahan DPA RSUD Malingping berpedoman pada peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam hal DPA RSUD Malingping sebagaimana dimaksud pada ayat (2), belum disahkan, RSUD Malingping dapat melakukan pengeluaran uang setinggi-tingginya sebesar angka DPA RSUD Malingping tahun sebelumnya.

Pasal 71

- (1) DPA RSUD Malingping yang telah disahkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 ayat (2), menjadi dasar penarikan dana yang bersumber dari APBD.
- (2) Penarikan dana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk belanja pegawai, belanja modal, barang dan/atau jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 72

- (1) DPA RSUD Malingping menjadi lampiran perjanjian kinerja pemimpin RSUD Malingping.

- (2) Perjanjian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan manifestasi hubungan kerja antara Gubernur dan Direktur RSUD Malingping, yang dituangkan dalam perjanjian kinerja (*contractual performance agreement*).
- (3) Dalam perjanjian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Gubernur menugaskan Direktur RSUD Malingping untuk menyelenggarakan kegiatan pelayanan umum dan berhak mengelola dana sesuai yang tercantum dalam DPA RSUD Malingping.
- (4) Perjanjian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), antara lain memuat kesanggupan untuk meningkatkan:
  - a. Kinerja pelayanan bagi masyarakat;
  - b. Kinerja keuangan; dan
  - c. Manfaat bagi masyarakat.

#### Paragraf 2

#### Pengelolaan Piutang dan Utang

#### Pasal 73

- (1) RSUD Malingping mengelola piutang sehubungan dengan penyerahan barang, jasa, dan/atau transaksi yang berhubungan langsung atau tidak langsung dengan kegiatan BLUD.
- (2) BLUD melaksanakan penagihan piutang pada saat piutang jatuh tempo, dilengkapi administrasi penagihan.
- (3) Dalam hal piutang sulit tertagih, penagihan piutang diserahkan kepada Gubernur dengan melampirkan bukti yang sah.

#### Pasal 74

- (1) Piutang dapat dihapus secara mutlak atau bersyarat.
- (2) Tata cara penghapusan piutang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Gubernur tersendiri.

#### Paragraf 3

#### Kerja Sama

#### Pasal 75

- (1) Untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan, RSUD Malingping dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain.
- (2) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, efektivitas, ekonomis, dan saling menguntungkan.

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

#### Pasal 76

- (1) Rumah sakit dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain yang bersifat majerial dan klinis untuk mendukung peningkatan pelayanan.
- (2) Ketentuan tentang pedoman pelaksanaan kerja sama mengacu kepada ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Paragraf 4

#### Pengadaan Barang dan/atau Jasa

#### Pasal 77

- (1) Pengadaan barang dan/atau jasa pada BLUD yang bersumber dari APBD dilaksanakan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai pengadaan barang/jasa pemerintah.
- (2) Pengadaan barang dan/atau jasa pada BLUD yang bersumber dari:
  - a. jasa layanan;
  - b. hibah tidak terikat;
  - c. hasil kerja sama dengan pihak lain; dan
  - d. lain-lain pendapatan BLUD yang sah.
- (3) Pengadaan barang dan/atau jasa sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan Fleksibilitas berupa pembebasan sebagian atau seluruhnya dari ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai pengadaan barang dan/atau jasa pemerintah.

#### Pasal 78

- (1) Pengadaan barang dan/atau jasa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77, dilakukan oleh pelaksana pengadaan.
- (2) Pelaksana pengadaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat berbentuk tim, panitia atau unit yang dibentuk oleh Direktur RSUD Malingping yang ditugaskan secara khusus untuk melaksanakan pengadaan barang dan/atau jasa guna keperluan RSUD Malingping.
- (3) Pelaksana pengadaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari personil yang memahami tata cara pengadaan, substansi pekerjaan/kegiatan yang bersangkutan dan bidang lain yang diperlukan.

## Pasal 79

Penunjukan pelaksana pengadaan barang dan/atau jasa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 ayat (2), dilakukan dengan prinsip:

- a. Objektivitas, dalam hal penunjukan yang didasarkan pada aspek integritas moral, kecakapan pengetahuan mengenai proses dan prosedur pengadaan barang dan/atau jasa, tanggung jawab untuk mencapai sasaran kelancaran dan ketepatan tercapainya tujuan pengadaan barang dan/atau jasa;
- b. Independensi, dalam hal menghindari dan mencegah terjadinya pertentangan kepentingan dengan pihak terkait dalam melaksanakan penunjukan pejabat lain baik langsung maupun tidak langsung; dan
- c. Saling uji (*cross check*), dalam hal berusaha memperoleh informasi dari sumber yang berkompeten, dapat dipercaya, dan dapat dipertanggungjawabkan untuk mendapatkan keyakinan yang memadai dalam melaksanakan penunjukan pelaksana pengadaan lain.

## Paragraf 5

### Pengelolaan Barang

## Pasal 80

- (1) Gubernur menetapkan status penggunaan barang milik daerah.
- (2) Gubernur dapat mendelegasikan penetapan status penggunaan atas barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selain tanah dan/atau bangunan dengan kondisi tertentu kepada Pengelola Barang.
- (3) Kondisi tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), antara lain barang milik daerah yang tidak mempunyai bukti kepemilikan atau dengan nilai tertentu.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Nilai tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan oleh Gubernur.

## Pasal 81

Penetapan status penggunaan barang milik daerah dilakukan untuk:

- a. penyelenggaraan tugas dan fungsi; dan
- b. dioperasikan oleh pihak lain dalam rangka menjalankan pelayanan umum sesuai tugas dan fungsi.

#### Pasal 82

- (1) Tanah dan bangunan RSUD Malingping disertifikatkan atas nama Pemerintah Daerah.
- (2) Pemindahtanganan barang milik daerah berupa tanah dan/atau bangunan yang sudah tidak digunakan dalam rangka penyelenggaraan tugas dan fungsi RSUD Malingping, dilakukan oleh Pengelola Barang setelah mendapat persetujuan Gubernur.

#### Paragraf 6

#### Penyelesaian Kerugian

#### Pasal 83

Kerugian pada RSUD Malingping yang disebabkan oleh tindakan melanggar hukum atau kelalaian seseorang, diselesaikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Paragraf 7

#### Penatausahaan

#### Pasal 84

Penatausahaan keuangan RSUD Malingping paling sedikit memuat:

- a. Pendapatan dan belanja;
- b. Penerimaan dan pengeluaran;
- c. Utang dan piutang;
- d. Persediaan, aset tetap dan investasi; dan
- e. Ekuitas.

#### Pasal 85

- (1) Penatausahaan RSUD Malingping sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 didasarkan pada prinsip pengelolaan keuangan bisnis yang sehat.
- (2) Penatausahaan RSUD Malingping sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan secara tertib, efektif, efisien, transparan, dan dapat dipertanggungjawabkan.

### BAB VI

#### AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN

#### Bagian Kesatu

#### Akuntansi

#### Pasal 86

- (1) Setiap transaksi keuangan RSUD Malingping harus dicatat dalam dokumen pendukungnya dan dikelola secara tertib.

- (2) RSUD Malingping menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban, dan ekuitas dana.
- (4) RSUD Malingping mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk rumah sakit.
- (5) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, penyusunan kebijakan akuntansi disusun mengikuti dan berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (6) Kebijakan akuntansi RSUD Malingping digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan, dan biaya.

## Bagian Kedua

### Pelaporan dan Pertanggungjawaban

#### Pasal 87

- (1) Laporan keuangan RSUD Malingping terdiri atas:
  - a. laporan realisasi anggaran;
  - b. laporan perubahan saldo anggaran lebih;
  - c. laporan neraca;
  - d. laporan operasional;
  - e. laporan arus kas;
  - f. laporan perubahan ekuitas; dan
  - g. catatan atas laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan standar akuntansi pemerintahan.
- (3) Dalam hal standar akuntansi pemerintahan tidak mengatur jenis usaha BLUD, BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi.
- (4) BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang diatur dengan Peraturan perundang-undangan.

- (5) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil atau keluaran BLUD.
- (6) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## BAB VII

### PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

#### Bagian Kesatu

#### Pegawai Rumah Sakit

#### Pasal 88

- (1) Penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dilaksanakan oleh tenaga Rumah Sakit yang meliputi tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan lainnya, tenaga manajemen dan tenaga non kesehatan.
- (2) Pegawai UPTD RSUD Malingping terdiri dari Pegawai Aparatur Sipil Negara (ASN) dan Pegawai Non ASN sesuai dengan kebutuhan.

#### Bagian Kedua

#### Pengangkatan Pegawai

#### Pasal 89

- (1) Penerimaan pegawai untuk bekerja di lingkungan rumah sakit yang berstatus PNS dilakukan oleh Badan Kepegawaian Daerah sesuai peraturan perundang-undangan berdasarkan pada prinsip efisien, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.
- (2) Penerimaan atau pengangkatan pegawai untuk bekerja di lingkungan rumah sakit yang berstatus pegawai Non PNS dilakukan oleh Direktur berdasarkan kebutuhan dan analisa berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai berstatus Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui mekanisme rekrutmen, *Outsourcing*, Kerja Sama Operasional (KSO), magang, atau cara-cara lain yang efektif dan efisien, sebagai berikut:



- a. *Outsourcing* Pegawai:
    1. Pelaksanaan *outsourcing* pegawai dilaksanakan berdasar kebutuhan tenaga yang ditetapkan oleh Direktur; dan
    2. Mekanisme *outsourcing* dilaksanakan oleh panitia pengadaan barang atau jasa sesuai ketentuan yang berlaku.
  - b. Kerjasama Operasional (KSO):
    1. Pelaksanaan kerja sama operasional dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan; dan
    2. Mekanisme kerja sama operasional dilaksanakan oleh Direktur dengan pihak ketiga.
- (4) Mekanisme pengangkatan pegawai berstatus Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) lebih lanjut ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

### Bagian Ketiga

#### Kedudukan

#### Pasal 90

- (1) Pegawai non PNS adalah unsur pembantu Aparatur Negara, Abdi Negara dan Abdi Masyarakat yang dengan penuh kesetiaan dan ketaatan kepada Pancasila, Undang-Undang Dasar 1945, Negara, dan Pemerintah.
- (2) Pegawai Non PNS merupakan bagian dari pegawai Pemerintah Provinsi Banten
- (3) Pegawai Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri atas:
  - a. Tenaga dokter;
  - b. Tenaga paramedis;
  - c. Tenaga kesehatan lainnya; dan
  - d. Tenaga non kesehatan.

### Bagian Keempat

#### Tugas

#### Pasal 91

- (1) Pengangkatan pegawai Non PNS ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (2) Pegawai Non PNS mempunyai tugas membantu kelancaran pelaksanaan pelayanan administrasi dan atau pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku selama masa tugas.
- (3) Pelaksanaan pekerjaan pegawai Non PNS diatur dalam Surat Perjanjian Kerja antara Direktur dan pegawai Non PNS yang bersangkutan.
- (4) Masa tugas sebagai pegawai Non PNS adalah 1 (satu) tahun.

## Bagian Kelima

### Kewajiban

#### Pasal 92

Pegawai Non PNS mempunyai kewajiban:

- a. Setia dan taat sepenuhnya kepada Pancasila, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Negara dan Pemerintah Republik Indonesia;
- b. Menaati segala peraturan perundang-undangan yang berlaku dan melaksanakan tugas kedinasan atau pemerintahan yang dipercayakan kepadanya dengan penuh pengabdian, kesadaran dan tanggung jawab;
- c. Menyimpan rahasia negara dan jabatan;
- d. Netral dari pengaruh partai politik dan organisasi terlarang;
- e. Menaati peraturan yang berlaku di lingkungan BLUD RSUD; dan
- f. Memberikan pelayanan secara profesional, kompeten, jujur, transparan dan tidak diskriminatif.

## Bagian Keenam

### Hak

#### Pasal 93

- (1) Setiap pegawai Non PNS berhak memperoleh penghasilan yang adil dan layak sesuai dengan pekerjaan dan tanggung jawabnya berdasarkan ketentuan yang berlaku dalam Surat Perjanjian Kerja.
- (2) Hak atas penghasilan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan apabila telah secara nyata melaksanakan tugas.
- (3) Penghasilan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari gaji dan tunjangan lainnya.
- (4) Pegawai Non PNS mendapatkan gaji dan tunjangan sebesar 80% selama masa orientasi, dan mendapatkan gaji dan tunjangan sebesar 100% setelah masa orientasi selesai dan menandatangani Surat Perjanjian Kerja.
- (5) Pegawai Non PNS mendapatkan tunjangan tetap dan jaminan asuransi kesehatan apabila telah bekerja minimal selama 2 (dua) tahun dengan melihat kemampuan keuangan BLUD RSUD.
- (6) Pembayaran penghasilan pegawai Non PNS dilakukan setiap awal bulan berikutnya.
- (7) Penghasilan pegawai Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat bersumber dari anggaran BLUD RSUD dan APBD Provinsi Banten.

#### Pasal 94

- (1) Setiap pegawai Non PNS berhak atas cuti yang meliputi:
  - a. Cuti tahunan;
  - b. Cuti besar;
  - c. Cuti sakit;
  - d. Cuti karena alasan penting atau cuti untuk menunaikan ibadah haji;
  - e. Cuti nikah;
  - f. Cuti bersalin; dan
  - g. Cuti di luar tanggungan BLUD RSUD.
- (2) Pegawai Non PNS yang melaksanakan cuti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tetap diberikan penghasilan penuh, kecuali cuti di luar tanggungan BLUD RSUD.
- (3) Tata cara pemberian hak cuti sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur lebih lanjut oleh Direktur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Bagian Ketujuh

#### Rotasi dan Mutasi Pegawai

#### Pasal 95

- (1) Rotasi dan mutasi Pegawai PNS adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja pada lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai yang dilaksanakan oleh dan dengan mekanisme Baperjakat.
- (2) Rotasi dan mutasi Pegawai Non PNS di lingkungan rumah sakit adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai yang dilaksanakan oleh Direktur.
- (3) Rotasi dan mutasi pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
  - a. Penempatan seseorang pada pekerjaan sesuai dengan basik pendidikan dan keterampilannya;
  - b. Masa kerja pada suatu unit kerja tertentu;
  - c. Pengalaman seseorang pada bidang tugas tertentu dimasa lalu;
  - d. Penempatan pegawai pada bidang tugas tertentu untuk menunjang karir pegawai yang bersangkutan;
  - e. Kebutuhan Rumah Sakit; dan
  - f. Kondisi fisik dan psikis pegawai.

## Bagian Kedelapan

### Disiplin Pegawai

#### Pasal 96

- (1) Disiplin pegawai ditunjukkan melalui nilai-nilai ketaatan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban yang dituangkan dalam:
  - a. Daftar hadir dengan manual dan finger print datang dan pulang;
  - b. Rekam jejak (*track record*); dan
  - c. Sasaran Kerja Pegawai (SKP).
- (2) Pelanggaran terhadap ketentuan disiplin pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan hukuman sesuai tingkat dan jenis/kategori pelanggaran ringan, sedang dan berat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## Bagian Kesembilan

### Penghargaan dan Sanksi

#### Pasal 97

- (1) Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas, Rumah Sakit memberikan penghargaan bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi atau melanggar peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai berstatus PNS dapat berupa:
  - a. Kenaikan Pangkat dengan sistem regular dan kenaikan pangkat pilihan;
  - b. Kenaikan gaji berkala;
  - c. Remunerasi; dan
  - d. Usulan mendapatkan penghargaan dari pemerintah.
- (3) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai berstatus Non PNS dapat berupa:
  - a. Kenaikan upah secara berkala;
  - b. Remunerasi; dan
  - c. Perpanjangan kontrak.
- (4) Dalam menjamin kesegaran jasmani dan rohani, maka pegawai diberikan hak cuti dalam kurun waktu tertentu setiap tahunnya.
- (5) Ketentuan cuti untuk PNS mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang cuti PNS.
- (6) Ketentuan cuti untuk pegawai non PNS mengikuti peraturan yang berlaku pada PNS.

## Pasal 98

Sanksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 97 diberikan sesuai ketentuan yang berlaku pada peraturan disiplin PNS dan bagi pegawai Non PNS diberikan sesuai ketentuan yang berlaku dalam kontrak.

## Bagian Kesepuluh Pemberhentian Pegawai

### Pasal 99

- (1) Pemberhentian pegawai PNS mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan bagi pegawai Non PNS mengacu pada Peraturan Gubernur.
- (2) Pegawai yang berstatus non PNS (pegawai BLUD) diberhentikan apabila:
  - a. Meninggal dunia;
  - b. Mengundurkan diri;
  - c. Mencapai usia 58 (lima puluh delapan) Tahun kecuali untuk pemimpin BLUD yang berasal dari tenaga professional batas usia mencapai 60 (enam puluh ) Tahun;
  - d. Melanggar perjanjian kerja;
  - e. Masa perjanjian kerja habis;
  - f. Melakukan tindak pidana yang telah berkekuatan hukum tetap;
  - g. Berhalangan tetap karena sakitnya sehingga tidak dapat melaksanakan tugas atas rekomendasi Tim Kesehatan Rumah Sakit;
  - h. Rasionalisasi kebutuhan organisasi; dan/atau
  - i. Diangkat menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil.
- (3) Pegawai yang berstatus Non PNS dengan keahlian tertentu setelah mencapai usia 58 (lima puluh delapan) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (2) di atas, dapat diperpanjang bila dibutuhkan.
- (4) Direktur BLUD RSUD dapat mengajukan perpanjangan batas usia purna tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling lama 2 (dua) kali 1 (satu) tahun sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan rumah sakit.
- (5) Pegawai Non PNS yang diberhentikan dengan hormat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, huruf d, dan huruf e dapat diberikan pesangon.
- (6) Besaran pesangon sebagaimana dimaksud pada ayat (5) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 100

- (1) Pegawai Non PNS yang dikenakan penahanan oleh pejabat yang berwajib karena disangka telah melakukan tindakan pidana kejahatan sampai mendapat putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap, terhitung mulai saat penahanan dikenakan pemberhentian sementara.
- (2) Pegawai Non PNS yang dikenakan pemberhentian sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan penghasilan sebesar 50% (lima puluh perseratus) setiap bulan.
- (3) Pegawai Non PNS yang diberhentikan sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ternyata tidak terbukti bersalah berdasarkan keputusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap, maka ditegaskan kembali dan dilakukan rehabilitasi.
- (4) Pegawai Non PNS yang diberhentikan sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ternyata terbukti bersalah dan dijatuhi hukuman berdasarkan keputusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap karena melakukan tindak pidana kejahatan, diberhentikan sebagai pegawai Non PNS.

### BAB VIII

#### REMUNERASI

##### Pasal 101

Remunerasi adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus, pesangon dan atau pension yang diberikan kepada dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan Pegawai Rumah sakit yang ditetapkan oleh Gubernur.

##### Pasal 102

- (1) Pejabat pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan pegawai rumah sakit diberikan remunerasi sesuai sistem yang ditetapkan
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan atau pensiun.
- (3) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan dalam bentuk honorarium.
- (4) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Gubernur berdasarkan usulan pimpinan rumah sakit.

### Pasal 103

Penetapan Remunerasi mempertimbangkan faktor- faktor sebagai berikut:

- a. Ukuran dan jumlah aset yang dikelola rumah sakit, tingkat pelayanan serta produktivitas;
- b. pertimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
- c. kemampuan pendapatan rumah sakit; dan
- d. kinerja operasional rumah sakit yang ditetapkan oleh Gubernur dengan mempertimbangkan indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.

### Pasal 104

Remunerasi bagi pejabat pengelola dan pegawai dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian:

- a. pengalaman dan masa kerja (*Basic Index*);
- b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*Competency Index*);
- c. resiko kerja (*Risk Index*);
- d. tingkat kegawatdaruratan (*Emergency Index*);
- e. jabatan yang disandang (*Position Index*); dan
- f. hasil/capaian kinerja (*Performance Index*).

## BAB IX

### TARIF PELAYANAN

#### Pasal 105

- (1) RSUD dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan atau jasa yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar *Unit Cost* masing-masing layanan.
- (3) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Gubernur berdasarkan usulan Direktur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (5) Peraturan Gubernur mengenai tarif pelayanan di rumah sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan, baik secara keseluruhan maupun per unit layanan dengan tetap memperhatikan daya beli masyarakat, kontinuitas pelayanan serta kompetisi yang sehat.

BAB X  
PENGELOLAAN SUMBER DAYA LAIN

Pasal 106

- (1) Rumah Sakit bertanggungjawab terhadap pengelolaan sumber daya lain, antara lain aset berupa tanah dan bangunan serta peralatan.
- (2) Tanah dan bangunan Rumah Sakit disertifikasi atas nama Pemerintah Provinsi Banten.
- (3) Tanah dan bangunan Rumah Sakit yang tidak digunakan untuk pelayanan dan fungsi Rumah Sakit dapat dialihgunakan oleh Direktur.
- (4) Aset tetap Rumah Sakit tidak boleh dialihkan dan/atau dihapuskan kecuali atas persetujuan pejabat berwenang berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3), merupakan aset berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 bulan, untuk digunakan dalam pelayanan kepada masyarakat.
- (6) Hasil pengalihan aset sebagaimana pada ayat (2) dan ayat (3), merupakan Pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.

Pasal 107

- (1) Barang inventaris milik rumah sakit dapat dihapus dan/atau dialihkan atas dasar pertimbangan ekonomis, dengan cara dijual, ditukar dan atau sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bilamana merupakan barang habis pakai, barang untuk diolah atau dijual dan barang lain yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.
- (3) Hasil penjualan barang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (4) Direktur beserta pejabat di bawahnya secara berjenjang harus memelihara seluruh aset rumah sakit dengan tertib efektif dan efisien sehingga mempunyai masa manfaat yang sebanyak-banyaknya termasuk teknologinya dan akurasi dari sarana prasarana rumah Sakit.



BAB XI  
PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT

Pasal 108

- (1) Direktur menunjuk pejabat yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan lingkungan rumah sakit yang meliputi:
  - a. Kebersihan lingkungan rumah sakit meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet atau kamar mandi;
  - b. Pengelolaan sampah medik dan domestik;
  - c. Pengelolaan limbah cair;
  - d. Pengamatan kepatuhan kawasan tanpa rokok;
  - e. Memperluas area taman dan tanaman penghijauan untuk mengurangi pemanasan global;
  - f. Mengurangi dan mengendalikan bahaya dan resiko; dan
  - g. Mencegah kecelakaan dan cedera serta memelihara kondisi aman.
- (2) Pengelolaan lingkungan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan selama 24 (dua puluh empat) jam sehari.
- (3) Direktur menyusun kebijakan pengelolaan lingkungan fisik, kimia, biologi yang memperhatikan keselamatan pasien dan karyawan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan.

BAB XII  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 109

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit, Direktur menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

Pasal 110

- (1) Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan:
  - a. Komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses penyampaian pelayanan (*Service Delivery*) meliputi: Persyaratan, sistem, mekanisme dan prosedur, jangka waktu pelayanan, biaya atau tarif, produk pelayanan, penanganan pengaduan, saran dan masukan; dan

- b. Komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses pengelolaan pelayanan di internal organisasi (*manufacturing*) meliputi: dasar hukum, sarana dan prasarana, dan atau fasilitas, kompetensi pelaksana, pengawasan internal, jumlah pelaksana, jaminan pelayanan, jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan dan evaluasi kinerja pelaksana.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Fokus mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, terukur pencapaiannya, dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (4) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, dapat dicapai karena merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.

### BAB XIII

#### EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

##### Pasal 111

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

##### Pasal 112

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 111 ayat (1), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam:
- Memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (*rentabilitas*);
  - Memenuhi kewajiban jangka pendeknya (*likuiditas*);
  - Memenuhi seluruh kewajibannya (*solvabilitas*); dan
  - Kemampuan menerima dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.

- (2) Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 111 ayat (1) dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

## BAB XIV

### PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

#### Pasal 113

- (1) Pembinaan teknis PPK-BLUD UPTD RSUD Malingping dilakukan oleh Gubernur melalui Sekretaris Daerah Provinsi dan Dewan Pengawas.
- (2) Pembinaan keuangan PPK-BLUD dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
- (3) Pembinaan teknis PPK-BLUD pada masing-masing Unit Kerja UPTD RSUD Malingping dilakukan oleh Direktur melalui bidang terkait.

#### Pasal 114

- (1) Pengawasan operasional BLUD dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal (SPI) selaku internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah Pimpinan BLUD.
- (2) Selain oleh SPI, pengawasan operasional BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan oleh Dewan Pengawas.

## BAB XV

### KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 115

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, Peraturan Gubernur Banten Nomor 26 Tahun 2017 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Malingping (Berita Daerah Provinsi Banten Tahun 2017 Nomor 26), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 116

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Serang  
pada tanggal 30 Desember 2022  
Pj. GUBERNUR BANTEN,

ttd

AL MUKTABAR

Diundangkan di Serang  
pada tanggal 30 Desember 2022  
Pj. SEKRETARIS DAERAH  
PROVINSI BANTEN,

ttd

MOCH. TRANGGONO

BERITA DAERAH PROVINSI BANTEN TAHUN 2022 NOMOR 60

Salinan sesuai dengan aslinya  
Plt. KEPALA BIRO HUKUM

HADI PRAWOTO, S.H.  
Pembina Tk.I  
NIP. 19670619 199403 1 002