

Matriks Perbandingan

PERATURAN BUPATI SEMARANG NOMOR 64 TAHUN 2022 TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. GONDO SUWARNO SEBAGAIMANA TELAH DIUBAH DENGAN PERATURAN BUPATI SEMARANG NOMOR 56 TAHUN 2023 TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI SEMARANG NOMOR 64 TAHUN 2022 TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. GONDO SUWARNO

Peraturan Bupati Semarang Nomor 64 Tahun 2022 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gondo Suwarno	Peraturan Bupati Semarang Nomor 56 Tahun 2023 Tentang Perubahan Peraturan Bupati Semarang Nomor 64 Tahun 2022 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gondo Suwarno
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA	DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI SEMARANG,	BUPATI SEMARANG,
Menimbang:	Menimbang:
<p>a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan kinerja Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gondo Suwamo, perlu penyelenggaraan tata kelola Rumah Sakit yang baik;</p> <p>b. bahwa dalam rangka penyelenggaraan tata kelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menyusun peraturan internal Rumah Sakit yang mengatur peran dan fungsi pemerintah daerah selaku pemilik, pejabat pengelola, komite medis, staf keperawatan, Tenaga Kesehatan Lain, dan seluruh unsur yang ada di Rumah Sakit;</p> <p>c. bahwa Peraturan Bupati Semarang Nomor 106 Tahun 2018 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran sudah tidak sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan sehingga perlu untuk diganti;</p> <p>d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gondo Suwarno;</p>	<p>a. bahwa Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gondo Suwarno, telah ditetapkan dengan Peraturan Bupati Semarang Nomor 64 Tahun 2022 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gondo Suwarno;</p> <p>b. bahwa Peraturan Bupati Semarang sebagaimana dimaksud dalam huruf a, sudah tidak sesuai dengan kebutuhan yang ada sehingga perlu diubah;</p> <p>c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Nomor 64 Tahun 2022 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gondo Suwarno;</p>
Mengingat:	Mengingat:

<p>a. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;</p> <p>b. Undang-Undang Nomor 67 Tahun 1958 tentang Perubahan Batas-batas Wilayah Kotapraja Salatiga Dan Daerah Swatantra Tingkat II Semarang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 118, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1652);</p> <p>c. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lernbaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);</p> <p>d. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);</p> <p>e. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);</p> <p>f. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);</p> <p>g. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);</p> <p>h. 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 beberapa kali diubah terakhir dengan UndangUndang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);</p> <p>i. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 ten tang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik</p>	<p>1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;</p> <p>2. Undang-Undang Nomor 67 Tahun 1958 tentang Perubahan Batas-batas Wilayah Kotapraja Salatiga Dan Daerah Swatantra Tingkat II Semarang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 118, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1652);</p> <p>3. 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 beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 Tentang Cipta Kerja Menjadi UndangUndang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);</p> <p>4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);</p> <p>5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);</p> <p>6. Peraturan Pemerintah Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);</p> <p>7. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor</p>
--	---

<p>Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);</p> <p>j. 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 4502);</p> <p>k. Peraturan Pemerintah Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);</p> <p>l. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);</p> <p>m. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perumhaskitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);</p> <p>n. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);</p> <p>o. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79. Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);</p> <p>p. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416);</p>	<p>114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);</p> <p>8. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumhaskitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);</p> <p>9. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);</p> <p>10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);</p> <p>11. Peraturan Daerah Nomor 21 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Semarang (Lembaran Daerah Kabupaten Semarang Tahun 2016 Nomor 21, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Semarang nomor 20) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Semarang Nomor 2 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Nomor 21 Tahun 2016 (Lembaran Daerah Kabupaten Semarang Tahun 2023 Nomor 2);</p>
---	---

<p>q. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);</p> <p>r. Peraturan Daerah Nomor 21 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Semarang [Lembaran Daerah Kabupaten Semarang Tahun 2016 Nomor 21, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Semarang nomor 20) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Nomor 13 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 21 Tahun 2016 (Lembaran Daerah Kabupaten Semarang Tahun 2020 Nomor 13, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 10);</p> <p>s. Peraturan Bupati Semarang Nomor 77 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan pada Badan Layanan Umum Daerah di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Semarang (Berita Daerah Kabupaten Semarang Tahun 2010 Nomor 77);</p>	
<p style="text-align: center;">MEMUTUSKAN :</p> <p>Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. GONDO SUWARNO</p>	<p style="text-align: center;">MEMUTUSKAN :</p> <p>Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI NOMOR 64 TAHUN 2022 TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. GONDO SUWARNO</p>
	<p style="text-align: center;">Pasal I</p> <p>Ketentuan ayat (2) dan ayat (3) Pasal 10 dalam Peraturan Bupati Nomor 64 Tahun 2022 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gonda Suwarno (Berita Daerah Kabupaten Semarang Tahun 2022 Nomor 66) diubah sehingga berbunyi sebagai berikut:</p>
<p style="text-align: center;">BAB I KETENTUAN UMUM</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 1</p> <p>Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:</p> <p>1. Daerah adalah Kabupaten Semarang.</p>	

2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Semarang.
4. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
5. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gondo Suwamo yang selanjutnya disebut. RSUD dr. Gondo Suwarno merupakan Rumah Sakit Daerah Milik Pemerintah Daerah yang sudah ditetapkan sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus dan sebagai Badan Layanan Umum Daerah dengan status penuh.
6. Unit Organisasi Bersifat Khusus yang selanjutnya disingkat UOBK adalah Rumah Sakit Daerah yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
7. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gondo Suwarno.
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah 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 efisiensi dan produktivitas.
9. Rencana Strategis yang selanjutnya disebut Renstra adalah dokumen perencanaan BLUD untuk periode 5 (lima) tahunan.
10. 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 Satuan Kerja Perangkat Daerah.

11. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sepagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
12. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah Peraturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit, meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
13. Tata Kelola Korporasi (*Corporate By Laws*) adalah peraturan internal Rumah Sakit yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan Staf Medis beserta fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing.
14. Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) adalah peraturan internal yang mengatur fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari staf tnedis di Rumah Sakit.
15. Dewan Pengawas adalah suatu badan yang melakukan pengawasan terhadap operasional Rumah Sakit yang dibentuk dengan keputusan Bupati atas usulan Direktur yang anggotanya harus memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
16. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.

17. Jabatan struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri atas Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.
18. Jabatan fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak seseorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
19. Pejabat pengelola BLUD adalah pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri atas pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada BLUD yang bersangkutan.
20. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
21. Staf medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan Rumah Sakit.
22. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
23. Unit kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit, dan lain-lain.
24. Komite Medis adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tatakelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
25. 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.
26. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis yang diberikan oleh Direktur untuk melakukan sederetan pelayanan medis tertentu dalam Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
 27. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis (*white paper*) yang telah ditetapkan baginya.
 28. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
 29. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
 30. Komite Etik Rumah Sakit adalah suatu perangkat organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit untuk membantu pimpinan Rumah Sakit dalam melaksanakan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI).
 31. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
 32. Dokter mitra adalah dokter yang direkrut oleh Rumah Sakit karena keahliannya, berkedudukan setingkat dengan Rumah Sakit, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional sesuai kesepakatan atau ketentuan Rumah Sakit.
 33. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang selanjutnya disingkat DPJP adalah seorang dokter, sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap (paket)

<p>kepada satu pasien dengan satu patologi/ penyakit, dari awal sampai akhir perawatan di Rumah Sakit, baik pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap.</p> <p>34. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang di perlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di RSUD dr. Gondo Suwamo yang diperlakukan sebagai "yang terhormat".</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedua Maksud dan Tujuan</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 2</p> <p>Peraturan Bupati ini dimaksudkan sebagai acuan bagi RSUD dalam penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 3</p> <p>Tujuan penyusunan Peraturan Bupati ini adalah memberikan pemahaman dalam mengatur hubungan Pemilik, Pengelola, Komite, Satuan Pemeriksa Internal sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat berjalan secara efektif, efisien dan berkualitas.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketiga Prinsip</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 4</p> <p>(1) Tata Kelola Rumah Sakit merupakan peraturan dasar Rumah Sakit, yang di dalamnya memuat:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. struktur organisasi; b. prosedur kerja; c. pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan d. pengelolaan sumber daya manusia. <p>(2) Tata Kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. transparansi; b. akuntabilitas; c. resposibilitas; dan 	

d. independensi.	
<p style="text-align: center;">Pasal 5</p> <p>(1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.</p> <p>(3) Pengelompokan fungsi logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 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.</p> <p>(4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 6</p> <p>(1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan serta dapat menumbuhkan kepercayaan.</p> <p>(2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.</p> <p>(3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan</p>	

<p>organisasi terhadap bisnis yang sehat serta peraturan perundang-undangan.</p> <p>(4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.</p>	
<p>Pasal 7</p> <p>Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen SDM, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.</p>	
<p>Bagian Keempat</p> <p>Ruang Lingkup</p>	
<p>Pasal 8</p> <p>Ruang lingkup Peraturan Bupati ini, meliputi:</p> <p>a. Tata Kelola Korporasi; dan</p> <p>b. Tata Kelola Staf Medis</p>	
<p>BAB II</p> <p>TATA KELOLA KORPORASI</p>	
<p>Bagian Kesatu</p> <p>Identitas</p>	
<p>Pasal 9</p> <p>(1) Nama Rumah Sakit adalah RSUD dr. Gondo Suwarno.</p> <p>(2) RSUD dr. Gondo Suwarno merupakan UOBK di lingkungan Pemerintah Daerah untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan Kesehatan Daerah.</p> <p>(3) Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum.</p> <p>(4) Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C</p> <p>(5) Alamat Rumah Sakit adalah di Jl. Diponegoro No. 125 Ungaran.</p>	

(6) Logo Rumah Sakit dan arti logo tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.	
Bagian Kedua Falsafah, Visi, Misi, Tujuan Strategis dan Nilai-nilai Dasar	
<p style="text-align: center;">Pasal 10</p> <p>(1) Filosofi RSUD adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. kesembuhan, keselamatan dan kepuasan pelanggan adalah kebahagiaan kami; b. keterbukaan, kerjasama, profesional dan kesejahteraan sumber daya manusia merupakan modal utama untuk menghasilkan produk jasa yang bermutu; dan c. pelayanan kesehatan yang spesifik akan menambah daya tarik pelanggan. <p>(2) Visi Rumah Sakit adalah menjadi Rumah Sakit yang menjadi pilihan utama masyarakat dalam memperoleh pelayanan Rumah Sakit.</p> <p>(3) Misi Rumah Sakit adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. mewujudkan peningkatan mutu dan keselamatan pasien; b. mewujudkan pelayanan prima; c. mewujudkan pelayanan Rumah Sakit yang komprehensif dan terjangkau serta berdaya saing; d. mewujudkan budaya kerja yang berlandaskan pengabdian, keikhlasan, disiplin serta profesionalisme; dan e. mewujudkan pelayanan yang bermutu perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan/kedokteran. <p>(4) Tujuan Strategis:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dengan: <ol style="list-style-type: none"> 1. sinkronisasi antara kebijakan nasional dan daerah; 2. meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialis dan paramedis disertai dengan peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan; 	<p style="text-align: center;">Pasal 10</p> <p>(1) Filosofi RSUD adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. kesembuhan, keselamatan dan kepuasan pelanggan adalah kebahagiaan kami; b. keterbukaan, kerjasama, profesional dan kesejahteraan sumber daya manusia merupakan modal utama untuk menghasilkan produk jasa yang bermutu; dan c. pelayanan kesehatan yang spesifik akan menambah daya tarik pelanggan. <p>(2) Visi Rumah Sakit adalah menjadi Rumah Sakit pilihan utama masyarakat dalam memperoleh pelayanan dan menjadi Rumah Sakit Pendidikan yang mandiri, inovatif serta pelopor pengembangan ilmu pengetahuan, teknologi dalam pendidikan, penelitian, dan pelayanan.</p> <p>(3) Misi Rumah Sakit adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. mewujudkan peningkatan mutu dan keselamatan pasien; b. mewujudkan pelayanan prima; c. mewujudkan pelayanan Rumah Sakit yang komprehensif dan terjangkau serta berdaya saing; d. mewujudkan budaya kerja yang berlandaskan pengabdian, keikhlasan, disiplin serta profesionalisme; dan e. mewujudkan pelayanan yang bermutu dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan/kedokteran. f. menyelenggarakan dan mengembangkan pendidikan dan pelatihan profesi di bidang kedokteran dan kesehatan, teknologi kesehatan dan administrasi Rumah sakit.

<p>3. mengembangkan, menambah dan memelihara sarana dan prasarana peralatan medis (<i>medical equipment</i>), utamanya yang berkaitan dengan teknologi tinggi;</p> <p>4. meningkatkan pelayanan dengan membuka spesialis/ sub spesialis dan melengkapi sarana dan prasarana secara mencukupi;</p> <p>5. peningkatan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efisiensi serta melakukan kerjasama dengan pelayanan kesehatan lokal dan nasional;</p> <p>6. melakukan efisiensi dan efektifitas pelayanan pada semua unit kerja dan unit kegiatan; dan</p> <p>7. melaksanakan akuntabilitas pelayanan dengan secara berkesinambungan melakukan audit medis, audit keuangan dan gugus kendali mutu.</p> <p>b. meningkatkan tata kelola penyelenggaraan pelayanan publik.</p> <p>(5) Nilai dasar adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> kejujuran; kerja keras; kerendahan hati; kesediaan melayani; integritas; dan profesionalisme. 	<p>g. menyelenggarakan dan mengembangkan penelitian, inovasi di bidang kedokteran dan kesehatan, teknologi kesehatan dan administrasi Rumah Sakit.</p> <p>(4) Tujuan Strategis:</p> <ol style="list-style-type: none"> meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dengan: <ol style="list-style-type: none"> sinkronisasi antara kebijakan nasional dan daerah; meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialisik dan paramedis disertai dengan peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan; mengembangkan, menambah dan memelihara sarana dan prasarana peralatan medis (<i>medical equipment</i>), utamanya yang berkaitan dengan teknologi tinggi meningkatkan pelayanan dengan membuka spesialis/sub spesialis dan melengkapi sarana dan prasarana secara mencukupi; peningkatan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efisiensi serta melakukan kerjasama dengan pelayanan kesehatan lokal dan nasional; melakukan efisiensi dan efektifitas pelayanan pada semua unit kerja dan unit kegiatan; dan melaksanakan akuntabilitas pelayanan dengan secara berkesinambungan melakukan audit medis, audit keuangan dan gugus kendali mutu, meningkatkan tata kelola penyelenggaraan pelayanan publik. <p>(5) Nilai dasar adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> kejujuran; kerja keras; kerendahan hati; kesediaan melayani; integritas; dan profesionalisme.
--	--

<p style="text-align: center;">Bagian Ketiga Kedudukan, Tugas Pokok, Fungsi dan Tata hubungan kerja Serta Susunan Organisasi Rumah Sakit</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 11</p> <p>(1) Kedudukan Rumah Sakit:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. RSUD dr. Gondo Suwarno adalah fasilitas pelayanan kesehatan milik Kabupaten Semarang dengan karakteristik dan organisasi yang bersifat khusus untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan daerah; b. RSUD dr. Gondo Suwarno dipimpin oleh Direktur yang merupakan seorang tenaga medis dan memiliki kemampuan serta keahlian di bidang perumahsakitian; c. Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b bertanggungjawab kepada Kepala Dinas yang dilaksanakan melalui penyampaian laporan keuangan, laporan penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah dan laporan bidang kepegawaian; dan d. Penyampaian laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) c digunakan untuk sinkronisasi perencanaan dan pencapaian hasil pembangunan kesehatan daerah <p>(2) Rumah Sakit mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.</p> <p>(3) Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Rumah Sakit Daerah dr. Gondo Suwarno mempunyai fungsi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pengoordinasian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi; b. penetapan kebijakan penyelenggaraan RSUD dr. Gondo Suwarno sesuai dengan kewenangannya; c. penyelenggaraan tugas dan fungsi RSUD dr. Gondo Suwarno; 	

<ul style="list-style-type: none"> d. pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi organisasi; e. pelaksanaan evaluasi, pencatatan, dan pelaporan; dan f. pelaksanaan fungsi lain yang berkaitan dengan tugasnya. <p>(4) Tata Hubungan Kerja Rumah Sakit:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. sebagai organisasi yang bersifat khusus, hubungan kerja antara RSUD dr. Gondo Suwarno dengan Dinas Kesehatan bersifat koordinasi; b. koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) a dilaksanakan dalam rangka sinkronisasi petumusan kebijakan dan pelaksanaan program kesehatan daerah; c. perumusan kebijakan dan pelaksanaan program kesehatan daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (5)b merupakan bagian dari tugas dan fungsi Dinas Kesehatan sebagai penyelenggara urusan pemerintahan bidang Kesehatan. <p>(5) Susunan organisasi RSUD dr. Gondo Suwarno:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Direktur; b. Bagian Tata Usaha, membawahi: <ul style="list-style-type: none"> 1. Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan; dan 2. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian; c. Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Medik, membawahi: <ul style="list-style-type: none"> 1. Seksi Pelayanan Medik; dan 2. Seksi Penunjang Medik; d. Bidang Keperawatan dan Penunjang Non Medik: <ul style="list-style-type: none"> 1. Seksi keperawatan; dan 2. Seksi Penunjang Non Medik; e. Bidang Sarana dan Sanitasi: <ul style="list-style-type: none"> 1. Seksi Sarana; dan 2. Seksi Sanitasi; 	
--	--

<p>(6) Bagan struktur organisasi RSUD dr. Gondo Suwarno tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keempat Kedudukan Bupati</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 12</p> <p>(1) Bupati sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggungjawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan Rumah Sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat</p> <p>(2) Susunan organisasi pemilik terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Bupati; dan b. Dewan Pengawas mengoordinasi 2 (dua) orang anggota dan satu orang sekretaris bukan anggota. <p>(3) Bagan struktur organisasi pemilik RSUD dr. Gondo Suwarno tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.</p> <p>(4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati berwenang:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku Representasi Pemilik; b. mengesahkan Tata Kelola Rumah Sakit; c. mengesahkan Rencana Strategis RSUD dr. Gondo Suwarno sebagai UOBK yang berstatus BLUD penuh; d. mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran melalui Pejabat yang ditunjuk yaitu Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) dengan diketahui Dewan Pengawas; e. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai peraturan yang berlaku; f. mengevaluasi kinerja pejabat pengelola baik kinerja keuangan, maupun non keuangan 1 (satu) kali dalam satu tahun melalui Institusi yang ditunjuk; 	

<p>g. menyetujui, menetapkan, dan mengesahkan Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, dan Nilai-nilai Dasar;</p> <p>h. menyediakan anggaran operasional dan sumber daya lain. yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis Rumah Sakit;</p> <p>i. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumberdaya rrtanusia Rumah Sakit;</p> <p>j. memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit; dan</p> <p>k. mendelegasikan sebagian tugas kepada Direktur tentang kebijakan dan prosedur tata kelola Rumah Sakit, tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien, hak dan kewajiban Rumah Sakit, mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi dan peraturan perundang undangan.</p> <p>(5) Bupati bertanggungjawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit, yang setelah diaudit secara independen, bukan disebabkan oleh kesalahan dalam pengelolaan.</p> <p>(6) Bupati bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/ atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kelima Dewan Pengawas</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 1 Pembentukan Dewan Pengawas</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 13</p> <p>(1) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.</p> <p>(2) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang dan salah seorang diantaranya ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.</p>	

<p>(3) Evaluasi kinerja Dewan Pengawas dilakukari berdasarkan penilaian kinerja dilaksanakan setiap tahun sekali dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. sasaran kerja; dan b. perilaku kerja meliputi Orientasi Pelayanan, Integritas, Komitmen, Disiplin, Kerjasama, Kepemimpinan. 	
<p style="text-align: center;">Paragraf 2 Tugas, Kewajiban dan Wewenang Dewan Pengawas</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 14</p> <p>(1) Dewan Pengawas bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(2) Dewan Pengawas berkewajiban:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. menyetujui dan mengkaji visi misi Rumah Sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi Rumah Sakit; b. menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional Rumah Sakit yang diperlukan untuk berjalannya Rumah Sakit sehari-hari; c. menyetujui partisipasi Rumah Sakit dalam pendidikan professional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program program tersebut; d. menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis Rumah Sakit; e. melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan; f. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui; g. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus 	

<p>dilaksanakan dan hasilnya dievaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis; dan</p> <p>h. melakukan pengkajian laporan Manajemen Resiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya dievaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.</p> <p>(3) Dewan Pengawas berwenang memberi persetujuan, menerima dan memberikan <i>feedback</i> atas program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkala.</p> <p>(4) Dewan Pengawas memberi persetujuan dan menerima laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. laporan capaian indikator dan analisisnya setiap 3 (tiga) bulan; b. laporan kejadian tidak diharapkan setiap 6 (enam) bulan; c. laporan kejadian sentinel setiap ada kejadian dan laporan ulang setelah kejadian sentinel. <p>(5) Dewan Pengawas menindaklanjuti laporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien berupa disposisi melakukan rapat pembahasan rencana perbaikan penambahan anggaran tenaga dan/ atau fasilitas.</p> <p>(6) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala melalui Sekretaris Daerah paling sedikit 2 (dua) kali dalam satu tahun dan sewaktu-waktu diperlukan.</p>	
<p>Paragraf 3 Keanggotaan Dewan Pengawas</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 15</p> <p>(1) Anggota Dewan Pengawas terdiri atas unsur:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pejabat Organisasi Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan BLUD; b. pejabat Organisasi Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan 	

<p>c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.</p> <p>(2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola.</p> <p>(3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota Dewan Pengawas, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. sehat jasmani dan rohani; b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD; c. memahami penyelenggaraan Pemerintahan Daerah; d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD; e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya; f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu); g. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit; h. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan i. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon Kepala Daerah atau calon Wakil Kepala Daerah, dan/atau calon anggota legislatif. 	
<p>Paragraf 4 Masa Jabatan Dewan Pengawas</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 16</p> <p>(1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.</p> <p>(2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati.</p> <p>(3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) apabila:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik; 	

<ul style="list-style-type: none"> b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan; c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; atau d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/ atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit. 	
<p style="text-align: center;">Paragraf 5 Sekretaris Dewan Pengawas</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 17</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Bupati dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas. (2) Sekretaris Dewan Pengawas bukan merupakan anggota Dewan Pengawas. 	
<p style="text-align: center;">Paragraf 6 Biaya Dewan Pengawas</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 18</p> <p>Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keenam Pejabat Pengelola</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 1 Komposisi Pejabat Pengelola</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 19</p> <p>Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah Pimpinan Rumah Sakit yang bertanggungjawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit, terdiri atas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pemimpin, selanjutnya disebut Direktur; b. pejabat Keuangan, selanjutnya disebut Kepala Bagian Tata Usaha; dan 	

c. pejabat Teknis, yang terdiri atas Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Medik, Kepala Bidang Keperawatan dan Penunjang Non Medik dan Kepala Bidang Sarana dan Sanitasi.	
Pasal 20 Direktur bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan.	
Pasal 21 Semua pejabat pengelola di bawah Direktur bertanggungjawab kepada Direktur sesuai bidang masing-masing.	
Pasal 22 (1) Komposisi pejabat pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan. (2) Perubahan komposisi pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati.	
Paragraf 2 Pengangkatan Pejabat Pengelola	
Pasal 23 (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat pengelola ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat. (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan. (3) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit. (4) Pejabat pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati. (5) Pimpinan Rumah Sakit atau Direktur dinilai kinerjanya oleh Bupati minimal 1 (satu) tahun sekali.	

<p style="text-align: center;">Pasal 24</p> <p>(1) Dalam hal Direktur berasal dari unsur Aparatur Sipil Negara, yang bersangkutan merupakan Pengguna Anggaran dan Pengguna Barang Milik Daerah.</p> <p>(2) Dalam hal Direktur berasal dari unsur Non Aparatur Sipil Negara, yang bersangkutan bukan merupakan Pengguna Anggaran dan Pengguna Barang Milik Daerah.</p> <p>(3) Dalam hal Direktur bukan Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (2), yang menjadi pengguna anggaran dan barang daerah adalah Pejabat Keuangan yang berasal dari unsur Aparatur Sipil Negara</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 3</p> <p style="text-align: center;">Persyaratan menjadi Direktur dan Pejabat Pengelola</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 25</p> <p>Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. seorang Dokter atau Dokter Gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian; b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit; c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit; d. berstatus Aparatur Sipil Negara atau Non Aparatur Sipil Negara; e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit; dan f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus sebagai Aparatur Sipil Negara: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pangkat golongan paling rendah Pembina (IV/ A); 2. telah mengikuti dan lulus Pendidikan dan Pelatihan Pimpinan; 3. semua unsur penilaian DP3 bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir; dan 	

4. berusia paling tinggi 2 (dua) tahun sebelum batas pensiun.	
<p style="text-align: center;">Pasal 26</p> <p>Syarat untuk dapat diangkat menjadi Pejabat Pengelola Keuangan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bagian umum, keuangan dan/ atau akuntansi; b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan usaha guna kemandirian keuangan; c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan administrasi Rumah Sakit; d. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit; e. berstatus Aparatur Sipil Negara; f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di Rumah Sakit; dan g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pangkat golongan paling rendah Pembina (IV/ A); 2. Telah mengikuti dan lulus Pendidikan dan Pelatihan Pimpinan; dan 3. Berpendidikan paling rendah Sarjana/Strata I (SI). 	
<p style="text-align: center;">Pasal 27</p> <p>Syarat untuk dapat diangkat menjadi Pejabat Teknis adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan; b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional; c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit; 	

<p>d. berstatus sebagai Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil;</p> <p>e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit; dan</p> <p>f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pangkat golongan minimal Pembina (IV/ A); 2. telah mengikuti dan lulus Pendidikan dan Pelatihan Pimpinan; dan 3. berpendidikan minimal Sarjana/Strata I (SI). 	
<p>Paragraf 4 Pemberhentian Direktur dan Pejabat Pengelola</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 28</p> <p>Direktur dan Pejabat Pengelola dapat diberhentikan karena:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. meninggal dunia; b. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut; c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik; d. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan; e. mengundurkan diri karena alasan yang patut; f. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih. 	
<p>Paragraf 5 Tugas dan Kewajiban, Kewenangan, serta Tanggungjawab Direktur</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 29</p> <p>Direktur mempunyai tugas, tanggung jawab dan wewenang:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. mematuhi perundang undangan yang berlaku; b. menjalankan visi dan misi Rumah Sakit yang telah ditetapkan; c. menetapkan kebijakan Rumah Sakit; d. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator; 	

<ul style="list-style-type: none"> e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya; f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada Representatif pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapat persetujuan; g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit yang perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di Rumah Sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas Rumah Sakit; h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Representasi pemilik/ Dewan Pengawas; i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Representasi pemilik / Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan. 	
<p>Paragraf 6 Tugas dan Kewajiban Pejabat Pengelola</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 30</p> <p>Kapala Bagian Tata Usaha bertugas dan berkewajiban:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. menyusun program kerja dan anggaran bagaian tata usaha berdasarkan rangkuman rencana kegiatan subbagian; b. membagi tugas kepada bawahan dan mengarahkan pelaksanaan kegiatan; c. mengkoordinasikan penyusunan program kerja RSUD dr. Gondo Suwarno; d. mengkoordinasikan penyusunan rencana kerja dan anggaran dengan seluruh bidang di lingkungan RSUD dr. Gondo Suwarno; e. mengoordinasikan penyelenggaraan pengelolaan keuangan, perencanaan program, pengelolaan data elektronik dan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit serta inovasi pelayanan publik; 	

<ul style="list-style-type: none"> f. menyelenggarakan kegiatan administrasi umum, kepegawaian, kearsipan, perpustakaan, peningkatan kapasitas sumber daya manusia Rumah Sakit, humas dan keamanan, pengelolaan rumah tangga kantor, perbendaharaan barang dan aset, pelayanan hukum dan kemitraan serta penelitian dan pengembangan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan guna kelancaran tugas; g. mengoordinasikan penyelesaian tindak lanjut hasil pemeriksaan; h. mengoordinasikan penyusunan, pelaksanaan dan pengevaluasian standar operasional prosedur dan/ atau standar pelayanan sesuai bidang tugasnya; i. mengoordinasikan pelaporan analisis jabatan, analisis beban kerja dan evaluasi jabatan; j. mengoordinasikan laporan hasil penerapan dan pencapaian standar pelayanan minimal Rumah Sakit; k. mengoordinasikan pelaksanaan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia; l. mengoordinasikan penyusunan laporan pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan RSUD dr. Gondo Suwarno; m. evaluasi pelaksanaan kegiatan melaksanakan monitoring dan ketatausahaan; n. menyusun laporan pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan ketatausahaan; o. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan guna kelancaran pelaksanaan kegiatan; dan p. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 31</p> <p>Tugas dan kewajiban Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Medik adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mempunyai program kerja dan anggaran bidang pelayanan dan penunjang medik; 	

<ul style="list-style-type: none"> b. membagi tugas kepada bawahan dan mengarahkan pelaksanaan kegiatan; c. merumuskan kebijakan teknis di bidang pelayanan medik dan penunjang medik; d. mengoordinasikan pelaksanaan kegiatan bidang pelayanan medik di instalasi rawat jalan, instalasi gawat darurat, instalasi farmasi, instalasi bedah sentral, instalasi hemodialisa, instalasi <i>intensive care unit</i>, dan instalasi rehabilitasi medik; e. mengoordinasikan pelaksanaan kegiatan bidang penunjang medik di instalasi radiologi, instalasi laboratorium, pelayanan darah, instalasi gizi, dan instalasi rekam medis; f. merumuskan kebijakan teknis penilaian mutu dan pengawasan pelayanan medik dan penunjang medik; g. merumuskan kebijakan teknis rencana kebutuhan sarana dan prasarana medis dan rekam medis; h. merumuskan kebijakan teknis pengelolaan tenaga medis dan tenaga penunjang lainnya; i. melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan tugas bidang pelayanan dan penunjang medik; j. menyusun laporan pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan bidang pelayanan dan penunjang medik; k. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan l. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan 	
<p style="text-align: center;">Pasal 32</p> <p>Tugas dan kewajiban Kepala Bidang Keperawatan dan Penunjang Non Medik adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. menyusun program kerja dan anggaran bidang keperawatan dan penunjang non medik; 	

<ul style="list-style-type: none"> b. membagi tugas kepada bawahan dan mengarahkan pelaksanaan kegiatan; c. mengoordinasikan pelaksanaan kegiatan keperawatan, kebidanan dan penunjang non medik; d. merurnuskan kebijakan teknis bimbingan dan asuhan keperawatan dan kebidanan; e. merumuskan kebijakan teknis pelayanan dan pengembangan keperawatan; f. merumuskan kebijakan teknis rencana kebutuhan sarana dan prasarana serta tenaga keperawatan dan kebidanan; g. merumuskan kebijakan teknis penilaian standar mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan; h. menyelenggarakan kegiatan di bidang keperawatan dan penunjang non medik; i. mengoordinasikan pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan rawat inap dan central sterile supply departemeni, dan pelayanan pengaduan publik; j. mengoordinasikan pelayanan penunjang non medik meliputi pemulasaraan jenazah, pelayanan ambulans, pelayanan perijinan dan pelayanan diklat dan magang; k. mengoordinasikan pelaksanaan peningkatan mutu Rumah Sakit; l. melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan tugas bidang keperawatan dan penunjang non medik; m. inenyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan n. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan ketentuan Perundang-undangan. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 33</p> <p>Tugas dan kewajiban Kepala Bidang Sarana dan Sanitasi adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. menyusun program kerja dan anggaran bidang sarana dan sanitasi; 	

<ul style="list-style-type: none"> b. membagi tugas kepada bawahan dan mengarahkan pelaksanaan kegiatan; c. mengoordinasikan pelaksanaan kegiatan bidang sarana dan sanitasi; d. merumuskan kebijakan teknis pengadaan sarana, prasarana dan alat-alat kesehatan; e. merumuskan kebijakan teknis kalibrasi, pemeliharaan sarana, prasarana alat-alat kesehatan; f. merumuskan kebijakan teknis keamanan, kesehatan dan keselamatan kerja; g. merumuskan kebijakan teknis pengelolaan limbah, sampah medis dan sampah domestik serta limbah berbahaya; h. merumuskan kebijakan teknis pengelolaan sanitasi ruang, sterilisasi ruang dan linen; i. melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan bidang sarana dan sanitasi; j. menyusun laporan pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan bidang sarana dan sanitasi; k. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan l. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan, 	
<p>Bagian Ketujuh Organisasi Pelaksana</p>	
<p>Paragraf 1 Instalasi</p>	
<p>Pasal 34</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Guna memungkinkan terselenggaranya kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan fungsional. (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur. 	

<p>(3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.</p> <p>(4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.</p> <p>(5) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/ atau tenaga non fungsional.</p> <p>(6) Kualifikasi Kepala Instalasi diatur dalam kebijakan Direktur tentang pedoman pengorganisasian di masing-masing instalasi.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 35</p> <p>(1) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.</p> <p>(2) Pembentukan dan perubahan jumlah maupun jenis instalasi wajib dilaporkan secara tertulis kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 36</p> <p>Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 2 Staf Fungsional</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 37</p> <p>(1) Staf Fungsional terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Staf Medik Fungsional; b. Staf Keperawatan Fungsional; dan c. Staf Fungsional Lainnya. <p>(2) Staf Medik Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan kelompok profesi medik terdiri atas dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang melaksanakan tugas profesi meliputi diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan di instalasi dalam jabatan fungsional.</p>	

<p>(3) Staf Keperawatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kelompok profesi keperawatan yang melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan keperawatan di instalasi dalam jabatan fungsional.</p> <p>(4) Staf Fungsional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan tenaga fungsional di luar tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(5) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.</p> <p>(6) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(7) Dalam melaksanakan tugas, staf fungsional dikelompokkan berdasarkan bidang keahliannya.</p> <p>(8) Ketentuan lebih lanjut mengenai staf fungsional diatur oleh Direktur.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedelapan Organisasi Pendukung</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 1 Komite</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 38</p> <p>(1) Komite merupakan wadah non struktural yang terdiri atas tenaga ahli atau profesi, dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direksi dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan Rumah Sakit.</p> <p>(2) Pembentukan komite Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit.</p> <p>(3) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.</p> <p>(4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.</p> <p>(5) Ketentuan lebih lanjut mengenai komite diatur oleh Direktur.</p>	

Paragraf 2 Satuan Pengawas Intern	
Pasal 39 (1) Guna membantu Direktur dalam bidang pengawasan internal dan monitoring dibentuk Satuan Pengawas Intern. (2) Satuan Pengawas Intern dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur, (3) Satuan Pengawas Intern berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.	
Pasal 40 Satuan Pengawas Intern sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 ayat (1) bertanggungjawab memberikan penilaian secara independen kepada manajemen mengenai kecukupan maupun implementasi pengendalian internal pada semua aktivitas di Rumah Sakit.	
Pasal 41 Ruang lingkup penilaian Satuan Pengawas Internal meliputi: a. aspek-aspek untuk menjamin keamanan aset Rumah Sakit; b. kehandalan dan integritas dari informasi keuangan dan pelayanan; c. efisiensi penggunaan sumber daya; d. hasil aktivitas Rumah Sakit guna memastikan aktivitas yang dilakukan konsisten dengan tujuan Rumah Sakit; dan e. aspek yang dapat mengoptimalkan berfungsinya pengendalian internal dengan memberikan saran konstruktif dan protektif agar tujuan Rumah Sakit dapat tercapai.	
Pasal 42 Satuan Pengawas Intern dalam melaksanakan tanggungjawabnya berwenang: a. melakukan pengkajian ulang pengendalian internal secara independent; b. mendapatkan semua catatan, informasi yang berkaitan langsung dengan karyawan dan sumber lain;	

<p>c. menentukan ruang lingkup, metode, cara, teknik, pendekatan dan frekuensi audit internal secara independen;</p> <p>d. melaporkan secara langsung kepada Direktur dan/ atau Dewan Pengawas atas setiap hambatan akses data dan konfirmasi; dan</p> <p>e. menyampaikan kepada Direktur dan/ atau Dewan Pengawas setiap kegagalan untuk mengambil tindakan koreksi atau kegagalan manajemen dalam melaksanakan tanggungjawabnya.</p>	
<p>Bagian Kesembilan Tata Kerja Pasal 43</p> <p>Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan unit/ instalasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (cross functional approach) secara vertikal dan horisontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.</p>	
<p>Pasal 44</p> <p>Setiap pimpnan satuan unit/ instalasi mengawasi bawahannya masingmasing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>	
<p>Pasal 45</p> <p>Setiap pimpinan unit/ instalasi bertanggungjawab memimpin dan mengoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.</p>	
<p>Pasal 46</p> <p>Setiap pimpinan unit/ instalasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.</p>	
<p>Pasal 47</p> <p>Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan unit/ instalasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk</p>	

menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahannya.	
Pasal 48 Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Seksi, Kepala Unit/ Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.	
Pasal 49 Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada unit/ instalasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.	
Pasal 50 Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan unit/ instalasi dibantu oleh seluruh anggota unit/ instalasi di bawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan masing-masing wajib mengadakan rapat berkala.	
Bagian Kesepuluh Pengelolaan Sumber Daya Manusia	
Paragraf 1 Tujuan Pengelolaan	
Pasal 51 Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan cian kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien.	
Paragraf 2 Pegawai Rumah Sakit	
Pasal 52 (1) Penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dilaksanakan oleh tenaga Rumah Sakit yang meliputi tenaga medis, paramedis, tenaga kesehatan lain dan tenaga non medis.	

<p>(2) Tenaga Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil dan pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil.</p> <p>(3) Ketentuan mengenai tenaga medis, paramedis, tenaga kesehatan lain dan tenaga non medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 3 Pengangkatan Pegawai</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 53</p> <p>(1) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari Aparatur Sipil Negara dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundanganundangan.</p> <p>(2) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari Non Aparatur Sipil Negara dilaksanakan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.</p> <p>(3) Mekanisme pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari Non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Bupati.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 4 Penghargaan dan Sanksi</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 54</p> <p>Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas maka Rumah Sakit menerapkan kebijakan tentang imbal jasa bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 55</p> <p>(1) Kenaikan pangkat Aparatur Sipil Negara merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian pegawai yang bersangkutan terhadap negara berdasarkan sistem kenaikan pangkat reguler dan kenaikan pangkat pilihan sesuai ketentuan.</p>	

<p>(2) Penghargaan pegawai Non Aparatur Sipil Negara adalah merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja pegawai yang bersangkutan terhadap kinerjanya dengan berdasarkan sistem remunerasi Rumah Sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 56</p> <p>(1) Kenaikan pangkat reguler diberikan kepada Aparatur Sipil Negara yang tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu, termasuk Aparatur Sipil Negara yang:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. melaksanakan tugas belajar dan sebelumnya tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu; b. dipekerjakan atau diperbantukan secara penuh di luar instansi induk dan tidak menduduki jabatan pimpinan yang telah ditetapkan persamaan eselonnya atau jabatan fungsional tertentu. <p>(2) Kenaikan pangkat pilihan adalah penghargaan yang diberikan kepada Aparatur Sipil Negara yang menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 5 Rotasi Pegawai</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 57</p> <p>(1) Rotasi Aparatur Sipil Negara dan Non Aparatur Sipil Negara dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.</p> <p>(2) Rotasi dilaksanakan dengan mempertimbangkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan ketrampilannya; b. masa kerja di unit tertentu; c. pengalaman pada bidang tugas tertentu; d. kegunaannya dalam menunjang karir; dan e. kondisi fisik dan psikis pegawai 	
<p style="text-align: center;">Paragraf 6 Disiplin Pegawai</p>	

<p style="text-align: center;">Pasal 58</p> <p>(1) Disiplin adalah suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban yang dituangkan dalam:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. daftar hadir; b. laporan kegiatan; dan c. formulir Sasaran Kerja Pegawai. <p>(2) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri atas teguran lisan, teguran tertulis, dan pernyataan tidak puas secara tertulis; b. hukuman disiplin sedang, yang terdiri atas penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama I (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama I (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama I (satu) tahun; dan c. hukuman disiplin berat yang terdiri atas penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai Pegawai Negeri Sipil, dan pemberhentian tidak hormat sebagai Pegawai Negeri Sipil. 	
<p style="text-align: center;">Paragraf7 Pemberhentian Pegawai</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 59</p> <p>(1) Pemberhentian pegawai berstatus Aparatur Sipil Negara dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tentang pemberhentian Aparatur Sipil Negara.</p> <p>(2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Aparatur Sipil Negara dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit Non Aparatur Sipil Negara mengajukan 	

<p>permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan atau tidak memperpanjang masa kontraknya.</p> <p>b. pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun dilaksanakan apabila pegawai Rumah Sakit Non Aparatur Sipil Negara telah memasuki masa batas usia pensiun sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. batas usia pensiun tenaga medis 60 (enam puluh) tahun; b. batas usia pensiun tenaga paramedis 58 (lima puluh delapan) tahun; dan c. batas usia pensiun tenaga non medis dan non paramedis 58 (lima puluh delapan) tahun. <p>(3) Pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai Rumah Sakit Non Aparatur Sipil Negara melakukan Tindakan-tindakan pelanggaran terhadap ketentuan tentang disiplin pegawai.</p>	
<p>Paragraf 8 Pendidikan Pegawai</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 60</p> <p>(1) Tenaga Profesi Kesehatan di Rumah Sakit dapat mengajukan peningkatan pendidikan profesi berkelanjutan sesuai mekanisme yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur berdasarkan hasil analisis kebutuhan Rumah Sakit dan rekomendasi dari komite dan bagian/ bidang terkait di Rumah Sakit;</p> <ol style="list-style-type: none"> a. rekomendasi bagi tenaga staf medis yang ingin mengikuti pendidikan berkelanjutan, harus melalui Komite Medik; b. rekomendasi bagi tenaga keperawatan harus melalui Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan; c. rekomendasi bagi tenaga kesehatan lainnya harus melalui kepala bidang pelayanan penunjang; dan d. rekomendasi bagi tenaga non kesehatan harus melalui Kepala Bagian Tata Usaha dan disesuaikan berdasarkan formasi jabatan yang ada. 	

<p>(2) Penetapan pemberian izin untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan sepenuhnya menjadi kewenangan Direktur berdasarkan hasil rekomendasi dari komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1).</p> <p>(3) Pengajuan izin belajar dan tugas belajar diproses sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan harus melalui Sub Bagian Umum dan Kepegawaian yang berkoordinasi dengan Seksi Penunjang non Medik serta Bagian Tata Usaha</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 9 Remunerasi</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 61</p> <p>Remunerasi adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/ atau pensiun yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Bupati.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 62</p> <p>(1) Pejabat pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan pegawai Rumah Sakit diberikan remunerasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.</p> <p>(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.</p> <p>(3) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan dalam bentuk honorarium.</p> <p>(4) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati berdasarkan usulan Direktur Rumah Sakit melalui Sekretaris Daerah.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 63</p> <p>(1) Penetapan remunerasi Direktur, mempertimbangkan faktor-faktor sebagai berikut:</p>	

<ul style="list-style-type: none"> a. ukuran dan jumlah aset yang dikelola Rumah Sakit, tingkat pelayanan serta produktivitas; b. pertimbangannya dengan industri pelayanan sejenis; c. kemampuan pendapatan Rumah Sakit bersangkutan; dan d. kinerja operasional Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Bupati dengan mempertimbangkan indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 64</p> <p>Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. honorarium Ketua Dewan Pengawas maksimal 40% (empat puluh persen) dari gaji Direktur; b. honorarium Anggota Dewan Pengawas maksimal 36% (tiga puluh enam persen) dari gaji Direktur; dan c. honorarium Sekretaris Dewan Pengawas maksimal 15% (lima belas persen) dari gaji Direktur. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 65</p> <p>(1) Remunerasi bagi Pejabat Pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pengalaman dan masa kerja (<i>basic index</i>); b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (<i>competency index</i>); c. resiko kerja (<i>risk index</i>); d. tingkat kegawatdarnratan (<i>emergency index</i>); e. jabatan yang disandang (<i>position index</i>); dan f. hasil/ capaian kerja (<i>performance index</i>). <p>(2) Bagi Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berstatus Aparatur Sipil Negara, gaji pokok dan tunjangan mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan Aparatur Sipil Negara serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang ditetapkan oleh Bupati sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59.</p>	

<p style="text-align: center;">Pasal 66</p> <p>(1) Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas yang diberhentikan sementara dari jabatannya memperoleh penghasilan sebesar 50% (lima puluh persen) dari remunerasi/ honorarium bulan terakhir yang berlaku sejak tanggal diberhentikan sampai dengan ditetapkannya keputusan definitif tentang jabatan yang bersangkutan.</p> <p>(2) Bagi Pejabat Pengelola berstatus Aparatur Sipil Negara yang diberhentikan sementara dari jabatannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memperoleh penghasilan sebesar 50% (lima puluh persen) dari remunerasi bulan terakhir di Rumah Sakit sejak tanggal diberhentikan atau sebesar gaji Aparatur Sipil Negara berdasarkan surat keputusan pangkat terakhir.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedua belas Standar Pelayanan Minimal</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 67</p> <p>(1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit, Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dengan peraturan Bupati.</p> <p>(2) Standar Pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diusulkan oleh Direktur.</p> <p>(3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 68</p> <p>Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. fokus pada jenis pelayanan; b. terukur; c. dapat dicapai; d. relevan dan dapat diandalkan; dan e. tepat waktu. 	

<p style="text-align: center;">Pasal 69</p> <p>(1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.</p> <p>(2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.</p> <p>(3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.</p> <p>(4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.</p> <p>(5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketiga belas Pengelolaan Keuangan</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 70</p> <p>Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 71</p> <p>Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70, maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis akrual dan Standar Akuntansi Pemerintahan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 72</p> <p>Subsidi dari pemerintah untuk pembiayaan Rumah Sakit dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan jasa.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keempat belas</p>	

Tarif Pelayanan	
<p style="text-align: center;">Pasal 73</p> <p>Dalarn pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 Rumah Sakit dengan status BLUD memperoleh fleksibilitas berupa;</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pengelolaan pendapatan dan belanja; b. pengelolaan kas; c. pengelolaan utang; d. pengelolaan piutang; e. pengeloaan investasi; f. pengelolaan barang dan/ atau jasa; g. pengadaan barang/ jasa; h. penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban; i. pengelolaan surplus dan defisit; j. kerjasama dengan pihak lain; k. mempekerjakan tenaga Non Aparatur Sipil Negara; l. pengelolaan dana secara langsung; dan m. perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 74</p> <ol style="list-style-type: none"> (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) Sasaran penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah untuk menutup sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan pelayanan serta tidak mengutamakan mencari keuntungan dengan tetap memperhatikan kemampuan ekonomi sosial masyarakat dan daya saing untuk pelayanan sejenis. 	

(4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/ atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.	
<p style="text-align: center;">Pasal 75</p> (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah. (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati. (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat. (4) Bupati dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat membentuk tim. (5) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (4), ditetapkan oleh Bupati yang keanggotaannya dapat berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> a. pembina teknis; b. pembina keuangan; c. unsur perguruan tinggi; dan d. organisasi profesi. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 76</p> (1) Peraturan Bupati mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan. (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan. (3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berpedoman pada ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75.	
Bagian Kelima belas Pendapatan dan Biaya	
Paragraf 1 Pendapatan	
Pasal 77	

<p>Pendapatan Rumah Sakit dapat bersumber dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. jasa layanan; b. hibah; c. hasil kerjasama dengan pihak lain; d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah; e. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara; dan f. lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 78</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf a dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat. (2) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat. (3) Hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf c dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lain yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit. (4) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf d dapat berupa pendapatan yang berasal dari Pemerintah Daerah dalam rangka pelaksanaan program atau kegiatan di Rumah Sakit. (5) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf e dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas perbantuan dan lain-lain. (6) Lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf f, meliputi: 	

<ul style="list-style-type: none"> a. hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan; b. hasil pemanfaatan kekayaan; c. jasa giro; d. pendapatan bunga; e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing; f. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/ atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh Rumah Sakit; dan g. hasil investasi. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 79</p> <p>Rumah Sakit dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan/ atau tugas pembantuan, proses pengelolaan keuangan diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 80</p> <p>(1) Pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77, kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran Rumah Sakit sesuai RBA.</p> <p>(2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.</p> <p>(3) Pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf a, huruf b, huruf c dan huruf f dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan objek pendapatan Rumah Sakit.</p> <p>(4) Pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.</p> <p>(5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 2 Biaya</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 81</p>	

<p>(1) Biaya Rumah Sakit merupakan biaya operasional dan biaya non operasional.</p> <p>(2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.</p> <p>(3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.</p> <p>(4) Biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan</p> <p>(5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 82</p> <p>(1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 ayat (2), terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. biaya pelayanan; dan b. biaya umum dan administrasi <p>(2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.</p> <p>(3) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.</p> <p>(4) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri atas;</p> <ol style="list-style-type: none"> a. biaya pegawai; b. biaya bahan; c. biaya jasa pelayanan; d. biaya pemeliharaan; e. biaya barang dan jasa; dan 	

<p>f. biaya pelayanan lain-lain.</p> <p>(5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. biaya pegawai; b. biaya administrasi kantor; c. biaya pemeliharaan; d. biaya barang dan jasa; e. biaya promosi; dan f. biaya umum dan administrasi lain-lain 	
<p style="text-align: center;">Pasal 83</p> <p>Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 ayat (3) terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. biaya bunga; b. biaya administrasi bank; c. biaya kerugian penjualan aset tetap; d. biaya kerugian penurunan nilai; dan e. biaya non operasional lain-lain. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 84</p> <p>(1) Seluruh biaya pengeluaran Rumah Sakit yang bersumber pada pendapatan dari hasil kerjasama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.</p> <p>(2) Seluruh biaya pengeluaran Rumah Sakit yang bersumber sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan SPM Pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggungjawab.</p> <p>(3) Format Surat Pernyataan Tanggungjawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan format laporan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 85</p>	

<p>(1) Pengeluaran biaya Rumah Sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.</p> <p>(2) Fleksibilitas biaya pengeluaran Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan biaya pengeluaran yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif.</p> <p>(3) Fleksibilitas biaya pengeluaran Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya berlaku untuk biaya Rumah Sakit yang berasal dari pendapatan selain dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara/ Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dan hibah terikat.</p> <p>(4) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 86</p> <p>(1) Ambang batas RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 ayat (2), ditetapkan dengan besaran persentase.</p> <p>(2) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional Rumah Sakit.</p> <p>(3) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan dalam RBA dan Daftar Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit oleh TAPD.</p> <p>(4) Persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kebutuhanyang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keenam belas Rapat-Rapat</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 87</p> <p>(1) Rapat Dinas diselenggarakan untuk mendukung rencana atau membicarakan hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan Rumah Sakit sesuai dengan tugas, fungsi, kewenangan dan kewajiban.</p>	

<p>(2) Rapat Dinas terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Rapat Struktural: <ol style="list-style-type: none"> 1. merupakan rapat yang dihadiri oleh seluruh Pejabat Struktural Eselon III dan IV; 2. dilaksanakan dalam rangka koordinasi dan evaluasi berbagai hal yang terkait dengan operasional pelayanan Rumah Sakit; dan 3. diselenggarakan paling sedikit (satu) kali dalam 1 (satu) bulan. b. Rapat Khusus: Dilaksanakan dalam rangka menyelesaikan masalah yang bersifat penting dan segera. c. Rapat Internal Bagian/ Bidang/ Instalasi/ Komite: <ol style="list-style-type: none"> 1. merupakan rapat terbatas dalam rangka koordinasi dan evaluasi berbagai hal yang terkait dengan pelaksanaan tugas dan fungsi internal Bagian/ Bidang/ Instalasi/ Komite; dan 2. dilaksanakan sesuai dengan Pedoman Organisasi masing-masing. <p>(3) Setiap rapat harus dibuat notulen rapat.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 88</p> <p>Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 87 ayat (2) huruf b adalah termasuk rapat penyusunan berbagai regulasi Rumah Sakit yang dilakukan secara kolaborasi oleh para kepala bidang, kepala bagian, kepala seksi dan kepala sub bagian.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketujuh belas Pengelolaan Sumber Daya Lain</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 89</p> <p>(1) Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri atas sarana, prasarana, gedung dan jalan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(2) Pengelolaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu</p>	

<p>pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.</p>	
<p>Bagian Kedelapan belas Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit</p>	
<p>Pasal 90</p> <p>(1) Rumah Sakit wajib menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal.</p> <p>(2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi pada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan dan keselamatan.</p>	
<p>Pasal 91</p> <p>(1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah Rumah Sakit.</p> <p>(2) Pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi limbah medis dan non medis.</p> <p>(3) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>	
<p>BAB III TATA KELOLA STAF MEDIS</p>	
<p>Bagian Kesatu Azas</p>	
<p>Pasal 92</p> <p>Tata kelola Staf Medis (<i>Medical Staff By Laws</i>) dirumuskan dengan berazaskan profesionalisme, moral dan etika, legalitas, manfaat, perlindungan, keadilan, keseimbangan, independensi dan non diskriminatif.</p>	
<p>Bagian Kedua Maksud dan Tujuan</p>	
<p>Pasal 93</p>	

Tata kelola Staf Medis dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (<i>frame work</i>) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis sebagaimana yang diharapkan.	
<p style="text-align: center;">Pasal 94</p> <p>Tata kelola Staf Medis bertujuan untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (<i>patient safety</i>); b. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional; c. menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut staf medis; dan d. mengontrol dan menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis. sesuai dengan kebijakan Pemilik serta peraturan perundang-undangan. 	
<p>Bagian Ketiga</p> <p>Organisasi Staf Medis dan Tanggungjawab</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 95</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Organisasi staf medis merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Rumah Sakit. (2) Organisasi staf medis Rumah Sakit bertanggungjawab dan berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dalam rangka membantu pencapaian tujuan pemerintah di bidang kesehatan. 	
<p>Bagian Keempat</p> <p>Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 96</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Keanggotaan staf medis merupakan <i>previlege</i> yang dapat diberikan kepada dokter dan dokter gigi yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang berlaku. 	

<p>(2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.</p>	
<p>Pasal 97</p> <p>Untuk dapat bergabung dengan Rumah Sakit sebagai staf medis maka dokter atau dokter gigi harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP), kesehatan jasmani dan rohani yang laik (fit) untuk melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya serta memiliki sikap dan prilaku, serta moral yang baik.</p>	
<p>Pasal 98</p> <p>Tata laksana pengangkatan dan pengangkatan kembali staf medis Rumah Sakit adalah dengan mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur dengan mempertimbangkan kebutuhan serta rekomendasi dari Komite Medik dapat mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan tersebut.</p>	
<p>Pasal 99</p> <p>Masa kerja sebagai staf medis Rumah Sakit:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. staf medis organik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; b. staf medis mitra selama 2 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan; dan c. staf medis relawan (voluntir) selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih menghendaki dan memenuhi semua persyaratan. 	
<p>Pasal 100</p> <p>Bagi staf medis organik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 99 huruf a yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai staf medis mitra atau staf medis relawan sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan.</p>	

<p>Bagian Kelima Kategori Staf Medis</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 101</p> <p>Staf medis yang telah bergabung dengan Rumah Sakit dikelompokkan ke dalam kategori:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Staf medis organik, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut; b. Staf medis mitra, yaitu dokter yang bergabung di Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan setingkat dengan Rumah Sakit, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit; c. Staf medis relawan, yaitu dokter yang bergabung di Rumah Sakit atas dasar keinginan mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit, dan bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab sesuai ketentuan di Rumah Sakit; dan d. Staf medis tamu, yaitu dokter yang tidak tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit, tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan sesuatu keahlian tertentu atau teknologi baru. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 102</p> <p>Dokter spesialis konsultan adalah dokter yang karena keahliannya direkrut oleh Rumah Sakit untuk memberikan konsultasi kepada staf medis fungsional lain yang memerlukan dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 103</p> <p>Dokter di Instalasi Gawat Darurat adalah dokter umum dan dokter spesialis <i>emergency</i> yang memberikan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat sesuai dengan penempatan dan/ atau tugas yang diberikan oleh</p>	

Rumah Sakit, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	
Bagian Keenam Kewenangan Klinik	
Pasal 104	
<p>(1) Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.</p> <p>(2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijasah/ sertifikat, kompetensi dan pengalaman kerja dari staf medis yang bersangkutan.</p> <p>(3) Dalam hal terdapat kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik, melalui Direktur, dapat meminta informasi dan/ atau pendapat dari Kolegium terkait.</p>	
Pasal 105	
Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 104 ayat (1) akan dievaluasi secara periodik dan terus-menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut laik dipertahankan, dibekukan, diperluas, dipersempit atau dicabut secara keseluruhan.	
Pasal 106	
<p>(1) Dalam hal dihendaki agar kewenangan kliniknya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/ atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.</p> <p>(2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.</p>	

(3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.	
<p style="text-align: center;">Pasal 107</p> Kewenangan klinik sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.	
<p style="text-align: center;">Pasal 108</p> Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka setiap staf medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik ermergensi (<i>emergency privilege</i>) secara otomatis guna memungkinkan setiap staf medis dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinik reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan.	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketujuh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 109</p> (1) DPJP adalah seorang dokter, sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap (paket) kepada satu pasien dengan satu patologi/ penyakit, dari awal sampai akhir perawatan di Rumah Sakit, baik pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap. (2) Asuhan medis lengkap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah melakukan assesment medis sampai dengan implementasi rencana serta tindak lanjutnya sesuai kebutuhan pasien. (3) DPJP pasien rawat jalan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah dokter yang sesuai dengan jenis penyakit pasien, dan sesuai jadwal hari pelayanan dokter. Apabila karena suatu hal pelayanan digantikan dokter pengganti, maka DPJP pasien adalah dokter pengganti. (4) DPJP pasien rawat inap yang masuk lewat IGD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah dokter spesialis sesuai jenis penyakit	

<p>pasien, dan sesuai dengan surat rujukan, permintaan pasien atau sesuai jadwal jaga/ konsul dokter spesialis.</p> <p>(5) Apabila karena suatu hal DPJP yang ditunjuk tidak dapat dihubungi dan keadaan pasien gawat darurat, maka dokter jaga IGD dapat menghubungi dokter spesialis lain sesuai dengan jenis penyakit.</p>	
<p>Bagian Kedelapan Pembinaan</p>	
<p>Pasal 110</p>	
<p>Dalam hal staf medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan Standar Prosedur Operasional pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan, kematian, atau kerugian pada pasien maka Sub-Komite Etik dan Disiplin Profesi dapat melakukan penelitian.</p>	
<p>Pasal 111</p>	
<p>(1) Bila hasil penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 membuktikan kebenaran maka Sub-Komite Etik dan Disiplin Profesi melaporkan kepada Komite Medik dan selanjutnya Komite Medik dapat mengusulkan kepada Direktur untuk kepada yang bersangkutan dikenai sanksi administratif.</p> <p>(2) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada staf medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.</p> <p>(3) Dalam hal staf medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Keputusan, untuk selanjutnya Direktur memiliki waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan bijaksana dengan menghadirkan pihak-pihak terkait.</p> <p>(4) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bersifat final dan mengikat.</p>	
<p>Bagian Kesembilan</p>	

Pengorganisasian Staf Medis Fungsional	
<p>Pasal 112</p> <p>Semua dokter yang melaksanakan praktik kedokteran di unit pelayanan Rumah Sakit, termasuk unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan Rumah Sakit, wajib menjadi anggota staf medis.</p>	
<p>Pasal 113</p> <p>(1) Dalam melaksanakan tugasnya maka staf medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/ keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.</p> <p>(2) Setiap kelompok staf medis minimal terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian sejenis.</p> <p>(3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak terpenuhi maka dapat dibentuk kelompok staf medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.</p>	
<p>Pasal 114</p> <p>Fungsi staf medis Rumah Sakit adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.</p>	
<p>Pasal 115</p> <p>Staf medis Rumah Sakit bertugas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif; b. membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu dan akurat; c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan/ atau pelatihan berkelanjutan; d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran; dan e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik. 	

<p style="text-align: center;">Pasal 116</p> <p>Kelompok Staf Medis bertanggungjawab:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan surat keputusan; b. melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif; c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan surat keputusan Direktur; d. memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan; e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran; f. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur dan/ atau Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan g. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen terkait. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 117</p> <p>Kelompok Staf Medis berkewajiban:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medis; b. menyusun indikator mutu klinis; c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggota, 	
<p style="text-align: center;">Pasal 118</p> <p>(1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota.</p>	

<p>(2) Ketua Kelompok Staf Medis dapat dijabat oleh dokter organik atau dokter mitra.</p> <p>(3) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur.</p> <p>(4) Ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan keputusan Direktur.</p> <p>(5) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.</p>	
<p>Bagian Kesepuluh Penilaian</p>	
<p>Pasal 119</p>	
<p>(1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur sesuai ketentuan perundang-undangan.</p> <p>(2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>	
<p>Pasal 120</p>	
<p>Staf medis yang memberikan pelayanan medis dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.</p>	
<p>Bagian Kesebelas Komite Medik</p>	
<p>Paragraf 1 Pembentukan</p>	
<p>Pasal 121</p>	
<p>(1) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit oleh Direktur.</p> <p>(2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.</p>	
<p>Pasal 122</p>	

<p>(1) Komite Medik pembentukannya ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa bakti selama 3 (tiga) tahun.</p> <p>(2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 2 Susunan, Tugas, Fungsi, dan Kewenangan</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 123</p> <p>(1) Susunan organisasi komite medik terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ketua; b. Sekretaris; dan c. Subkomite. <p>(2) Dalam hal keterbatasan sumber daya manusia, susunan organisasi komite medik paling sedikit terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ketua dan Sekretaris tanpa subkomite; atau b. Ketua dan Sekretaris merangkap ketua dan anggota subkomite. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 124</p> <p>(1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.</p> <p>(2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 125</p> <p>(1) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesionalisme, reputasi, dan perilaku.</p> <p>(2) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 126</p> <p>(1) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Subkomite.</p> <p>(2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Subkomite Kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis; 	

<ul style="list-style-type: none"> b. Subkomite Mutu Profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 127</p> <p>Komite Medik bertugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit; b. memelihara mutu profesi staf medis; dan c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi medis. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 128</p> <p>Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 127 huruf a Komite Medik berfungsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian; b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian: 1. kompetensi; 2. kesehatan fisik dan mental; 3. perilaku; dan 4. etika profesi. c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gergi berkelanjutan; d. wawancara terhadap staf medis pemohon kewenangan klinis; e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis; f. pelaporan hasil penilaian kredensialing kepada Komite Medik sebagai bahan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur; g. melakukan proses rekredensialing sebelum berakhimya masa berlakunya surat penugasan klinis atau apabila ada permintaan dari Komite Medik; dan h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat klinis. 	
Pasal 129	

<p>Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 127 huruf b Komite Medik berfungsi:</p> <ol style="list-style-type: none"> pelaksanaan audit medis; rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis; rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis; dan rekomendasi pendampingan (<i>proctoring</i>) bagi staf medis yang membutuhkan. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 130</p> <p>Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan prilaku profesi, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 127 huruf c Komite Medik berfungsi:</p> <ol style="list-style-type: none"> pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran; pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin; rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 131</p> <p>Komite Medik bertanggungjawab kepada Direktur, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> mutu pelayanan medis; pembinaan etik kedokteran; dan pengembangan profesi medis. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 132</p> <p>Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang:</p> <ol style="list-style-type: none"> memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (<i>delineation of clinical privilege</i>); memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (<i>clinical appointment</i>); 	

<ul style="list-style-type: none"> c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (<i>clinical privilege</i>) tertentu; d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (<i>delineation of clinical privilege</i>); e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis; f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan; g. memberikan rekomendasi pendampingan (<i>proctoring</i>); dan h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 133</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat di bantu oleh panitia <i>adhoc</i>. (2) Panitia <i>adhoc</i> sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik. (3) Panitia <i>adhoc</i> sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari. (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah Sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/ atau instansi pendidikan kedokteran/ kedokteran gigi 	
<p style="text-align: center;">Paragraf 3</p> <p style="text-align: center;">Hubungan Komite Medik Dengan Direktur</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 134</p> <p>Hubungan Komite Medik dengan Direktur adalah sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik; dan b. Komite Medik bertanggungjawab kepada Direktur. 	
<p style="text-align: center;">Paragraf 4</p> <p style="text-align: center;">Pembinaan dan Pengawasan</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 135</p>	

<p>(1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh badan yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di Rumah Sakit.</p> <p>(3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis; b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan c. monitoring dan evaluasi. <p>(4) Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 136</p> <p>(1) Persyaratan menjadi Ketua Komite Medik adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya; b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas; c. peka terhadap perkembangan kerumahsakitannya; d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur; e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi. <p>(2) Ketua Komite Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 137</p> <p>(1) Sekretaris Komite Medik dipilih oleh Ketua Komite Medik.</p> <p>(2) Sekretaris Komite Medik dijabat oleh seorang dokter organik.</p> <p>(3) Sekretaris Komite Medik dapat menjadi Ketua dari salah satu Sub Komite.</p>	

(4) Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite Medik dibantu oleh tenaga administrasi/ staf sekretariat puma waktu.	
<p style="text-align: center;">Pasal 138</p> <p>Guna melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya, kepada Komite Medik berwenang:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis; b. memberikan pertimbangan rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan alat medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan; c. monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis; d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran; e. membina etika dan membantu mengatur kewenangan klinis; f. membentuk Tim Klinis lintas profesi; dan g. memberikan rekomendasi kerjasama antar institusi. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 139</p> <p>Susunan organsasi Sub Komite terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ketua, merangkap anggota; b. Sekretaris, merangkap anggota; dan c. Anggota 	
<p style="text-align: center;">Pasal 140</p> <p>Sub Komite mempunyai kegiatan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. menyusun kebijakan dan prosedur kerja; b. membuat laporan berkala dan laporan tahunan yang berisi evaluasi kerja selama setahun yang baru saja dilalui disertai rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 141</p> <p>Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis bertugas dan bertanggungjawab:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. membuat rencana atau program kerja; 	

<ul style="list-style-type: none"> b. melaksanakan rencana atau jadwal kegiatan; c. membuat panduan mutu pelayanan medis; d. melakukan pantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis; e. menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, output proses, dan <i>outcome</i>; f. melakukan koordinasi dengan Sub Komite Peningkatan Mutu Rumah Sakit; dan g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 142</p> <p>Sub Komite Kredensial bertugas dan bertanggungjawab:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis; b. membuat rekomendasi hasil review; c. membuat laporan kepada Komite Medik d. melakukan <i>review</i> kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medis dalam rangka pemberian <i>clinical privileges, reappointments</i> dan penugasan staf medis pada unit kerja; e. membuat rencana kerja; f. melaksanakan rencana kerja; g. menyusun tata laksana dari instrumen kredensial; h. melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan i. membuat laporan berkala kepada Komite Medik. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 143</p> <p>Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi bertugas dan bertanggungjawab:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. membuat rencana kerja; b. melaksanakan rencana kerja; c. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi; d. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi; 	

<ul style="list-style-type: none"> e. mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika; f. melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit; dan g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 144</p> <p>Kewenangan Sub Komite adalah sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis berwenang melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi; b. Sub Komite Kredensial berwenang melaksanakan kegiatan kredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi berwenang melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 145</p> <p>Tiap-tiap Sub Komite bertanggung-jawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajibannya.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 5 Rapat</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 146</p> <p>(1) Rapat Komite Medik terdiri atas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. rapat rutin bulanan, dilakukan minimal sekali setiap bulan; b. rapat rutin bersama semua Kelompok Staf Medis dan atau dengan semua staf medis dilakukan minimal sekali setiap bulan; c. rapat bersama Direktur dan Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Non Medik dilakukan minimal sekali setiap bulan; d. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sifatnya sangat urgen; dan e. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun. 	

<p>(2) Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Wakil Ketua dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu dari anggota yang hadir dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik tidak hadir.</p> <p>(3) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medis atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.</p> <p>(4) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 147</p> <p>(1) Rapat khusus diadakan apabila:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis; b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya medesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik; dan c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2 / 3 (dua per tiga) anggota Komite Medis atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya. <p>(2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.</p> <p>(3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.</p> <p>(4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah 2 diterimanya surat permintaan rapat tersebut.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 148</p> <p>(1) Rapat tahunan Komite Medis diselenggarakan sekali dalam setahun.</p>	

<p>(2) Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas hari) sebelum rapat diselenggarakan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 149</p> <p>Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh Direktur, Wakil Direktur Pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 150</p> <p>(1) Keputusan rapat Kelompok Staf Medik dan atau Komite Medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.</p> <p>(2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.</p> <p>(3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 151</p> <p>(1) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.</p> <p>(2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keduabelas Tindakan Korektif</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 152</p> <p>Dalam hal Staf Medik diduga melakukan layanan klinik di bawah standar maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan oleh Komite Medik untuk dilakukan penelitian.</p>	

<p style="text-align: center;">Pasal 153</p> <p>Dalam hal hasil penelitian menunjukkan kebenaran adanya layanan klinik di bawah standar, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberikan sanksi dan pembinaan sesuai ketentuan</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketiga belas Pemberhentian Staf Medis</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 154</p> <p>Staf Medis Organik diberhentikan dengan hormat karena:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. telah memasuki masa pensiun; b. permintaan sendiri; c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai staf medis; dan d. berhalangan tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 155</p> <p>Staf medis organik dapat diberhentikan dengan tidak hormat apabila melakukan perbuatan melawan hukum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 156</p> <p>Staf medis mitra berhenti secara otomatis sebagai staf medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti dalam masa kontrak atas persetujuan bersama.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 157</p> <p>Staf Medis Mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja kembali untuk masa kontrak berikutnya setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keempat belas Sanksi</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 158</p> <p>Staf medis Rumah Sakit, baik yang berstatus sebagai organik maupun mitra, yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan, peraturan Rumah Sakit, klausula-klausula dalam</p>	

perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.	
<p style="text-align: center;">Pasal 159</p> <p>Pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur Rumah Sakit setelah mendengar pendapat dari Komite Medik dengan mempertimbangkan kadar kesalahannya, yang bentuknya dapat berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. teguran lisan atau tertulis; b. penghentian praktik untuk sementara waktu; c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi staf medis organik; dan / atau d. pemutusan perjanjian kerja bagi staf medis mitra yang masih berada dalam masa kontrak. 	
<p>Bagian Kelima Belas</p> <p>Kerahasiaan dan Informasi Medis</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 160</p> <p>(1) Rumah Sakit:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku di Rumah Sakit; b. wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan perundang-undangan; c. dapat memberikan isi rekam medik kepada pasien ataupun pihak lain atas ijin pasien secara tertulis; dan d. dapat diberikan memberikan isi dokumen rekam medik untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. <p>(2) Dokter Rumah Sakit:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya; b. wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan 	

<p>c. wajib menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika hukum dan kedokteran.</p> <p>(3) Pasien Rumah Sakit:</p> <p>a. berhak mengetahui semua peraturan dan ketentuan Rumah Sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lain-lain hal yang berkaitan dengan pasien;</p> <p>b. wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya;</p> <p>c. berhak memberikan persetujuan tindakan medis (<i>informed consent</i>) setelah memperoleh penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan dokter, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medis; 2. tujuan tindakan medis; 3. tata-laksana tindakan medis; 4. alternatif tindakan lain jika ada; 5. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; 6. akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan; 7. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan 8. risiko yang bisa terjadi jika pasien menolak tindakan medis. <p>d. berhak meminta pendapat kedua (<i>second opinion</i>) sebagai pembanding kepada dokter lain terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya;</p> <p>e. berhak mengakses, mengoreksi dan mendapatkan isi rekam medis; dan</p> <p>f. berhak memanfaatkan isi rekam medik untuk kepentingan peradilan.</p>	
<p>BAB IV PENUTUP</p>	

Pasal 161 Pada saat Peraturan ini berlaku, Peraturan Bupati Semarang Nomor 106 Tahun 2018 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran (Berita Daerah Kabupaten Semarang Tahun 2018 Nomor 106), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.	
Pasal 162 Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.	
	Pasal II Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Semarang.	Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Semarang.
Ditetapkan di Ungaran pada tanggal 5 Agustus 2022 BUPATI SEMARANG, ttd NGESTI NUGRAHA	Ditetapkan di Ungaran pada tanggal 18 Agustus 2023 BUPATI SEMARANG, ttd NGESTI NUGRAHA
Diundangkan di Ungaran pada tanggal 5 Agustus 2022	Diundangkan di Ungaran pada tanggal 18 Agustus 2023
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SEMARANG, ttd DJAROT SUPRIYOTO	SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SEMARANG, ttd DJAROT SUPRIYOTO
BERITA DAERAH KABUPATEN SEMARANG TAHUN 2022 NOMOR 66	BERITA DAERAH KABUPATEN SEMARANG TAHUN 2023 NOMOR 56
LAMPIRAN I PERATURAN BUPATI SEMARANG NOMOR 04 TAHUN 2022 TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. GONDO SUWARNO	
LOGO RUMAH SAKIT DAN ARTINYA	
BUPATI SEMARANG,	

<p style="text-align: center;">ttd NGESTI NUGRAHA</p>	
<p style="text-align: center;">LAMPIRAN II PERATURAN BUPATI SEMARANG NOMOR 64 TAHUN 2022 TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. GONDO SUWARNO</p>	
<p style="text-align: center;">BAGAN ORGANISASI PEMILIK / REPRESENTASI PEMILIK</p>	
<p style="text-align: center;">BUPATI SEMARANG, ttd NGESTI NUGRAHA</p>	
<p style="text-align: center;">LAMPIRAN III PERATURAN BUPATI SEMARANG NOMOR 64 TAHUN 2022 TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. GONDO SUWARNO</p>	
<p style="text-align: center;">BAGAN ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. GONDO SUWARNO KELAS C</p>	
<p style="text-align: center;">BUPATI SEMARANG, ttd NGESTI NUGRAHA</p>	