



## **BUPATI BULUNGAN**

### **PERATURAN BUPATI BULUNGAN**

**NOMOR 11 TAHUN 2010**

**TENTANG**

**POLA TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA  
RUMAH SAKIT DAERAH dr. H. SOEMARNO SOSROATMODJO**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI BULUNGAN,**

Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 11 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah perlu menetapkan Pola Tata Kelola sebagai peraturan internal Rumah Sakit Daerah Kabupaten Bulungan yang akan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Pada Rumah Sakit Daerah dr. H. Soemarno Sosroatmodjo;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72);

2. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3041), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 tentang Perubahan Atas Undang-undang Nomor 8 Tahun 1974 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3839);

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 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);

5. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);
6. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
7. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 4431);
8. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
10. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara 3637);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 24 Tahun 2005 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4503);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);

18. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit Daerah (Hospital By laws);
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 Tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By laws) di Rumah Sakit Daerah;
22. Peraturan Daerah Kabupaten Bulungan Nomor 1 Tahun 2008 tentang Penerbitan Lembaran Daerah dan Berita Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Bulungan Tahun 2008 Nomor 1);
23. Peraturan Daerah Kabupaten Bulungan Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Yang Menjadi Kewenangan Pemerintah Daerah Bulungan (Lembaran Daerah Kabupaten Bulungan Tahun 2008 Nomor 2);
24. Peraturan Daerah Kabupaten Bulungan Nomor 19 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Bulungan (Lembaran Daerah Kabupaten Bulungan Tahun 2008 Nomor 19);
25. Peraturan Bupati Bulungan Nomor 26 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Kabupaten Bulungan (Berita Daerah Kabupaten Bulungan Tahun 2008 Nomor 26);

#### **MEMUTUSKAN :**

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG POLA TATA KELOLA  
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA RUMAH SAKIT  
DAERAH dr. H. SOEMARNO SOSROATMODJO**

#### **BAB I**

#### **KETENTUAN UMUM**

#### **Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Bulungan.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati beserta perangkat daerah sebagai Unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Bulungan.
4. Sekretaris Daerah selanjutnya disingkat Sekda adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Bulungan.

5. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
6. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
7. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah dr. H. Soemarno Sosroatmodjo, selanjutnya disebut BLUD-RSD adalah Rumah Sakit Daerah dr. H Soemarno Sosroatmodjo Kabupaten Bulungan yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD.
8. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) adalah Peraturan yang mengatur tentang hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Pemimpin BLUD-RSD / Direktur dan Staf Medis Rumah Sakit.
9. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By laws*) adalah Peraturan yang mengatur tentang hubungan, hak dan kewajiban serta pengorganisasian Staf Medis.
10. Dewan Pengawas adalah organ yang dibentuk Bupati untuk membina dan mengawasi pengelolaan Rumah Sakit.
11. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi, yang terdiri atas Direktur, Kepala Bagian, Kepala Sub Bagian, Kepala Bidang dan Kepala Sub Bidang.
12. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang Pegawai Negeri Sipil dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau ketrampilan tertentu serta bersifat mandiri.
13. Pejabat pengelola adalah Pemimpin BLUD-RSD atau Direktur, Pejabat teknis dan Pejabat Keuangan adalah Kepala Bagian, Kepala Bidang dan Kepala Sub bagian Keuangan atau yang ditetapkan Bupati sesuai kewenangannya.
14. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Kabupaten Bulungan.
15. Pemimpin BLUD-RSD adalah Pemimpin BLUD-RSD dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Kabupaten Bulungan.
16. Kepala Bidang adalah pejabat Rumah Sakit Daerah Kabupaten Bulungan yang secara teknis operasional bertanggung jawab kepada Direktur.
17. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
18. Tokoh masyarakat adalah mereka yang karena prestasi dan perilakunya dapat dijadikan contoh/teladan bagi masyarakat.
19. Profesi kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapat pendidikan formal kesehatan dan melaksanakan fungsi melayani masyarakat dengan usaha pelayanan penyakit dan mental untuk menjadi sehat.
20. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.

21. Pelayanan medis spesialistik dasar adalah pelayanan medis spesialis penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak.
22. Pelayanan medis spesialis luas adalah pelayanan medis spesialis dasar ditambah dengan pelayanan spesialis telinga, hidung dan tenggorokan, mata, syaraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anestesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, gigi dan mulut, kedokteran forensik dan medikolegal, dan pelayanan spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
23. Unit kerja adalah tempat staf medis menjalankan profesinya, yang dapat berbentuk Instalasi.
24. Komite medis adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional (SMF) dan atau yang mewakili.
25. Sub Komite adalah Kelompok kerja di bawah komite Medis yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus, yang anggotanya terdiri dari staf medis dan tenaga profesi lainnya secara *ex officio*.
26. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya dalam menyelenggarakan praktek bisnis sehat.
27. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas staf medis, komite medis, dan sub komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis.
28. Dokter tetap (organik) adalah dokter yang diangkat dan ditetapkan oleh Bupati untuk Rumah Sakit sebagai pegawai tetap yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada Direktur.
29. Dokter konsultan adalah dokter yang karena keahliannya direkrut oleh Rumah Sakit untuk memberikan konsultasi (tidak bersifat mengikat) kepada Staf Medis Rumah Sakit yang memerlukan dan oleh karenanya tidak secara langsung menangani pasien.
30. Dokter tamu adalah dokter yang karena reputasi atau keahliannya diundang secara khusus oleh Rumah Sakit Daerah untuk membantu atau menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani oleh Staf Medis Rumah Sakit Daerah atau untuk mendemonstrasikan suatu teknologi baru.
31. Dokter kontrak adalah dokter yang bekerja di Rumah Sakit berdasarkan kontrak kerja.
32. Dokter pengganti adalah dokter ahli sejenis yang menggantikan tugas dokter tetap Rumah Sakit yang berhalangan.
33. Dokter mitra adalah dokter yang bekerja di Rumah Sakit dan berkedudukan sebagai mitra yaitu sejajar dengan dokter Rumah Sakit, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional sesuai kesepakatan atau ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit.

**BAB II**  
**PERATURAN INTERNAL KORPORASI**  
**(CORPORATE BY LAWS)**

**Bagian Kesatu**

**Nama, Tujuan, Visi, Misi, Filosofi dan Nilai-Nilai Dasar Rumah Sakit**

**Pasal 2**

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Daerah dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Kabupaten Bulungan.
- (2) Tujuan Rumah Sakit adalah :
  - a. Tujuan umum untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal di Kabupaten Bulungan.
  - b. Tujuan khusus yaitu :
    1. Mewujudkan BLUD-RSD dalam rangka kemandirian rumah sakit dengan sumber daya manusia yang profesional dan berdaya saing;
    2. Meningkatkan kualitas dan kesejahteraan Sumber Daya Manusia untuk dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat melalui peningkatan mutu pelayanan dan kepuasan pelanggan;
    3. Meningkatkan pemberdayaan Sumber Daya Manusia untuk dapat memenuhi kebutuhan pelanggan; dan
    4. Meningkatkan sarana dan prasarana rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan.
- (3) Visi Rumah Sakit adalah **“Rumah Sakit Kebanggaan Masyarakat Bulungan”**
- (4) Misi Rumah Sakit adalah :
  - a. Mewujudkan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit yang profesional;
  - b. Mewujudkan pelayanan kesehatan yang terakreditasi dan terjangkau oleh masyarakat;
  - c. Memberikan kenyamanan kepada pasien dan keluarganya; dan
  - d. Mewujudkan rumah sakit sebagai jejaring pendidikan kesehatan.
- (5) Filosofi Rumah Sakit adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan medik dan non medik dengan ikhlas tanpa memandang latar belakang pasien.
- (6) Nilai-nilai dasar :
  1. Pegawai Rumah Sakit menyadari bahwa bekerja adalah ibadah.
  2. Kebersamaan :
    - a. Menyadari bahwa dalam semua pekerjaan, kerjasama tim merupakan faktor terpenting.
    - b. Melalui kerja sama tim dalam pelayanan akan dapat dicapai kepuasan pelanggan.
  3. Profesionalisme :
    - a. Bekerja sesuai dengan sistem dan prosedur yang berlaku.
    - b. Bersedia melakukan pekerjaan yang penuh tantangan.
    - c. Memiliki keyakinan atas kemampuan sendiri (kemandirian).

- d. Selalu berusaha memberikan kemampuan terbaik (ilmu, ketrampilan dan sikap/attitude).
  - e. Selalu meningkatkan kemampuan secara aktif dengan mengikuti dan mempelajari perkembangan ilmu dan teknologi terkini.
  - f. Memegang teguh rahasia jabatan.
4. Kejujuran :
- a. Senantiasa menjunjung tinggi kejujuran.
  - b. Berani menyatakan kebenaran dan kesalahan berdasarkan data dan fakta dengan cara bertanggung jawab dan proporsional.
  - c. Transparan dan akuntabel dalam menjalankan sistem kerja.
5. Keterbukaan :
- a. Terbuka dalam mengemukakan dan menerima pendapat secara bertanggung jawab.
  - b. Mampu beradaptasi dengan dinamika perubahan yang terjadi.
  - c. Saling menghargai dan menghormati pendapat orang lain.
6. Disiplin :
- a. Selalu menegakkan disiplin terhadap diri sendiri dan lingkungan kerja.
  - b. Memiliki kesungguhan kerja dalam melaksanakan tugas.
  - c. Wajib mematuhi peraturan yang berlaku.

## **Bagian Kedua**

### **Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi**

#### **Pasal 3**

- (1) Rumah Sakit adalah Rumah Sakit milik daerah yang merupakan unsur penunjang Pemerintah Daerah dalam rangka mendukung pelaksanaan tugas Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Badan Layanan Umum Daerah, dipimpin oleh seorang Pemimpin BLUD yang disebut Direktur, berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekda.
- (3) Rumah Sakit mempunyai tugas pokok membantu Bupati dalam melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan meliputi pelayanan medik dan penunjang medik, keperawatan dan penunjang non medik, sarana dan sanitasi.
- (4) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Rumah Sakit mempunyai fungsi:
  - a. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan paripurna;
  - b. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan urusan pemerintahan di bidang pelayanan kesehatan;
  - c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas bidang pelayanan medik dan penunjang medik, keperawatan dan penunjang non medik, sarana dan sanitasi.

**Bagian Ketiga**  
**Kedudukan Pemerintah Daerah**

**Pasal 4**

- (1) Pemerintah Daerah bertanggungjawab terhadap kelangsungan hidup, kemajuan dan perkembangan rumah sakit sesuai yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggungjawabnya, mempunyai kewenangan :
  - a. Menetapkan Peraturan Pola Tata Kelola / *Hospital By laws* dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
  - b. Membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas;
  - c. Menyetujui dan mengesahkan Rencana Belanja dan Anggaran;
  - d. Memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar dan memberikan penghargaan atas prestasi yang dicapai pegawai Rumah Sakit;
- (3) Pemerintah Daerah bertanggungjawab menutup defisit anggaran yang dialami oleh rumah sakit, yang bukan karena kesalahan pengelolaan keuangan dan setelah diaudit secara independen.
- (4) Defisit anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan selisih kurang antara realisasi pendapatan dengan realisasi biaya BLUD pada satu tahun anggaran.
- (5) Defisit anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diajukan usulan pembiayaannya pada tahun anggaran berikutnya kepada PPKD.
- (6) Kerugian pada BLUD yang disebabkan oleh tindakan melanggar hukum atau kelalaian seseorang, diselesaikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai penyelesaian kerugian daerah.

**Bagian Keempat**

**Dewan Pengawas**

**Pasal 5**

- (1) Dewan Pengawas Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah suatu organ yang bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD-RSD.
- (2) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (3) Dewan Pengawas berkewajiban :
  - a. Memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai RBA yang diusulkan Direktur;
  - b. Mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit, memberikan pendapat dan saran kepada Bupati;
  - c. Melaporkan kepada Bupati tentang kinerja rumah sakit;
  - d. Memberikan nasehat kepada Direktur dalam melaksanakan pengelolaan;
  - e. Melakukan evaluasi dan penilaian kinerja, baik keuangan maupun non-keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti;



- f. Memonitor tindak-lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja;
  - g. Mengawal misi rumah sakit secara keseluruhan;
  - h. Memberikan pendapat dan saran mengenai rencana pengembangan rumah sakit; dan
  - i. Mengawasi program-program kegiatan rumah sakit.
- (4) Dewan Pengawas terdiri atas 3 (tiga) orang anggota dengan masa jabatan 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya, dengan susunan sebagai berikut :
- a. Seorang Ketua, merangkap anggota;
  - b. Seorang sekretaris, merangkap anggota; dan
  - c. 1 (satu) orang anggota.
- (5) Anggota Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur-unsur:
- a. Pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan BLUD;
  - b. Pejabat di lingkungan Satuan Kerja Pengelola Keuangan Daerah;
  - c. Tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (6) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas adalah:
- a. Memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi Pejabat pengelola, atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah;
  - c. Mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik;
  - d. Sehat jasmani dan rohani untuk melaksanakan tugasnya.
- (7) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada rumah sakit dan dimuat dalam RBA.

### **Bagian Kelima**

#### **Struktur Organisasi dan Pejabat Pengelola Badan Layanan Umum Daerah**

##### **Pasal 6**

- (1) Struktur Organisasi Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pejabat Pengelola BLUD-RSD terdiri dari Pemimpin, Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis yang dapat disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada Rumah Sakit, yaitu :
- a. Direktur;
  - b. Kepala Bagian Tata Usaha ;
  - c. Kepala Bidang Pelayanan Kemedikan ;
  - d. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan ; dan
  - e. Kepala Bidang Perencanaan dan Evaluasi.

- (3) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola BLUD-RSD ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (4) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh Pejabat Pengelola BLUD-RSD berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
- (5) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan kepentingan BLUD-RSD untuk meningkatkan kinerja keuangan dan non keuangan berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik.
- (6) Pejabat Pengelola BLUD-RSD diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (7) Pemimpin BLUD-RSD dengan sebutan Direktur, bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekda.
- (8) Pejabat Keuangan dan pejabat teknis Rumah Sakit dengan sebutan Kepala Bagian, Kepala Bidang bertanggung jawab kepada Direktur.

### **Bagian Keenam**

#### **Tugas, Kewajiban dan Wewenang Pejabat Pengelola**

##### **Pasal 7**

Direktur sebagai pemimpin BLUD-RSD mempunyai tugas dan kewajiban sebagai berikut :

- a. Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan rumah sakit sesuai visi, misi dan tujuan organisasi dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. Menyusun renstra bisnis rumah sakit;
- c. Menyiapkan RBA tahunan;
- d. Menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta kinerja keuangan rumah sakit;
- e. Memelihara, mengelola dan meningkatkan sumber daya rumah sakit;
- f. Mewakili rumah sakit di dalam dan di luar pengadilan;
- g. Melaksanakan kebijakan pengembangan usaha sebagaimana yang telah digariskan;
- h. Menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala ; dan
- i. Dalam menanggulangi risiko gugatan terhadap pelayanan medik, Direktur berkewajiban memberi perlindungan kepada pelaksana fungsional dengan mengikutkan asuransi tanggung-gugat profesi.

##### **Pasal 8**

Direktur mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. Mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis sesuai ketentuan;
- b. Menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
- c. Mengusulkan perubahan struktur organisasi dan tata kerja rumah sakit, sesuai dengan perkembangan pelayanan;
- d. Mengangkat dan memberhentikan pegawai non PNS rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- e. Memutuskan dan menetapkan peraturan-peraturan rumah sakit guna melaksanakan ketentuan-ketentuan dalam peraturan internal dasar maupun peraturan perundang-undangan;

- f. Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
- g. Mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan; dan
- h. Meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat rumah sakit.

#### **Pasal 9**

Pejabat teknis pelayananan kemedikan bertanggungjawab kepada Pemimpin BLUD-RSD menyangkut hal-hal di bawah ini:

- a. Penyiapan Penyusunan petunjuk teknis bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Medik;
- b. Pengordinasian dan fasilitasi pelaksanaan tugas bidang pelayanan medik dan penunjang medik;
- c. Pembinaan dan pengendalian kegiatan bidang pelayanan medik dan penunjang medik; dan
- d. Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan kegiatan bidang pelayanan medik dan penunjang medik.

#### **Pasal 10**

Pejabat teknis pelayanan keperawatan bertanggungjawab kepada Pemimpin BLUD-RSD menyangkut hal-hal di bawah ini:

- a. Penyiapan bahan penyusunan petunjuk teknis bidang keperawatan rawat inap dan rawat jalan & khusus;
- b. Pengoordinasian dan fasilitasi penyusunan perencanaan bidang keperawatan rawat inap dan rawat jalan & khusus;
- c. Pembinaan dan pengendalian kegiatan bidang keperawatan rawat inap dan rawat jalan & khusus; dan
- d. Pelaksanaan, monitoring, evaluasi dan pelaporan kegiatan bidang keperawatan rawat inap dan rawat jalan & khusus.

#### **Pasal 11**

Pejabat teknis Perencanaan dan Evaluasi bertanggungjawab kepada Pemimpin BLUD-RSD menyangkut hal-hal di bawah ini:

- a. Penyiapan bahan penyusunan petunjuk teknis bidang Perencanaan dan Evaluasi;
- b. Pengoordinasian dan fasilitasi penyusunan perencanaan bidang Perencanaan dan Evaluasi;
- c. Pengoordinasian dan fasilitasi penyusunan RBA;
- d. Menyiapkan DPA.
- e. Pembinaan dan pengendalian kegiatan bidang Perencanaan dan Evaluasi; dan
- f. Pelaksanaan, monitoring, evaluasi dan pelaporan kegiatan bidang Perencanaan dan Evaluasi.

#### **Pasal 12**

Pejabat Keuangan bertanggungjawab kepada Pemimpin BLUD-RSD mengenai hal-hal sebagai berikut :

- a. Kebenaran pelaksanaan kebijakan perencanaan, evaluasi dan pengembangan, perbendaharaan, Akuntansi, verifikasi dan mobilisasi dana;

- b. Kebenaran rencana kerja bidang keuangan rumah sakit;
- c. Ketepatan dan kebenaran prosedur kerja bidang keuangan rumah sakit;
- d. Kelancaran efektifitas dan efisiensi pelayanan keuangan;
- e. Ketepatan laporan kegiatan keuangan;
- f. Mengkoordinasikan penyusunan RBA;
- g. Menyiapkan DPA ;
- h. Melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
- i. Menyelenggarakan pengelolaan kas;
- j. Melakukan pengelolaan utang-piutang;
- k. Menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
- l. Menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
- m. Penyelenggaraan urusan administrasi keuangan; dan
- n. Penyelenggaraan urusan penatausahaan keuangan.

## **Bagian Ketujuh**

### **Pengelompokan Fungsi Pelayanan dan Fungsi Pendukung**

#### **Pasal 13**

- (1) Untuk tersedianya fasilitas dan terselenggaranya kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan dibentuk instalasi-instalasi yang merupakan unit-unit pelaksana pelayanan.
- (2) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Instalasi dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur serta bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Kepala Instalasi dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional dan atau tenaga non medis; baik pegawai negeri sipil maupun non pegawai negeri sipil.
- (5) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dengan mengingat sumber daya yang tersedia di rumah sakit meliputi sumber daya manusia, sarana prasarana dan memperhatikan kebutuhan masyarakat.
- (6) Instalasi yang ada di Rumah Sakit, yaitu:
  - a. Instalasi Rawat Inap;
  - b. Instalasi Rawat Jalan;
  - c. Instalasi Bedah Sentral;
  - d. Instalasi Gawat Darurat;
  - e. Instalasi Perawatan Intensif;
  - f. Instalasi Rehabilitasi Medis;
  - g. Instalasi Laboratorium;
  - h. Instalasi Radiologi;
  - i. Instalasi Farmasi;
  - j. Instalasi Gizi;
  - k. Instalasi Pemulasaraan Jenazah; dan
  - l. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.
- (7) Pelaksana kegiatan pelayanan adalah pejabat fungsional rumah sakit, terdiri dari sejumlah tenaga medis para medis fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang ketrampilan dan keahliannya :
  - a. Masing-masing tenaga fungsional berada di lingkungan unit kerja rumah sakit sesuai kompetensinya.

- b. Jumlah tenaga fungsional ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.
  - c. Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
  - d. Staf medis fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan.
  - e. Dalam melaksanakan tugasnya, staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesional lain yang terkait.
  - e. Staf paramedis fungsional mempunyai tugas melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan, pelayanan penunjang Medik, pelayanan penunjang non medik, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan .
  - f. Dalam melaksanakan tugasnya, staf paramedis fungsional melakukan kolaborasi dengan tim tenaga profesional lain yang terkait.
- (8) Pelaksana kegiatan pendukung pelayanan adalah :
- a. Semua pejabat struktural;
  - b. Semua sumber daya strategis yang ada di bidang-bidang dan tata usaha;
  - c. Kegiatan pendukung antara lain sistem manajemen, keuangan, SDM, teknologi, informasi dan lain-lain

#### **Pasal 14**

Untuk menunjang pengelolaan kegiatan pelayanan Rumah Sakit, Direktur membentuk Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Satuan Pengawas Internal (SPI) yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

#### **Pasal 15**

- (1) Komite Medik adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari ketua kelompok staf medis fungsional atau yang mewakili :
  - a. Para anggota Komite Medik memilih dan menetapkan ketua, wakil ketua dan sekretaris diantara anggota Komite Medik;
  - b. Jabatan Ketua Komite Medik merupakan jabatan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur;
  - c. Ketua, wakil ketua dan sekretaris komite medik mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan sesudah masa bakti berakhir akan diadakan pemilihan kembali.
- (2) Komite Medik mempunyai tugas membantu Direktur didalam menyusun Standar Pelayanan Medik dan memantau pelaksanaannya, melaksanakan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota staf medis fungsional, mengembangkan program pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, memberikan saran dan masukan kepada Direktur perihal pengembangan pelayanan medik.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Komite Medik disamping dibantu oleh wakil ketua dan sekretaris juga dibantu oleh Panitia yang anggotanya terdiri dari staf medis fungsional dan tenaga profesi lainnya secara ex-offisio.

- (4) Panitia sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan kelompok kerja khusus di dalam Komite Medik yang dibentuk berdasarkan kebutuhan rumah sakit untuk mengatasi masalah khusus.
- (5) Pembentukan Wakil Ketua dan Sekretaris Komite Medik serta Panitia ditetapkan oleh Direktur atas usul Ketua Komite Medik.

#### **Pasal 16**

- (1) Komite Keperawatan adalah kelompok tenaga keperawatan yang keanggotaannya berasal dari Ketua atau Anggota Kelompok Staf Perawat Fungsional (SPF) :
  - a. Para anggota Komite Keperawatan memilih dan menetapkan Ketua diantara anggota Komite Keperawatan;
  - b. Ketua Komite Keperawatan terpilih, memilih dan menunjuk Wakil Ketua, Sekretaris dan Perangkat lainnya yang dianggap perlu;
  - c. Jabatan Ketua Komite Keperawatan merupakan jabatan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur;
  - d. Ketua, Wakil Ketua dan Sekretaris dan Pengurus Komite Keperawatan mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan sesudah masa bakti akan diadakan pemilihan kembali.
- (2) Komite Keperawatan mempunyai tugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Standar Pelayanan Keperawatan dan memantau pelaksanaan, melaksanakan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota SPF, mengembangkan program pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan dan memberikan masukan kepada Direktur Rumah Sakit perihal pengembangan pelayanan keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas Komite Keperawatan disamping dibantu oleh wakil ketua dan sekretaris serta pengurus lainnya juga dibantu oleh panitia yang anggotanya terdiri dari anggota SPF dan tenaga profesi lainnya secara *ex-officio*.
- (4) Panitia sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) adalah merupakan kelompok kerja khusus didalam Komite Keperawatan yang dibentuk berdasarkan kebutuhan rumah sakit untuk mengatasi masalah khusus.
- (5) Pembentukan panitia didalam komite keperawatan ditetapkan oleh Direktur atas usulan Ketua Komite Keperawatan berdasarkan pertimbangan Kepala bidang Keperawatan.
- (6) Dalam menjalankan tugas, Komite Keperawatan diharapkan selalu menjalin kerja sama secara horisontal dengan instalasi terkait, Bidang Pelayanan Keperawatan dan Bidang Pelayanan Kemedikan.

#### **Pasal 17**

- (1) Satuan Pengawasan Internal adalah Kelompok Jabatan Fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan sumber daya rumah sakit.
- (2) Satuan Pengawasan Internal dipimpin oleh seorang Ketua yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

- (3) Pengawasan terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) yaitu meliputi pengawasan terhadap pengelolaan Sumber Daya Manusia, Sarana dan Prasarana, Kegiatan Pelayanan serta administrasi dan Keuangan Rumah Sakit.

## **Bagian Kedelapan**

### **Prosedur Kerja**

#### **Pasal 18**

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan rumah sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi sesuai tugas masing-masing.
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan Rumah Sakit wajib mengawasi bawahan dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggung-jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahannya dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.
- (4) Semua kegiatan pelayanan dan pendukungnya diatur dengan prosedur kerja baku berupa Standar Operating Prosedur menurut ketentuan Akreditasi Rumah Sakit.
- (5) Prinsip Prosedur Kerja adalah jelas Kebijakannya, mengutamakan kepentingan dan keselamatan pelanggan, konsisten, sesuai dengan falsafah dan tujuan, jelas pelaksanaannya, jelas tanggungjawabnya, ada evaluasi mutu dan kinerjanya.

## **Bagian Kesembilan**

### **Standar Pelayanan Minimal**

#### **Pasal 19**

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit, Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal yang diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diusulkan oleh Direktur.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.
- (4) Standar pelayanan minimal harus memenuhi persyaratan :
  - a. Fokus pada jenis pelayanan;
  - b. Terukur;
  - c. Dapat dicapai;
  - d. Relevan dan dapat diandalkan; dan
  - e. Tepat waktu.
- (5) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.

- (6) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (7) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (8) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLUD-RSD.
- (9) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

## **Bagian Kesepuluh**

### **Pengelolaan Sumber Daya Manusia dan Remunerasi**

#### **Pasal 20**

- (1) Pegawai BLUD-RSD terdiri dari PNS dan Non PNS.
- (2) Penerimaan pegawai :
  - a. Penerimaan CPNS dilakukan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - b. Penerimaan Pegawai Non PNS dilakukan dengan rekrutmen melalui : Kontrak (*Out Sourcing*), Kerja Sama Operasional (KSO), magang, yang efektif dan efisien yang ditetapkan oleh Pemimpin BLUD-RSD;
  - c. Penerimaan Pegawai Non PNS dilakukan dengan cara seleksi, yaitu Seleksi Administrasi, Psikotest, Seleksi Akademik dan Keterampilan, Wawancara, dan Medical Check Up.
- (3) *Out Sourcing* Pegawai :
  - a. Pelaksanaan *Out Sourcing* pegawai dilaksanakan berdasar kebutuhan tenaga yang ditetapkan oleh Direktur; dan
  - b. Mekanisme *Out Sourcing* dilaksanakan oleh Panitia Pengadaan Barang/Jasa sesuai ketentuan yang berlaku.
- (4) Kerja Sama Operasional (KSO) :
  - a. Pelaksanaan Kerja Sama operasional dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan; dan
  - b. Mekanisme Kerja Sama operasional dilaksanakan oleh Direktur dengan pihak ketiga yang berbadan hukum.

#### **Pasal 21**

- (1) Kenaikan Pangkat PNS adalah merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian Pegawai Negeri Sipil terhadap negara dan pemberian kenaikan pangkat diberikan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian pegawai BLUD yang berasal dari Non PNS, diatur oleh Pemimpin BLUD-RSD.



- (3) Pegawai Non PNS dapat diberikan penghargaan atas prestasi kerja terhadap kinerja BLUD-RSD yang diberikan berdasarkan sistem remunerasi Rumah Sakit.

#### **Pasal 22**

- (1) Rotasi PNS 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 dengan mekanisme Baperjakat.
- (2) Rotasi Non PNS adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai, yang dilaksanakan atas pertimbangan Direktur.

#### **Pasal 23**

Rotasi sebagaimana tersebut pada Pasal 22 dilaksanakan dengan pertimbangan :

- a. Penempatan seseorang pada pekerjaan sesuai dengan tingkat pendidikan dan ketrampilannya;
- 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; dan
- e. Kondisi fisik dan psikis pegawai.

#### **Pasal 24**

- (1) Pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari PNS dan / atau non PNS yang profesional sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (3) Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari PNS disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Pengangkatan dan pemberhentian pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.

#### **Pasal 25**

- (1) Direktur sebagai Pemimpin BLUD-RSD merupakan pejabat pengguna anggaran / barang daerah.
- (2) Dalam hal pemimpin BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berasal dari non PNS, Pejabat keuangan wajib berasal dari PNS yang merupakan pejabat pengguna anggaran/ barang daerah.

### **Pasal 26**

Disiplin Pegawai Negeri Sipil adalah kesanggupan Pegawai Negeri Sipil untuk menaati kewajiban dan menghindari larangan yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan dan/atau peraturan kedinasan yang apabila tidak ditaati atau dilanggar dijatuhi hukuman disiplin.

### **Pasal 27**

- (1) Pemberhentian PNS diatur menurut peraturan tentang pemberhentian Pegawai Negeri Sipil.
- (2) Pemberhentian Pegawai BLUD Non PNS dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut :
  - a. Pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai BLUD Non PNS mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan atau tidak memperpanjang masa kontrak;
  - b. Pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai BLUD Non PNS melakukan tindakan-tindakan pelanggaran sesuai yang diatur dalam Peraturan Pemimpin BLUD-RSD tentang Disiplin

### **Pasal 28**

- (1) Pejabat pengelola, Dewan Pengawas dan pegawai Rumah Sakit dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggungjawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (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 Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya diberikan dalam bentuk honorarium.
- (4) Penetapan remunerasi Pemimpin BLUD-RSD, mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan :
  - a. Ukuran (*size*) dan jumlah aset yang dikelola, tingkat pelayanan serta produktivitas;
  - b. Pertimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
  - c. Kemampuan pendapatan Rumah Sakit; dan
  - d. Kinerja operasional Rumah Sakit ditetapkan oleh Bupati dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.
- (5) Honorarium Dewan Pengawas, ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (6) Remunerasi bagi pejabat pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian :
  - a. Pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
  - b. Keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
  - c. Risiko kerja (*risk index*);
  - d. Tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
  - e. Jabatan yang disandang (*position index*); dan
  - f. Hasil/capaian kerja (*performance index*).

- (7) Bagi pejabat pengelola dan pegawai yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan PNS serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai peraturan perundang-undangan.

## **Bagian Kesebelas**

### **Penatausahaan Keuangan dan Tarif Layanan**

#### **Pasal 29**

- (1) Pengelolaan Keuangan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
- (2) Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Bupati tersendiri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Penatausahaan keuangan diatur sebagai berikut:
  - a. Penerimaan dan pengeluaran Rumah Sakit, dibukukan pada buku besar penerimaan (B-IV) dan buku besar pengeluaran (B-V) berdasarkan SPMG nihil dan daftar pembukuan Administrasi (DPA) yang dilengkapi dengan bukti-bukti sah penerimaan dan pengeluaran yang telah disahkan pejabat yang berwenang;
  - b. Penerimaan operasional Rumah Sakit oleh pemegang kas dibukukan dalam buku kas umum / buku kas pembantu dengan didukung bukti bukti penerimaan yang sah;
  - c. Penerimaan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada huruf b, segera disetorkan ke rekening Rumah Sakit di Bankaltim Cabang Tanjung Selor; dan
  - d. Pengeluaran Rumah Sakit pada pemegang kas dibukukan dalam buku kas umum / Buku Kas Pembantu.
- (4) Penatausahaan Keuangan Rumah Sakit selain dana penerimaan operasional, tetap berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undang yang berlaku.
- (5) Untuk keperluan pengendalian / pengelolaan keuangan dan barang/jasa Rumah Sakit, dipergunakan penatausahaan menurut sistem akuntansi.
- (6) Pengelolaan keuangan rumah sakit berdasarkan pada prinsip, efektifitas, efisiensi dan produktifitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (7) Dalam rangka penerapan prinsip sebagaimana dimaksud dalam ayat (6) maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis akrual (SAK) dan standar akuntansi pemerintah (SAP).

#### **Pasal 30**

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.

- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif atau pola tarif sesuai jenis layanan.
- (5) Tarif layanan diusulkan oleh Direktur kepada Bupati melalui Sekda.
- (6) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), ditetapkan dengan Peraturan Bupati tersendiri.
- (7) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (6), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (8) Bupati dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (7), dapat membentuk Tim.
- (9) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (8), ditetapkan oleh Bupati yang keanggotaannya dapat berasal dari :
  - a. Pembina teknis;
  - b. Pembina keuangan;
  - c. Unsur perguruan tinggi;
  - d. Lembaga profesi.

## **Bagian Keduabelas**

### **Pengelolaan Sumber Daya Lain**

#### **Pasal 31**

- (1) Tanah dan bangunan disertifikatkan atas nama Pemerintah Daerah.
- (2) Tanah dan Bangunan yang tidak digunakan dalam rangka tugas pelayanan dan fungsi Rumah Sakit, dapat dialihgunakan oleh Direktur dengan persetujuan Bupati.
- (3) Aset tetap tidak boleh dialihkan dan atau dihapuskan kecuali atas persetujuan pejabat berwenang berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3), merupakan aset berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 bulan, untuk digunakan dalam pelayanan kepada masyarakat.
- (5) Hasil pengalihan aset sebagaimana pada ayat (2) dan (3), merupakan pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (6) Barang inventaris milik Rumah Sakit dapat dihapus dan atau dialihkan atas dasar pertimbangan ekonomis, dengan cara dijual dan atau ditukar.
- (7) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan barang habis pakai, barang untuk diolah atau dijual dan barang lain yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.
- (8) Hasil penjualan barang dimaksud pada ayat (6) merupakan pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (9) 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.

**Bagian Ketigabelas**  
**Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit**

**Pasal 32**

- (1) Direktur menunjuk pejabat yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan lingkungan Rumah Sakit yang meliputi pengelolaan limbah, lingkungan kimia, fisik dan biologis:
  - a. Kebersihan lingkungan Rumah Sakit selama 24 jam meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet/ kamar mandi;
  - b. Pengelolaan sampah medik dan domestik;
  - c. Pengelolaan limbah cair;
  - d. Pengamatan area bebas rokok; dan
  - e. Memperluas area taman dan tanaman penghijauan untuk mengurangi pemanasan global.
- (2) Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit disesuaikan dengan ketentuan dalam perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Pengelolaan limbah RSUD dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Kabupaten Bulungan dilakukan dengan cara pemilahan antara limbah medis dengan limbah non medis.
- (4) Limbah non medis atau limbah domestik adalah limbah yang tidak terkontaminasi limbah medis, diantaranya :
  - a. Plastik;
  - b. Botol;
  - c. Kaleng;
  - d. Kertas;
  - e. Dus;
  - f. Makanan; dan
  - g. Limbah dapur.
- (5) Limbah medis adalah limbah yang berasal dari kegiatan perawatan, ruang operasi, laboratorium, farmasi.
- (6) Pengolahan limbah medis dilakukan dengan cara dibakar menggunakan insenerator dengan suhu pembakaran 1000<sup>0</sup> C.

**Bagian Keempatbelas**

**Prinsip Tata Kelola**

**Pasal 33**

- (1) Rumah Sakit beroperasi berdasarkan pola tata kelola atau peraturan internal, yang memuat antara lain :
  - a. Struktur organisasi;
  - b. Prosedur kerja;
  - c. Pengelompokan fungsi yang logis;
  - d. Pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Tata kelola sebagaimana dimaksud ayat (1) memperhatikan prinsip, antara lain :
  - a. Transparansi;
  - b. Akuntabilitas;
  - c. Responsibilitas;

- d. Independensi.
- (3) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, dan wewenang dalam organisasi.
  - (4) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
  - (5) Pengelompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.
  - (6) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.
  - (7) Transparansi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
  - (8) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.
  - (9) Responsibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
  - (10) Independensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

### **Bagian Kelimabelas**

#### **Pembinaan dan Pengawasan**

##### **Pasal 34**

- (1) Proses penyelesaian kasus yang terjadi dan muncul dalam kegiatan pelayanan medis dilaksanakan secara berjenjang :
  - a. Laporan kejadian (oleh siapapun) harus menjadi perhatian staf medis di lingkungan itu, untuk selanjutnya disampaikan ke ketua kelompok staf medis fungsional, komite medis dan Direktur.
  - b. Ketua kelompok staf medis fungsional berkepentingan untuk menjaga martabat kelompoknya di kalangan sesama staf medis maupun di kalangan staf lain di rumah sakit, perlu menghubungi yang bersangkutan untuk memperoleh informasi pembanding.
  - c. Komite Medis memperhatikan mekanisme audit medis melalui kerjasama baik dengan Direktur, untuk mendorong pengumpulan data dari unsur terkait (staf keperawatan, staf laboratorium, staf radiologi, bagian rekam medis ataupun dokter jaga).

- d. Pada keadaan data yang diperlukan dinilai sudah lengkap, harus dilaksanakan secepatnya rapat klinik multi-disiplin dengan atau tanpa mengundang *peer group* (audit tahap pertama);
  - e. Rapat klinik sebagaimana dimaksud pada huruf d, dilakukan untuk mempertajam kajian diagnosis, prosedur pelayanan, ketepatan tindakan/pengobatan (audit tahap kedua dilakukan di komite medik).
  - f. Hasil rapat klinik sebagaimana dimaksud pada huruf e, harus menjadi pertimbangan untuk perbaikan mutu;
  - g. Komite Medik memberikan rekomendasi sanksi profesional dan atau administratif kepada Direktur.
- (2) Evaluasi penampilan kinerja praktek dokter dilakukan melalui *peer review*, audit medis atau program peningkatan mutu.
  - (3) Kelompok Staf Medis mempunyai tanggung jawab memberikan masukan kepada Direktur Rumah Sakit mengenai hal-hal yang terkait dengan praktik kedokteran. Misalnya mengenai perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, temuan terapi yang baru dan lain-lain.

### **Bagian Keenambelas**

#### **Evaluasi dan Penilaian Kinerja dalam Sistem Akuntabilitas**

##### **Pasal 35**

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif, misalnya mengenai disiplin kepegawaian, motivasi kerja dan lain sebagainya dilakukan oleh Direktur.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian, misalnya audit medis, *peer review*, disiplin profesi, etika profesi dan lain sebagainya dilakukan oleh Komite Medis dan atau Komite Keperawatan.
- (3) Berdasarkan ayat (1) dan ayat (2) staf medis yang memberikan pelayanan medik menetap di unit pelayanan tertentu secara fungsional profesi tetap menjadi tanggung jawab Komite Medis dan atau Komite Keperawatan khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu dan secara administrasi di bawah Kepala Instalasi.
- (4) Sistem Akuntabilitas disusun berdasarkan evaluasi dan penilaian kinerja aspek keuangan dan non keuangan.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam :
  - a. Memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
  - b. Memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
  - c. Memenuhi seluruh kewajibannya (solfabilitas);
  - d. Kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (6) Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) dapat diukur berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

**BAB III**  
**PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK**  
**Bagian Kesatu**  
**Kategori Staf Medis**

**Pasal 36**

- (1) Staf medis yang bergabung dengan rumah sakit dikelompokkan ke dalam kategori:
  - a. Staf medis organik, yaitu dokter yang direkrut oleh rumah sakit sebagai pegawai tetap dan berkedudukan sebagai sub-ordinat; yaitu bekerja untuk dan atas nama rumah sakit serta bertanggung-jawab kepada Pimpinan BLUD RSD;
  - b. Staf medis mitra, yaitu dokter yang direkrut oleh rumah sakit sebagai mitra yang kedudukannya sederajat dengan rumah sakit, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung-gugat secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di rumah sakit atau sesuai kesepakatan yang disetujui bersama;
  - c. Staf medis konsultan, yaitu dokter yang karena keahliannya direkrut oleh rumah sakit untuk memberikan konsultasi tanpa merawat (*consultation only*) atau untuk memberikan konsultasi dan merawat (*consultation with management*);
  - d. Staf medis tamu (*visiting doctor*), yaitu dokter dari luar rumah sakit yang karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus oleh rumah sakit untuk melakukan atau membantu melakukan penanganan atas kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis rumah sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru;
  - e. Staf medis pengganti, yaitu dokter yang menggantikan dokter yang berhalangan dengan keahlian sejenis; dan
  - f. Staf medis kontrak, yaitu dokter yang direkrut oleh rumah sakit sebagai dokter kontrak.
- (2) Untuk dapat menjadi Staf Medis baik dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi maupun dokter gigi spesialis harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku, sehat jasmani dan rohani serta memiliki perilaku yang baik.
- (3) Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan status sebagai dokter tetap, berhak :
  - a. Memperoleh kesejahteraan sesuai peraturan yang berlaku, terdiri atas:
    - Penghasilan yang layak sesuai peraturan yang berlaku.
    - Penghasilan selama pensiun sesuai ketentuan yang berlaku;
    - Status kepegawaian yang jelas dan pasti;
    - Kenaikan pangkat sesuai ketentuan yang berlaku serta peraturan kepegawaian ;
    - Pengembangan pengetahuan dan ketrampilan ;
    - Pengembangan karir sesuai kemampuan individu dan ketentuan yang berlaku;



- Cuti tahunan, cuti sakit, cuti besar dan cuti diluar tanggungan negara sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah;
  - Cuti bersalin bagi dokter perempuan sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah;
  - Cuti karena alasan penting berkenaan sifat pekerjaannya sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah;
  - Cuti diluar tanggungan negara karena alasan-alasan pribadi yang penting dan mendesak sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah.
- b. Mendapatkan lingkungan kerja yang sehat serta perlindungan terhadap :
- Kecelakaan kerja;
  - Pemeriksaan kesehatan rutin dan khusus sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah;
  - Perawatan kesehatan selama sakit sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit ;
  - Santunan terhadap kecelakaan kerja yang menimpa sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah;
  - Bantuan hukum selama menjalani proses hukum.
- c. Menggunakan fasilitas yang dimiliki Rumah Sakit untuk melakukan pelayanan kesehatan berdasarkan standar mutu pelayanan;
- d. Melakukan konsultasi kepada dokter lain yang tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit ;
- e. Mengusulkan kepada Direktur untuk mendatangkan dokter tamu (*visiting doctor*) yang tidak tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit, baik untuk kepentingan konsultasi atau untuk membantu melaksanakan sebagian pekerjaan yang tidak dapat dilaksanakan oleh Staf Medis;
- (4) Staf Medis Rumah Sakit mempunyai kewajiban sebagai berikut:
- a. Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - b. Mentaati semua Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
  - c. Mentaati etika, antara lain : etika Rumah Sakit, etika profesi Kedokteran, etika Staf Medis dan etika antar Rumah Sakit;
  - d. Melaksanakan klausul-klausul dalam perjanjian antara Rumah Sakit dengan Staf Medis atau antara Rumah Sakit dengan pihak lain yang berbadan hukum;
  - e. Memberi layanan medis kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya dan bersedia dihubungi atau dipanggil setiap saat apabila kondisi pasien yang bersangkutan berada dalam keadaan emergensi;
  - f. Memberikan pertolongan emergensi kepada pasien lain yang bukan menjadi tanggung jawabnya apabila kondisi klinik pasien tersebut berada dalam keadaan emergensi;
  - g. Menjaga citra Rumah Sakit dan berperilaku sopan terhadap Direktur, manajer, staf medis lain, profesi lain, pasien, keluarga pasien serta pengunjung;
  - h. Menjalani kerja sama yang harmonis dengan profesi lain yang berada di Rumah Sakit dan menghormati kode etik profesi masing-masing;

- i. Menyelesaikan semua kewajiban administrasi sesuai peraturan yang berlaku;
  - j. Menghadiri rapat-rapat yang diadakan oleh Direktur atau komite medis;
  - k. Hadir dalam dengar pendapat (hearing) yang diadakan oleh Direktur, komite medis atau tim yang dibentuk oleh Rumah Sakit yang berkaitan dengan penanganan pasien/kasus;
  - l. Menunjukkan loyalitas kepada Rumah Sakit ;
  - m. Membantu Rumah Sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan;
  - n. Mentaati kewajiban-kewajiban lain yang ditetapkan antara lain sebagai dosen pembimbing terhadap semua fakultas kedokteran/institusi pendidikan kesehatan yang bekerja sama dengan Rumah Sakit.
- (5) Dalam melaksanakan pelayanan, Staf Medis mempunyai kewajiban terhadap pasien yang ditanganinya untuk :
- a. Melakukan upaya dengan sungguh-sungguh dan professional sesuai standar pelayanan;
  - b. Segera merujuk ke dokter atau praktisi kesehatan lain yang dapat diterima apabila Staf Medis tidak mampu lagi untuk meneruskan upaya kesehatan terhadap pasien baik karena keterbatasan kemampuan, peralatan, waktu maupun karena alasan lain yang masuk akal;
  - c. Menjalin kerjasama dan komunikasi yang baik dengan pasien;
  - d. Menjalin kerjasama yang baik dan harmonis dengan tenaga kesehatan lainnya;
  - e. Memenuhi apa yang menurut etika dan hukum menjadi hak pasien;
  - f. Menghormati kepentingan-kepentingan lain dari pasien;
  - g. Menghormati kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat secara khusus dengan pasien;
  - h. Menerbitkan surat keterangan yang diperlukan bagi kepentingan pasien;
  - i. Menghormati kerahasiaan (konfidensialitas) medis pasien;
  - j. Memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya dan sejujur-jujurnya kepada pasien tentang kondisi kesehatannya dengan mempertimbangkan aspek psikologis;
  - k. Apabila karena sesuatu hal yang menyebabkan tidak dapat melaksanakan kewajiban menangani pasien untuk sementara waktu, maka wajib memberi tahu atau ijin kepada Direktur serta wajib menunjuk dokter penggantinya;
  - l. Dalam hal Staf Medis bekerja sebagai dokter mitra, maka sepenuhnya bertanggung gugat atas segala bentuk kerugian yang dialami oleh pasien sebagai akibat dari kesalahan medis yang dilakukannya kecuali ada kesepakatan tersendiri yang ditentukan lain.

## **Bagian Kedua**

### **Kewenangan Klinis**

#### **Pasal 37**

Ketentuan tentang kewenangan klinis bagi masing-masing dokter, termasuk prosedur pemberian dan pengakhiran Kewenangan Klinis (Clinical Privileges) diatur lebih lanjut oleh masing-masing kelompok staf medis di bawah koordinasi Komite Medis.

**Bagian Ketiga**  
**Pengorganisasian**

**Pasal 38**

- (1) Dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis (purna waktu dan paruh waktu) yang bekerja di unit pelayanan rumah sakit wajib menjadi anggota Staf Medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas, Staf Medis dikelompokkan sesuai spesialisasi atau keahliannya atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus.
- (3) Setiap Kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter.
- (4) Pengelompokan Staf Medis berdasarkan spesialisasi/keahlian adalah tenaga dokter dengan spesialisasi/keahlian yang sama dikelompokkan ke dalam 1 (satu) Kelompok Staf Medis.
- (5) Pengelompokan Staf Medis dengan cara lain dengan pertimbangan khusus dapat dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut :
  - a. Penggabungan tenaga dokter spesialis dengan spesialisasi/keahlian yang berbeda dilakukan karena jumlah dokter spesialis tersebut kurang dari 2 (dua) orang sehingga tidak memungkinkan untuk membentuk Staf Medis sendiri, dan dalam penggabungan harus memperhatikan kemiripan disiplin ilmu tersebut dan wajib diikuti dengan pembagian dan tugas dan wewenang yang jelas yang dituangkan di dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis rumah sakit.
  - b. Penggabungan tenaga dokter spesialis dengan memperhatikan tugas dan kewenangan dokter spesialis Rumah Sakit dilakukan karena jumlah dokter spesialis yang sangat terbatas, sehingga tidak memungkinkan masing-masing jenis spesialisasi keahlian membentuk Kelompok Staf Medis tersendiri. Karena itu rumah sakit hanya membentuk 2 (dua) Kelompok Staf Medis yaitu Kelompok Staf Medis bedah dan Kelompok Staf Medis Non Bedah. Dokter Spesialis yang melaksanakan tindakan medis operatif (misalnya dokter bedah, dokter obsgyn, dokter mata, dokter THT dan lain sebagainya) dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medis Bedah, sedangkan tenaga dokter yang hanya melaksanakan tindakan medis non operatif dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medis Non Bedah.
  - c. Pembentukan Staf Medis untuk Dokter Umum dapat dilakukan dengan membentuk kelompok Staf Medis Dokter Umum sendiri atau bergabung dengan kelompok staf medis dimana dokter umum memberikan pelayanan. Penggabungan dokter umum dengan dokter spesialis dapat dilakukan apabila jumlah dokter spesialis masih kurang sehingga tidak memungkinkan membentuk kelompok staf medis sendiri. Penggabungan dokter umum dan dokter spesialis harus diikuti dengan pembagian tugas dan kewenangan yang jelas dituangkan dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis rumah sakit.
  - d. Dokter gigi dapat menjadi Kelompok Staf Medis sendiri atau bergabung dengan kelompok staf medis bedah atau kelompok staf medis dokter umum-gigi. Penggabungan dilakukan apabila jumlah dokter gigi masih kurang dari 2 (dua) orang. Yang perlu diperhatikan, penggabungan dokter gigi dengan bidang spesialis lainnya wajib diikuti dengan pembagian tugas dan wewenang yang jelas yang dituangkan di dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis rumah sakit.

**Bagian Keempat**  
**Penempatan Dalam Kelompok Staf Medis**

**Pasal 39**

- (1) Penempatan para Dokter ke dalam Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 38 ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur atas usulan Komite Medis.
- (2) Dalam Surat Keputusan tersebut hendaknya dilengkapi dengan perjanjian kerja masing-masing dokter sehingga ada kejelasan tugas, fungsi dan kewenangannya.

**Bagian Kelima**  
**Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis**

**Pasal 40**

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- (2) Ketua Kelompok Staf Medis dapat dokter penuh waktu atau dokter paruh waktu.
- (3) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medis. Proses pemilihan ini wajib melibatkan Komite Medis dan Direktur. Setelah proses pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis selesai maka penetapan sebagai Ketua Kelompok Staf Medis disahkan dengan Surat keputusan Direktur.
- (4) Lama masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya berturut-turut.

**Bagian Keenam**  
**Tugas Fungsi Ketua Kelompok dan Hubungan kerja**

**Pasal 41**

- (1) Tugas Ketua Kelompok Staf Medis adalah menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja staf medis yang dipimpinnya.
- (2) Uraian tugas dan wewenang ditetapkan secara individu untuk masing-masing dokter.
- (3) Kelompok Staf Medis secara administratif bertanggung jawab kepada Direktur, sedangkan secara fungsional sebagai profesi bertanggung jawab kepada Komite Medis melalui Ketua Kelompok Staf Medis.

**Bagian Ketujuh**

**Penilaian**

**Pasal 42**

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif, misalnya mengenai disiplin kepegawaian, motivasi kerja dan lain sebagainya dilakukan oleh Direktur.

- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian, misalnya audit medis, *peer review*, disiplin profesi, etika profesi dan lain sebagainya dilakukan oleh Komite Medis.
- (3) Berdasarkan penilaian kinerja dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) staf medis yang memberikan pelayanan medik menetap di unit kerja tertentu secara fungsional profesi tetap menjadi tanggung jawab Komite Medis khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu, secara administrasi di bawah kepala Instalasi.

### **Bagian Kedelapan**

#### **Tugas dan Fungsi Staf Medis**

##### **Pasal 43**

- (1) Staf Medis mempunyai tugas :
  - a. Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan, dan mendokumentasikan dalam dokumen Rekam Medik;
  - b. Meningkatkan kemampuan profesinya melalui program pendidikan / pendidikan berkelanjutan;
  - c. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan;
  - d. Menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.
- (2) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Staf Medis mempunyai fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.

### **Bagian Kesembilan**

#### **Tanggung Jawab Staf Medis**

##### **Pasal 44**

- (1) Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis/*Sub Komite Kredensial* kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di Rumah Sakit yang diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*).
- (2) Melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif dilakukan melalui *peer review*, audit medis atau *program quality improvement*.
- (3) Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis/*Sub Komite Kredensial* kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang Dokter di Rumah Sakit yang diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*).
- (4) Memberikan kesempatan bagi para Dokter untuk mengikuti Pengembangan Profesi Berkelanjutan "*Continuing Professional Development*" (CPD), dan masing-masing kelompok staf medis wajib mempunyai program CPD bagi semua anggotanya.

- (5) Memberikan masukan kepada Direktur melalui Komite Medis hal-hal yang terkait dengan praktik kedokteran, kelompok Staf Medis mempunyai tanggung jawab memberikan masukan kepada Direktur mengenai hal-hal yang terkait dengan praktik kedokteran, misalnya mengenai perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, temuan terapi yang baru dan lain-lain.
- (6) Memberikan laporan melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur. Kelompok Staf Medis diharapkan dapat memberikan laporan secara teratur, minimal satu tahun sekali kepada Direktur melalui Komite Medis. Laporan tersebut antara lain meliputi hasil pemantauan indikator mutu klinik, hasil evaluasi kinerja praktek klinis, pelaksanaan program pengembangan staf dan lain-lain.
- (7) Melakukan perbaikan (*up-dating*) standar prosedur operasional dan dokumen terkait secara berkala sesuai dengan situasi dan kondisi.

### **Bagian Kesepuluh**

#### **Kewajiban Rumah Sakit**

##### **Pasal 45**

- (1) Rumah Sakit Menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medik yang terdiri dari :
  - a. Standar Prosedur Operasional di bidang administrasi/manajerial antara lain meliputi pengaturan tugas rawat jalan, pengaturan tugas rawat inap, pengaturan tugas jaga, pengaturan tugas rawat intensif, pengaturan tugas di kamar operasi, kamar bersalin dan lain sebagainya, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinik, presentasi kasus (kasus kematian, kasus sulit, kasus langka, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi, dan lain-lain. Penyusunan Standar Prosedur Operasional ini di bawah koordinasi Direktur.
  - b. Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis di bidang keilmuan/keprofesian adalah Standar Pelayanan Medis yang dibuat oleh Kelompok Staf Medis, antara lain meliputi tata cara pemeriksaan penyakit sampai dengan penatalaksanaan serta pemeriksaan penunjang yang diperlukan. Masing-masing kelompok Staf Medis menyusun Standar Pelayanan Medis minimal untuk 10 jenis penyakit.
- (2) Penyusunan Standar Prosedur Operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) di bawah koordinasi Komite Medis.
- (3) Menyusun indikator mutu klinik, masing-masing kelompok staf medis menyusun minimal 3 (tiga) indikator mutu *output* atau *outcome*.
- (4) Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.
- (5) Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien.
- (6) Merujuk pasien ke dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan.
- (7) Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal.
- (8) Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.

- (9) Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.
- (10) Menunjuk staf medis lain dalam keahlian yang sama sebagai pengganti apabila berhalangan, jika tidak harus dikonfirmasi kepada pasien yang bersangkutan.
- (11) Memberikan penjelasan secara lengkap kepada pasien sebelum tindakan disetujui pasien (informed consent).
- (12) Membuat rekam medis dan mematuhi petunjuk pelaksanaannya.
- (13) Menyelenggarakan pengendali mutu dan pengendali biaya.
- (14) Mematuhi kebijakan tentang obat dan formularium rumah sakit.

### **Bagian Kesebelas**

#### **Kerahasiaan dan Informasi Medis**

##### **Pasal 46**

- (1) Rumah Sakit :
  - a. Rumah Sakit berhak membuat peraturan yang berlaku sesuai dengan kondisi/ keadaan yang ada di Rumah Sakit.
  - b. Rumah sakit wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan peraturan yang berlaku.
  - c. Isi dokumen rekam medik dapat diberikan kepada pasien ataupun pihak lain atas izin pasien.
  - d. Isi dokumen rekam medik dapat diberikan untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dokter :
  - a. Mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya.
  - b. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.
  - c. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika.
- (3) Pasien :
  - a. Berhak mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur sikap tindakan sebagai pasien.
  - b. Memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya.
  - c. Mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis antara lain :
    - Diagnosis dan tata cara tindakan medis;
    - Tujuan tindakan medis yang dilakukan;
    - Alternatif tindakan lain dan resikonya;
    - Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
    - Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
  - d. Meminta konsultasi kepada dokter lain (*second opinion*) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya.

- e. Mendapatkan isi rekam medis.
- f. Membuka isi rekam medik untuk kepentingan peradilan.

**BAB IV**  
**PENUTUP**

**Pasal 47**

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Bupati ini, sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya diatur lebih lanjut oleh Direktur / Pemimpin BLUD-RSD.

**Pasal 48**

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Tanjung Selor  
pada tanggal 25 Agustus 2010

**BUPATI BULUNGAN,**

ttd.

**BUDIMAN ARIFIN**

Diundangkan di Tanjung Selor  
pada tanggal 25 Agustus 2010

**SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BULUNGAN,**

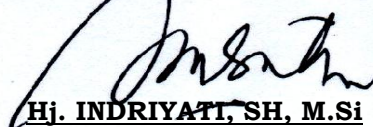
ttd.

**S U D J A T I**

BERITA DAERAH KABUPATEN BULUNGAN TAHUN 2010 NOMOR 22.

Salinan Sesuai dengan Aslinya

**KEPALA BAGIAN HUKUM,**



**Hj. INDRIYATI, SH, M.Si**

PEMBINA / IV a

Nip.19640328 199503 2001



<b>NO</b>	<b>N A M A</b>	<b>JABATAN</b>	<b>PARAF</b>
1	Drs.Liet Ingai, Msi	Wakil Bupati	
2	H. Sudjati, SH	Sekda	
3	Ir. H.A.Zaini Anwar, MM	Asisten Bidang Administrasi	
4	Hj. Indriyati ,SH, MSi	Kabag. Hukum	
5	dr. H. Sugeng Pranoto, S.p B.	Direktur RSD	