

WALIKOTA PANGKALPINANG
PROVINSI KEPULAUAN BANGKA BELITUNG

PERATURAN WALIKOTA PANGKALPINANG
NOMOR 51 TAHUN 2022

TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*)
UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH DEPATI HAMZAH KOTA PANGKALPINANG

WALIKOTA PANGKALPINANG

Menimbang :

a. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit, staf medis dan kelompok jabatan fungsional maka perlu menyusun Peraturan Internal Rumah sakit (Hospital Bylaws) sebagaimana diatur dalam Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.

Mengingat :

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 4 Tahun 1965 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1091), Undang-Undang Darurat Nomor 5 Tahun 1956 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 56, Tambahan Lembaran Negara

Republik Indonesia Nomor 1091), dan Undang-Undang Darurat Nomor 6 Tahun 1956 Nomor 5 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1091) tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Termasuk Kotapraja Dalam Lingkungan Daerah Tingkat I Sumatera Selatan sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1821);

3. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2000 tentang Pembentukan Provinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 217, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4033);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. 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 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER /IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1297);
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
14. Peraturan Daerah Kota Pangkalpinang Nomor 18 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Pangkalpinang (Lembaran Daerah Kota Pangkalpinang Tahun 2016 Nomor 18) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Pangkalpinang Nomor 1 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kota Pangkalpinang Nomor 18 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Pangkalpinang (Lembaran Daerah Kota Pangkalpinang Tahun 2020 Nomor 1);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*) UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DEPATI HAMZAH KOTA PANGKALPINANG TAHUN 2022.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Bagian Kesatu

Pengertian

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan:

1. Kota adalah Kota Pangkalpinang;
2. Pemerintah Kota adalah walikota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom;
3. Walikota adalah Walikota Pangkalpinang;
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah milik Pemerintah Kota Pangkalpinang yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD);
5. Direktur adalah pejabat tertinggi di Rumah Sakit Umum Daerah dan sebagai unsur pelaksana Pemerintah Kota Pangkalpinang di bidang Kesehatan;
6. Pegawai adalah Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil;
7. Unit Pelaksana Teknis Daerah yang selanjutnya disingkat UPTD adalah organisasi yang melaksanakan kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis penunjang tertentu pada Dinas atau Badan Daerah;
8. Badan Layanan Umum Daerah adalah 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 masyarakatberupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas;
9. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD (PPK – BLUD) adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan flaksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek – praktek

bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya;

10. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis;
11. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola, dan Komite Medik di rumah sakit;
12. Pemilik adalah pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Kota Pangkalpinang yaitu Walikota Pangkalpinang;
13. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis, yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional, melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat secara purna waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku;
14. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medik fungsional untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinik *(clinical privilege);*
15. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinik *(clinical privilege)* untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinik tersebut;
16. Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi, dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit;
17. Komite Keperawatan adalah unsur organisasi yang mempunyai tanggung jawab untuk memelihara mutu profesi dan menjaga displin, etika dan perilaku profesi bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan

pelayanan, keperawatan, kebidanan dan keperawatan gigi;

18. Komite Medis adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis *(clinical governance)* agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;
19. Komite Tenaga Kesehatan Lain adalah unsur organisasi yang mempunyai tanggung jawab untuk memelihara mutu profesi dan menjaga displin, etika dan perilaku profesi bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan;
20. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah unsur organisasi yang mempunyai tanggung jawab dalam memproses kegiatan yang berkesinambungan *(never ending process);*
21. Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Etik dan Hukum adalah unsur organisasi nonstruktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit untuk penerapan etika rumah sakit dan hukum perumahsakitan;
22. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang bersifat independen, dibentuk, dan bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit;
23. Pejabat pengelola BLUD Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Kota Pangkalpinang adalah pimpinan BLUD Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Kota Pangkalpinang yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Kota Pangkalpinang yang terdiri atas pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis;
24. Bidang/Bagian adalah perangkat struktural pendukung pengambil keputusan yang bertanggung jawab kepada direktur masing-masing yang bertugas memberikan masukan dan kajian sesuai tugas pokok dan fungsi masing-masing kepada direksi untuk bahan pertimbangan/pendukung dalam pengambilan keputusan;

25. Satuan Pengawasan Internal adalah unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit dan berada dibawah serta bertanggung jawab langsung kepada Direktur;
26. Kasubbag/Kasi adalah penanggung jawab masing – masing kelompok kegiatan dalam lingkup bidang/bagian;
27. Instalasi adalah satuan kerja fungsional yang melakukan pengelolaan dan penyiapan fasilitas serta pemeliharaan sarana dan prasarana dalam rangka menunjang pelayanan medik, pendidikan dan penelitian;
28. Dokter RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang adalah dokter/dokter gigi yang terdiri dari Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil dan memiliki Surat Izin Praktik di Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Kota Pangkalpinang yang masih berlaku;
29. Tenaga Fungsional Kesehatan selain tenaga fungsional medis adalah kelompok profesi yang menyelenggarakan pelayanan profesinya dalam jabatan fungsional di Instalasi di Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Kota Pangkalpinang yaitu tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterapian-fisik, tenaga keteknisian-medik dan tenaga kesehatan lainnya;
30. Pasien adalah tiap individu yang sedang memerlukan evaluasi diagnostik, atau konsultasi medik untuk memperoleh pengobatan dan atau tindakan medis;
31. Dokter Mitra adalah dokter yang mempunyai kompetensi tertentu yang dianggap mampu untuk meningkatkan kualitas pelayanan di Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Kota Pangkalpinang dan mendapatkan persetujuan dari Direktur Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Kota Pangkalpinang;
32. Mahasiswa adalah peserta didik dari Institusi Pendidikan yang telah bekerjasama dengan Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Kota Pangkalpinang;

Bagian Kedua

Asas

Pasal 2

(1) UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang bersifat otonom dalam penyelenggaraan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis serta menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.

(2) UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang dalam penyelenggaraan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis, diawasi dan dibina oleh dinas yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

(3) UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang merupakan bagian dari perangkat pemerintah daerah yang dibentuk untuk membantu pencapaian tujuan pemerintah daerah, dengan status hukum tidak terpisah dari pemerintah daerah.

(4) Kepala daerah bertanggung jawab atas pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan pelayanan umum yang didelegasikan kepada rumah sakit terutama pada aspek manfaat yang dihasilkan.

(5) Pejabat pengelola UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan pemberian layanan umum yang didelegasikan oleh kepala daerah.

(6) Dalam pelaksanaan kegiatan, rumah sakit mengutamakan efektivitas dan efisiensi serta kualitas pelayanan umum kepada masyarakat tanpa mengutamakan pencarian keuntungan.

(7) Rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan dan kinerja Rumah Sakit disusun dan disajikan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan dan kinerja pemerintah daerah.

(8) Dalam menyelenggarakan dan meningkatkan layanan kepada masyarakat, rumah sakit diberikan fleksibilltas dalam pengelolaan keuangannya.

Bagian Ketiga

Tujuan

Pasal 3

(1) Tujuan umum ditetapkannya peraturan ini adalah dimilikinya suatu tatanan peraturan dasar yang mengatur hubungan antara Pemilik, Pengelola, Komite, Satuan Pengawas Internal dan Staf Medis sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas.

(2) Tujuan khusus ditetapkannya peraturan ini bagi Rumah Sakit adalah:

a. Sebagai pedoman dalam hubungannya dengan pemilik atau yang mewakili, direktur rumah sakit dan staf medis.
b. Sebagai pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis operasional .
c. Sebagai pedoman dalam pengaturan hubungan antara pengelola dengan staf medis.

Bagian Kempat

Manfaat

Pasal 4

Manfaat ditetapkannya Peraturan ini adalah:

a. sebagai acuan bagi pemilik dalam melakukan pengawasan terhadap pengelola Rumah Sakit;
b. sebagai acuan bagi pengelola dalam mengelola Rumah Sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis operasional;
c. sebagai sarana untuk menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu Rumah Sakit;
d. sebagai sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan Rumah Sakit;
e. sebagai acuan bagi penyelesaian konflik di Rumah Sakit antara Pemilik atau yang mewakili, pengelola dan staf medis;
f. untuk memenuhi persyaratan akreditasi rumah sakit.

BAB II

PERATURAN INTERNAL KORPORASI

(*CORPORATE BY LAWS*)

Bagian Kesatu

IDENTITAS RUMAH SAKIT

Paragraf 1

Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 5

(1) Nama rumah sakit adalah : "Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Kota Pangkalpinang".
(2) RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang;
(3) UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang berkedudukan di Jalan Soekarno Hatta Kec. Bukit Intan Kota Pangkalpinang, Kode Pos 33143, Telp. (0717) 422693, Fax. (0717) 421324.
(4) Rumah sakit sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) merupakan Rumah Sakit Umum Kelas C berdasarkan Surat Menteri Kesehatan RI Nomor 197/MENKES/SK/II/1993 tanggal 26 Februari 1993, serta surat keputusan Walikota Pangkalpinang Madya KDH Tk. II Pangkalpinang No. 069/SK/HUK/1993 Tanggal 30 Juni 1993.
(5) Rumah sakit sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) merupakan Organisasi bersifat khusus yang menerapkan PPK-BLUD secara penuh.
(6) Pemilik UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang adalah Pemerintah Kota Pangkalpinang yang secara operasional sehari – hari dijalankan oleh Walikota Pangkalpinang.

Paragraf 2

Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 6

UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang mempunyai tugas melaksanakan kegiatan teknis penunjang tertentu dari

urusan pemerintahan yang bersifat pelaksanaan dan menjadi tanggungjawab Dinas Kesehatan dibidang pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat dan layanan kesehatan lainnya.

Pasal 7

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, UPTD RSUD Depati Hamzah Pangkalpinang mempunyai fungsi sebagai:

a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;
e. pelaksanaan operasional rumah sakit;
f. pelaksanaan ketatausahaan UPTD; dan
g. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan rumah sakit.

Bagian Kedua

VISI, MISI, TUJUAN, SASARAN, NILAI, MOTTO, LOGO, DAN SEJARAH RUMAH SAKIT

Paragraf 1

Visi dan Misi

Pasal 8

(1) Untuk melaksanakan tugas dan fungsi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 dan Pasal 7, perlu menetapkan Visi Rumah Sakit sebagai implementasi Visi Walikota Pangkalpinang yaitu: “SENYUM (*Sejahtera,*

*Nyaman, Unggul, Makmur*)" yang dituangkan implementasinya di dalam renstra UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang dan RPJMD Walikota Pangkalpinang periode 2018 s/d 2023.

(2) Visi UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah *"Menjadi rumah sakit yang nyaman dan unggul dalam pelayanan"*

Pasal 9

Misi UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang setelah perubahan adalah:

a. memberikan Pelayanan Kesehatan yang bermutu, terjangkau, profesional dan berorientasi pada pasien;
b. mengembangkan pelayanan unggulan yang inovatif;
c. menyelenggarakan kemitraan pelayanan dan pendidikan kesehatan dengan *stakeholders;* dan
d. menyelenggarakan pelayanan yang berorientasi pada lingkungan yang sehat.

Paragraf 2
Tujuan dan Sasaran

Pasal 10

Berdasarkan visi dan misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dan Pasal 9, tujuan yang akan dicapai UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang adalah *"meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan"*

a. Sasaran ,"Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat".
b. Strategi :
    1. pengembangan UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang baik fisik maupun pelayanan;
    2. peningkatan sarana dan prasarana Kesehatan; dan
    3. peningkatan kapasitas dan kualitas SDM Kesehatan Rumah Sakit.
c. Arah kebijakan :
    1. peningkatan akreditasi rumah sakit menjadi tingkat utama;
    2. pemanfaatan gedung baru untuk pelayanan rawat jalan;

3. pemenuhan SDM sesuai dengan kebutuhan rumah sakit;
4. peningkatan kualitas SDM rumah sakit sesuai dengan pengembangan pelayanan;
5. pengadaan sarana dan prasarana rumah sakit;
6. engembangan lanjutan gedung baru rumah sakit;
7. peningkatan akreditasi rumah sakit menjadi tingkat Paripurna;
8. pengembangan lanjutan gedung baru rumah sakit; dan
9. peningkatan Pelayanan Publik dari Kemenpan RB menjadi nilai.

Paragraf 3
Motto dan Nilai-nilai

Pasal 11

Motto UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang adalah
*"Ikak Sihat Kami Tersenyum"*

Pasal 12

Nilai – nilai budaya pada UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang adalah
*"Senyum, Sapa, dan Salam"*

Paragraf 4
Logo Dan Sejarah Pendirian

Pasal 13

(1) Logo Rumah Sakit berkedudukan sebagai lambang identitas Rumah Sakit.
(2) Logo UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang berfungsi sebagai pengikat kesatuan sosial budaya masyarakat dalam Negara Kesatuan Republik Indonesia.
(3) Makna lambangnya terdiri dari 2 (dua) filosofi yakni:
    a. Filosofi Bentuk
        1. lingkaran hijau artinya rumah sakit siap memberikan pelayanan secara 24 (dua puluh empat) jam, serta memberikan pelayanan secara

berkesinambungan;

2. palang merah setengah oval artinya lambang/simbol kesehatan yang selalu bersemangat dalam memberikan pelayanan kesehatan namun tanpa melepas unsur kekhilafan seluruh tenaga medis sebagai manusia biasa;
3. lambang daun yang dikelilingi lingkar bulan sabit melambangkan rumah sakit yang selalu siap menerima masukan/nasehat dari seluruh elemen masyarakat untuk selalu bisa tumbuh kembang menjadi rumah sakit yang terbaik; dan
4. tangan menggambarkan kepedulian, tangan yang terbuka dan menghadap ke atas menggambarkan kepedulian dan kesiapan untuk membantu masyarakat dibidang medis. Dua tangan menggambarkan dukungan penuh dalam melayani serta dorongan untuk terus berkembang.

b. Filosofi Warna

1. warna hijau adalah warna pertumbuhan dan vitalitas, terkait dengan kehidupan baru dan pembaharuan. Maknanya rumah sakit memberikan semangat hidup yang baik dan sehat bagi masyarakat pengguna layanan;
2. warna merah mencerminkan semangat bagi karyawan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat;
3. warna hijau muda mencerminkan selalu siap tumbuh semangat baru dalam lingkungan pelayanan medis rumah sakit; dan
4. warna putih pada tangan mencerminkan kejujuran dan ketulusan dalam melayani.

(4) Desain dan bentuk Logo Rumah Sakit adalah sebagai berikut:



Pasal 14

UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang didirikan pada tahun 1981 dengan status kelas type D. Berdasarkan surat Menteri Kesehatan RI Nomor 197/MENKES/SK/II/1993 Tanggal 26 Februari serta surat keputusan Walikota Madya KDH Tk. II Pangkalpinang No. 069/SK/HUK/1993 Tanggal 30 Juni 1993 UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang berubah menjadi kelas type C. Semenjak berdiri, sampai saat ini UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang telah dipimpin oleh 11 orang direktur, yaitu dr. Syahrizal (1981-1982), dr. Amri Alamsyah (1982-1987), dr. Labaron (1988-1994), dr. Billy S (1995-1996), dr. Zaiful Karim (1997-2004), drg. Eddi Pratista, MM (2005-2009), dr. Andri Nurtito, MARS (2010-2011), dr. Ristum Alamsyah, Sp. S (2011 - 2017), dr. Syahrizal, M. Kes (2017 - 2018), plt. dr. Ristum Alamsyah, Sp. S (2018 - 2019), dr. Nugroho Muji Pamungkas, Sp. B (2019), dr. Muhamad Fauzan (2019 - 2021), dr. Della Rianadita (2022 s.d sekarang). Pada tahun 2010, berdasarkan Keputusan Walikota Pangkalpinang Nomor : 477/KEP/RSUD/VIII/2010 UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang telah menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) secara Penuh. Pada tahun 2012, berdasarkan Nomor : KARS/SERT/344/I/2012 UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang telah memperoleh status terakreditasi 5 (lima) bidang pelayanan yaitu Pelayanan Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Rekam Medis. Pada tahun 2016, berdasarkan Sertifikat Nomor : KARS-SERT/565/XII/2016 UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang telah memenuhi Standar Akreditasi dengan Predikat Bintang 3 (tiga) tingkat Madya. Pada tahun 2019, berdasarkan Sertifikat Nomor : KARS-SERT/1176/XI/2019 UPTD RSUD Depati Hamzah Pangkalpinang telah memenuhi Standar Akreditasi dengan bintang 4 (empat) Tingkat Utama.

Bagian Ketiga

PEMILIK

Pasal 15

(1) Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Kota Pangkalpinang;
(2) Kewenangan Pemilik terhadap Rumah Sakit adalah sebagai berikut:
    a. menetapkan peraturan tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital by Laws), Standar Pelayanan Minimal, Pengelolaan Keuangan, Tarif Layanan, Remunerasi (Jasa Pelayanan), Pengelolaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit;
    b. mengangkat dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;
    c. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
    d. meminta kepada pengelola Rumah Sakit untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan dan keamanan pasien;
    e. mengesahkan Rencana Strategis Bisnis dan Rencana Bisnis dan Anggaran yang disetujui oleh Dewan Pengawas; dan
    f. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

Pasal 16

Tanggung jawab Pemilik terhadap Rumah Sakit adalah:

a. menetapkan tujuan rumah sakit;
b. mengawasi mutu pelayanan rumah sakit;
c. mengawasi keterjangkauan pelayanan;
d. meningkatkan peran masyarakat; dan
e. melakukan integrasi dan koordinasi.

Bagian Keempat

DEWAN PENGAWAS

Paragraf 1

Pembentukan

Pasal 17

(1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
(2) Dewan Pengawas di bentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Walikota Pangkalpinang atas usulan Direktur.
(3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Paragraf 2

Fungsi, Tugas, Kewajiban, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 18

(1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitan secara internal di UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.
(2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 19

(1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18, Dewan Pengawas bertugas:
    a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
    b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
    c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
    d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
    e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
    f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
    g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit,

etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;

(2) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Pemilik paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-sewaktu atas permintaan Pemilik.

Pasal 20

Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban:

a. memberikan pendapat dan saran kepada Walikota Pangkalpinang mengenai rencana bisnis anggaran yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
b. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit, memberikan pendapat dan saran kepada Walikota Pangkalpinang mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan rumah sakit;
c. memberikan nasihat kepada pengelola dalam melaksanakan pengurusan rumah sakit;
d. melaporkan dengan segera kepada Walikota Pangkalpinang apabila terjadi gejala menurunnya kinerja rumah sakit;
e. melakukan tugas pengawasan lain yang ditetapkan dalam Peraturan Pendirian Rumah Sakit;
f. menyelenggarakan rapat rutin dan rapat tahunan secara berkala dan rapat khusus apabila dianggap perlu untuk mengambil keputusan dalam rangka menjalankan tugas;
g. memberikan persetujuan yang menyangkut pengalihan, perubahan anggaran belanja oleh Direktur Utama;
h. melakukan hal-hal lain yang dianggap perlu sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan dan peraturan pendirian rumah sakit;
i. apabila Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dapat didelegasikan kepada anggota lainnya (tidak hanya pada rapat DEWAS).

Pasal 21

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Kepala/Direktur Rumah Sakit;

b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Kepala/Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Kepala/Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance);
d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance);
e. berkoordinasi dengan Kepala/Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Pasal 22

Dalam melaksanakan fungsi, tugas, kewajiban, dan wewenang Dewan Pengawas mempunyai tanggung jawab sebagai berikut:
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 profesional 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 (PMKP) dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
g. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis;
h. melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

Paragraf 3
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 23

(1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
(2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
(3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
(4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun atau sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance) dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Paragraf 4
Rapat - Rapat Dewan Pengawas

Pasal 24

(1) Dewan Pengawas melaksanakan rapat rutin paling sedikit

3 (tiga) bulan sekali, yang waktu dan tempatnya ditetapkan oleh Ketua Dewan Pengawas.

(2) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

(3) Setiap undangan rapat yang disampaikan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), harus melampirkan :
   a. satu salinan agenda rapat;
   b. satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
   c. satu salinan risalah rapat khusus yang lalu.

Pasal 25

(1) Ketua Dewan Pengawas mengundang rapat khusus Dewan Pengawas dalam hal:
   a. kepentingan Dewan Pengawas; atau
   b. permintaan Direktur.

(2) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.

(3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

(4) Rapat khusus yang diminta oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 26

(1) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun kalender.

(2) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

(3) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan tertulis kepada para anggota Dewan Pengawas dan undangan lain paling sedikit 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 27

Rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan secara pantas, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 28

Setiap rapat rutin Dewan Pengawas selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh Kepala Bagian dan Kepala Bidang serta pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas.

Pasal 29

Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka dalam hal kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas memilih pejabat Ketua untuk memimpin rapat.

Pasal 30

(1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
(2) Kuorum dianggap tercapai bila jumlah yang hadir paling sedikit setengah dari jumlah anggota Dewan Pengawas.

Pasal 31

(1) Setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sektretaris Dewan Pengawas.
(2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan oleh Ketua Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas.

Pasal 32

Kecuali telah diatur dalam Peraturan ini, maka :
(1) Pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
(2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil

melalui pemungutan suara dengan tata cara sebagai berikut:

a. setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan, atau bila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
b. putusan rapat didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
c. dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka Ketua Dewan Pengawas berwenang memutuskan; dan
d. suara yang diperhitungkan hanyalah berasal dari anggota Dewan Pengawas yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 33

(1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana yang ditentukan dalam Peraturan ini.
(2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi

Paragraf 5
Pembiayaan Dewan Pengawas

Pasal 34

(1) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran.
(2) Anggota Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
(3) Besaran honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan

Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur sesuai dengan Keputusan Direktur UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.

Paragraf 6

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 35

(1) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari unsur Pemilik Rumah Sakit, organisasi profesi, asosiasi perumahsakitan, dan tokoh masyarakat.
(2) Unsur Pemilik Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditunjuk oleh Pemilik Rumah Sakit.
(3) Unsur organisasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan organisasi profesi tenaga kesehatan.
(4) Unsur asosiasi perumahsakitan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan asosiasi perumahsakitan.
(5) Unsur tokoh masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga ahli di bidang perumahsakitan.
(6) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah 3 (tiga), maksimal 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang Ketua merangkap anggota dan 2-4 (dua sampai empat) orang anggota.
(7) Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim *Ad-hoc*.

Paragraf 7

Persyaratan Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 36

Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan:

a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakitan, serta dapat

menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;

b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
f. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Pemilik Rumah Sakit.

Paragraf 8

Pengakhiran dan Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas

Pasal 37

(1) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
(2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Pemilik.
(3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti :
    a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
    b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
    c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
    d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
    e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
(4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh pemilik Rumah Sakit.

Pasal 38

(1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang

diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 ayat (2), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 dan Pasal 36.

(2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Paragraf 9

Stempel Dewan Pengawas

Pasal 39

Stempel Dewan Pengawas berbentuk lonjong, seperti gambar berikut:




(1) Dalam Peraturan Internal UPTD RSUD Depati Hamzah ini ditentukan dua macam stempel, yaitu stempel Dewan Pengawas dan stempel Rumah Sakit;

(2) Stempel dewan pengawas hanya dapat gunakan untuk dokumen yang menyangkut hal- hal yang diputuskan oleh Dewan Pengawas seperti yang tercantum dalam risalah rapat;

(3) Setiap dokumen yang dikeluarkan oleh Dewan Pengawas harus dibubuhi stempel dewan pengawas;

(4) Dokumen yang dikeluarkan oleh Dewan Pengawas harus disertakan dengan risalah rapat yang sah.

Paragraf 10

Peran Terhadap Staf Medis Fungsional

Pasal 40

(1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan

Staf Medis Fungsional (SMF) untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan Visi, Misi, dan Tujuan Rumah Sakit.

(2) Peran terhadap Staf Medis Fungsional (SMF) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus-menerus dan berkesinambungan.

(3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam Organisasi Komite Medik Rumah Sakit melalui Subkomite kredensial, Subkomite Mutu Profesi dan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

## Bagian Kelima
## PENGELOLAAN RUMAH SAKIT
## *(corporate governance)*

### Paragraf 1
### Prinsip Tata Kelola

### Pasal 41

(1) Rumah Sakit dikelola berdasarkan pola tata kelola yang memuat antara lain:
   a. struktur organisasi;
   b. prosedur kerja;
   c. pengelompokan fungsi yang logis; dan
   d. pengelolaan Umum dan Keuangan.

(2) Tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memperhatikan prinsip, antara lain:
   a. transparansi;
   b. akuntabilitas;
   c. responsibilitas; dan
   d. independensi.

### Pasal 42

(1) Struktur organisasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, dan wewenang dalam organisasi.

(2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
(3) Pengelompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 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 tujuan organisasi.
(4) Pengelolaan Umum dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai umum dan keuangan yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.

Pasal 43

(1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
(2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.
(3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap prinsip bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
(4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

Paragraf 2

Pengelola Rumah Sakit

Pasal 44

Pejabat Pengelola adalah yang bertanggung jawab terhadap kinerja umum operasional, pelaksana kebijakan fleksibilitas dan keuangan BLUD dalam pemberi pelayanan yang terdiri atas:

a. pemimpin;
b. pejabat keuangan; dan
c. pejabat teknis

Pasal 45

(1) Pemimpin adalah Direktur, yang bertanggung jawab kepada Walikota Pangkalpinang melalui Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang terkait operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan.
(2) Direktur UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang merupakan jabatan fungsional dokter atau dokter gigi yang diberikan tugas tambahan, mempunyai tugas melaksanakan perumusan kebijakan teknis, koordinasi, pembinaan dan memimpin penyelenggaraan UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.

Pasal 46

Pejabat Keuangan adalah Kepala Bagian Tata Usaha yang bertanggung jawab kepada Direktur menyangkut pengelolaan penerimaan pendapatan, perbendaharaan, akuntasi, verifikasi, kepegawaian, Sumber Daya Manusia, perlengkapan, penyusunan program/perencanaan, evaluasi dan pelaporan.

Pasal 47

Pejabat Teknis adalah Kepala Bidang dan Kasi/Kasubbag yang bertanggungjawab kepada Direktur atas kegiatan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan penunjang non medis, pelayanan sistem informasi manajemen Rumah Sakit, dan pelayanan keperawatan.

Pasal 48

(1) Komposisi Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
(2) Perubahan komposisi Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Walikota Pangkalpinang.
(3) Jabatan Struktural/jabatan eselonering di Rumah Sakit terdiri dari:
    a. Direktur;
    b. Kepala Bagian;
    c. Kepala Bidang;
    d. Kepala Seksi;
    e. Kepala Sub Bagian;

Pasal 49

(1) Manajemen Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (3) diangkat dan diberhentikan oleh Walikota Pangkalpinang.
(2) Pengangkatan dan penempatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan berdasarkan kompetensi.
(3) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa pengetahuan, keahlian, keterampilan, integritas, kepemimpinan, pengalaman, dedikasi dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.

Paragraf 3
Jabatan Struktural Eselonisasi

Pasal 50

Eselonisasi sebagaimana dimaksud Pasal 48 ayat (3) untuk Rumah Sakit Umum Kelas C terdiri dari:
a. Direktur adalah jabatan struktural eselon III.a;
b. Kepala Bidang dan Kepala Bagian adalah jabatan struktural eselon III.b;
c. Kepala Seksi dan Kepala Sub Bagian adalah jabatan struktural eselon IV.a.

Paragraf 4

Masa Jabatan dan Pemberhentian Dari Jabatan

Pasal 51

(1) Masa jabatan Pejabat Pengelola adalah sesuai dengan kebutuhan dan dapat diangkat kembali untuk masa jabatan berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan yang ditentukan.
(2) Pengelola BLUD Rumah Sakit dapat diberhentikan sebelum masa jabatannya berakhir karena :
    a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
    b. tidak melaksanakan ketentuan peraturaan perundang-undangan;
    c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
    d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
    e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

Paragraf 5

Persyaratan Jabatan

Pasal 52

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Pengelola adalah :

a. Memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitan;
b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengelola dan mengembangkan Rumah Sakit;
c. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
d. Berstatus Pegawai Negeri Sipil yang bersedia bekerja dengan sungguh - sungguh untuk mengembangkan Rumah Sakit;
e. Saat diusulkan berpangkat minimal sesuai eselonering jabatan yang diusulkan;
f. Bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pencapaian visi dan misi Rumah Sakit; dan

g. Bersedia menandatangani pakta integritas.

Paragraf 6

Kewajiban dan Tanggungjawab

Pasal 53

Direktur mempunyai kewajiban sebagai berikut:

a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) agar lebih efisien dan produktivitas;
b. merumuskan penetapan kebijakan teknis Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh kepala daerah;
c. menyusun renstra;
d. menyusun RBA;
e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada kepala daerah sesuai ketentuan;
f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
g. mengkoordinasikan pelaksanaan kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) kepada kepala daerah; dan
h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah sesuai dengan kewenangannya.

Pasal 54

Dalam melaksanakan kewajiban Direktur mempunyai tanggung jawab sebagai berikut:

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 setaip laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis dan anggaran kepada Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan;
g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di Rumah Sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas Rumah Sakit;
h. melaporkan hasil program pelaksanaan mutu dan keselamatan pasien yang meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Dewan Pengawas; dan
i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.

Pasal 55

Tugas pokok dan fungsi Pengelola Rumah Sakit ditetapkan oleh Walikota Pangkalpinang dan dirinci dalam suatu uraian tugas pokok dan fungsi secara tertulis dalam Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit.

Pasal 56

(1) Direktur dapat mengangkat pejabat dalam jabatan yang bersifat fungsional/non struktural dengan hierarkhi setingkat pimpinan puncak (Ketua Komite, Instalasi, Ketua Kelompok Fungsional) dan setingkat staf pelaksana (staf fungsional/Kepala Unit).
(2) Direktur dapat mengangkat staf khusus dan atau staf ahli yang bersifat fungsional/non struktural untuk diperbantukan pada semua tingkat manajemen.
(3) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) didasarkan atas kebutuhan untuk pencapaian tujuan organisasi Rumah Sakit.
(4) Sebutan, fungsi, tugas, hak dan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) diatur oleh Direktur.

Pasal 57

(1) Apabila salah satu atau beberapa Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis berhalangan dalam menjalankan tugasnya maka kekosongan jabatan tersebut dijabat Pejabat satu tingkat dibawahnya yang di tunjuk sementara oleh Direktur dan dilaporkan secara tertulis kepada Walikota Pangkalpinang.
(2) Apabila Direktur berhalangan tetap dalam menjalankan tugasnya maka harus ditunjuk Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis untuk menjalankan tugas sementara pengelolaan Rumah Sakit melalui surat penugasan Walikota Pangkalpinang.
(3) Apabila semua Pejabat Pengelola berhalangan tetap melakukan tugasnya atau kekosongan jabatan karena belum diangkat, maka pengelolaan Rumah Sakit dijalankan oleh Pejabat yang ditunjuk Walikota Pangkalpinang.
(4) Apabila salah satu atau beberapa pejabat satu tingkat dibawah Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis berhalangan dalam menjalankan tugasnya maka kekosongan jabatan tersebut dijabat oleh staf Rumah Sakit yang ditunjuk sementara oleh Direktur dan dilaporkan secara tertulis kepada Walikota Pangkalpinang.

Pasal 58

(1) Untuk melaksanakan pengelolaan organisasi Rumah Sakit yang baik, efisien, dan efektif perlu diatur tata kerja organisasi sesuai asas-asas organisasi yang sesuai kondisi Rumah Sakit.
(2) Tata kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari tata kerja rapat, tata kerja monitoring dan evaluasi, tata kerja pendelegasian wewenang, tata kerja pengadaan barang dan jasa, tata kerja administrasi kepegawaian, tata kerja pengelolaan pendapatan dan belanja, tata kerja pengelolaan aset, tata kerja pelayanan medik, tata kerja penunjang medik, tata kerja asuhan keperawatan, tata kerja pendidikan dan pelatihan, dan tata kerja pengelolaan rumah tangga.

(3) Tata kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur oleh Direktur dan menjadi pedoman dalam pelaksanaan organisasi Rumah Sakit.

Bagian Keenam
ORGANISASI PELAKSANA

Paragraf 1
Instalasi

Pasal 59

Guna melaksanakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.

Pasal 60

(1) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan keputusan Direktur.
(2) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
(3) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang terkait.
(4) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh:
    a. kordinator/ kepala ruangan;
    b. ketua tim/penaggungjawab; dan
    c. tenaga fungsional tertentu dan atau tenaga fungsional umum.

Pasal 61

(1) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
(2) Pembentukan dan perubahan jumlah maupun jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Walikota Pangkalpinang melalui Sekretaris Daerah Kota Pangkalpinang.

Pasal 62

(1) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan diinstalasinya kepada Kepala Bidang Pelayanan.
(2) Instalasi dibedakan berdasarkan jenis layanan yang berikan kepada masyarakat.
(3) Nama-nama instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat 2 melingkupi:
    a. Instalasi Rawat Jalan;
    b. Instalasi Rawat Inap;
    c. Instalasi Gawat Darurat;
    d. Instalasi Rekam Medis;
    e. Instalasi Laboratorium;
    f. Instalasi Radiologi;
    g. Instalasi Farmasi;
    h. Instalasi Fisioterapi;
    i. Instalasi Pemulasaran Jenazah;
    j. Instalasi SIMRS;
    k. Instalasi CSSD dan Laundry;
    l. Instalasi Gizi dan Dapur;
    m. Instalasi K3RS;
    n. Instalasi Kesehatan Lingkungan ;
    o. Instalasi PKRS; dan
    p. IPSRS.

Pasal 63

Ketentuan lebih lanjut tentang Pedoman Organisasi dan Pedoman Pelayanan Instalasi diatur dalam Peraturan Internal yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 2
Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 64

(1) Kelompok jabatan fungsional adalah pelaksana teknis yang terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai jabatan fungsional sesuai bidang

keahliannya.

(2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.

(3) Kelompok jabatan fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing.

(4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 65

(1) Rumah Sakit wajib menyelenggarakan PKRS sebagai unit kerja fungsional.

(2) PKRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan dengan prinsip paradigma sehat, kesetaraan, kemandirian, keterpaduan, dan kesinambungan.

(3) Unit kerja fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat 1 berupa instalasi, yang didasarkan pada kelas Rumah Sakit.

(4) Profesional pemberi asuhan yang terlibat dalam penyelenggaraan PKRS pada setiap unit pelayanan di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada Pasien.

Pasal 66

(1) Promosi Kesehatan Rumah Sakit merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Wakil Direktur melalui bidang terkait.

(2) Kepala PKRS dan Kordinator ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari Komite medik, Komite Keperawatan, Bidang Pelayanan dan Bidang Keperawatan.

Pasal 67

Ketentuan lebih lanjut tentang Pedoman Organisasi dan Pedoman Pelayanan PKRS diatur dalam Peraturan Internal

yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketujuh

ORGANISASI PENDUKUNG

Paragraf 1

Satuan Pengawas Internal

Pasal 68

(1) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
(2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pengawas Internal bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
(3) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal harus memenuhi persyaratan:
    a. sehat jasmani dan rohani;
    b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
    c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
    d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
    e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
    f. berijazah paling rendah D-3 (Diploma 3);
    g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun di Rumah Sakit;
    h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat diangkat pertama kali;
    i. tidak pernah mendapat hukuman disiplin dari atasan atau pejabat berwenang;
    j. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggara Rumah Sakit;
    k. mempunyai sikap independen dan obyektif; dan
    l. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Direktur.
(4) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
    a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
    b. tidak melaksanakan ketentuan peraturaan perundang-undangan;

c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit;
e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap;
f. terkena tindakan disiplin berat dari atasan; atau
g. adanya kebijakan dari Pemilik atau Direktur.

Pasal 69

(1) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pengawas Internal adalah:
a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi Rumah Sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan Rumah Sakit;
c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi:
1. informasi penting Rumah Sakit terjamin keamanannya;
2. fungsi sekretariat Rumah Sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif; dan
3. penyajian laporan-laporan Rumah Sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan.
d. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur;

(2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Satuan Pengawas Internal berfungsi sebagai unit monitoring yang bersifat independen untuk:
a. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
b. melakukan penilaian desain pengendalian internal;
c. melakukan implementasi pengendalian internal; dan
d. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai

prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan Rumah Sakit.

(3) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.

(4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Paragraf 2

Komite Medik

Pasal 70

Komite medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis *(clininal governance)* agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

Pasal 71

(1) Komite Medik berhak memperoleh insentif biaya operasional sesuai dengan kemampuan kuangan Rumah Sakit.

(2) Pelaksanaan kegiatan Komite Medik didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan pengadaan barang/jasa pemerintah.

Pasal 72

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

Pasal 73

(1) Susunan personalia Komite Medik terdiri dari:
   a. ketua;
   b. sekretaris; dan
   c. sub komite.

(2) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dalam

masa jabatan 5 (lima) tahun dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.

(3) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disesuaikan dengan jumlah staf medik di Rumah Sakit.

(4) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Sub komite - Sub komite.

(5) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari Staf Medik Fungsional.

Pasal 74

(1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
   a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
   b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
   c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.

(2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
   a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
   b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
      1. kompetensi;
      2. kesehatan fisik dan mental;
      3. perilaku; dan
      4. etika profesi.
   c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
   d. wawancara terhadap permohonan kewenangan klinis;
   e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
   f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
   g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
   h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat

penugasan klinis.

(3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
   a. pelaksanaan audit medis;
   b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
   c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik Rumah Sakit; dan
   d. rekomendasi proses pendampingan *(proctoring)* bagi staf medis yang membutuhkan.

(4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
   a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
   b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
   c. rekomendasi pendisiplinan prilaku profesional di Rumah Sakit; dan
   d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 75

Komite medik mempunyai wewenang menjaga profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:

a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis *(delineation of clinical privilege)*;
b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis *(clinical appointment)*;
c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis *(clinical privilege)* tertentu;
d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikas rincian kewenangan klinis *(delineation of clinical privilege)*;
e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
g. memberikan rekomendasi pendampingan *(proctoring)*; dan
h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 3

Komite Keperawatan

Pasal 76

Guna membantu Direktur dalam menyusun Standar Asuhan Keperawatan dan memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan perawat dan bidan, mengembangkan pelayanan keperawatan, program pendidikan, pelatihan dan penelitian serta mengambangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan, maka dibentuk Komite Keperawatan.

Pasal 77

(1) Keperawatan berhak memperoleh insentif biaya operasional sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
(2) Pelaksanaan kegiatan Komite Keperawatan didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan pengadaan barang /jasa pemerintah.

Pasal 78

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

Pasal 79

(1) Susunan Komite Keperawatan terdiri dari:
    a. ketua;
    b. sekretaris; dan
    c. sub komite.
(2) Ketua Komite Keperawatan ditunjuk oleh Direktur.
(3) Keanggotaan Pengurus Komite Keperawatan diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku dalam masa jabatan 5 (lima) tahun.
(4) Jumlah Pengurus Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit.

(5) Pengurus Komite Keperawatan terbagi ke dalam Sub komite-Sub komite.
(6) Subkomite Keperawatan terdidi dari:
    a. ketua sub komite, dan
    b. anggota sub komite.

Pasal 80

Tugas dan Fungsi Komite Keperawatan adalah meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dan kebidanan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:

a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan;
c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi perawat dan bidan.

Pasal 81

Komite keperawatan berwenang untuk:

a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
b. memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
d. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
e. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan;
f. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian
    tindakan disiplin.

Pasal 82

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Keperawatan diatur dalam Peraturan Internal Komite Keperawatan yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 4

Komite Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 83

Guna membantu Direktur dalam Standar Praktek Tenaga Keteknisan Kesehatan dalam hal memantau pelaksanaan praktek, mengatur kewenangan, mengembangkan strategi pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi keteknisan kesehatan, direktur Rumah Sakit dapat membentuk Komite Tenaga Kesehatan lain.

Pasal 84

(1) Komite Tenaga Kesehatan Lain berhak memperoleh insentif biaya operasional sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
(2) Pelaksanaan kegiatan Komite Tenaga Kesehatan Lain didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan pengadaan barang/jasa pemerintah.

Pasal 85

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

Pasal 86

(1) Susunan personalia organisasi Komite Tenaga Kesahatan Lainnya terdiri dari:
    a. ketua;
    b. sekretaris; dan
    c. sub komite.
(2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lain ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
(3) Jumlah keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disesuaikan dengan

jumlah staf medik di Rumah Sakit.

(4) Anggota Komite Tenaga Kesehatan Lain terbagi ke dalam Sub komite.

Pasal 87

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Tenaga Kesehatan Lain diatur dalam Peraturan Internal Komite Tenaga Kesehatan Lain yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 5
Komite Etik dan Hukum

Pasal 88

(1) Susunan organisasi Komite Etik dan Hukum terdiri dari :
    a. ketua;
    b. sekretaris, dan
    c. seksi - seksi.
(2) Ketua ditetapkan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun, dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku serta masukan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit.
(3) Anggota Komite Etik dan Hukum terbagi ke dalam Seksi-Seksi, yang terdiri dari :
    a. ketua;
    b. sekretaris; dan
    c. anggota.

Pasal 89

Komite Etik dan Hukum mempunyai tugas membantu Direktur dalam mensosialisasikan kewajiban dan tata aturan etik dan hukum Rumah Sakit kepada semua unsur yang ada di Rumah Sakit.

Pasal 90

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 89 Komite Etik dan Hukum berfungsi:

a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi

medikoetik-legal, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;

b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit; dan
c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit.

Pasal 91

Kewajiban etik dan hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 89 meliputi:

a. kewajiban umum Rumah Sakit;
b. kewajiban Rumah Sakit terhadap masyarakat;
c. kewajiban Rumah Sakit terhadap staf;
d. menyelesaikan masalah medikolegal dan etika Rumah Sakit; dan
e. melakukan koordinasi dengan Bagian Hukum Sekretariat Daerah Kota Pangkalpinang dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemilik dalam menyelesaikan masalah medikolegal.

Pasal 92

Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 89 dan Pasal 90, Komite Etik dan Hukum mempunyai kewenangan:

a. mengusulkan rencana kegiatan tahunan dan lima tahunan;
b. mengusulkan sanksi kepada Direktur terhadap pegawai melakukan pelanggaran etik dan hukum;
c. mensosialisasikan tata aturan yang berhubungan dengan etik dan hukum yang berlaku di Rumah Sakit kepada pegawai Rumah Sakit; dan
d. memberikan pertimbangan hukum kepada Direktur diminta atau tidak guna perbaikan manajemen pelayanan di Rumah Sakit.

Pasal 93

(1) Komite Etik dan Hukum beserta Pejabat Pengelola

melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi etik dan hukum.

(2) Rapat etik dan hukum terdiri dari rapat kerja, rapat rutin dan rapat khusus.

(3) Rapat Kerja terdiri dari:
   a. rapat kerja dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
   b. rapat kerja dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Subkomite, Pejabat Pengelola, Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan; dan
   c. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja etik dan hukum untuk masa 3 (tiga) tahun.

(4) Rapat Rutin terdiri dari:
   a. rapat rutin dilaksanakan dalam 3 (tiga) bulan sekali dan bersifat terbuka;
   b. rapat rutin dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Subkomite, Pejabat Pengelola, Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan; dan
   c. agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah etika dan hukum.

(5) Rapat Pleno terdiri dari:
   a. rapat pleno diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
   b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Subkomite dan Pejabat Pengelola serta Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan terkait; dan
   c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan displin pegawai Rumah Sakit Non Medis dan Non Keperawatan.

Pasal 94

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Etik dan Hukum diatur dalam Peraturan Internal Komite Etik dan Hukum yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 6

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 95

(1) Susunan organisasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari:
    a. ketua;
    b. sekretaris;
    c. anggota atau Infection Provention Control Nurse (IPCN); dan
    d. Infection Provention and Control Link Nurse (IPCLN);
(2) Keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terbagi ke dalam Kelompok Jabatan Fungsional, yaitu Pencegahan dan Pengendalian.
(3) Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang Keperawatan Rumah Sakit.
(4) Infection Provention Control Nurse (IPCN) dan Infection Provention and Control Link Nurse (IPCLN) diusulkan oleh Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan oleh Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang keperawatan Rumah Sakit.

Pasal 96

(1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai tugas pokok membantu Direktur memberikan pertimbangan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit.
(2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai fungsi:
    a. menyusun, menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi Rumah Sakit;

b. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB);
c. merencanakan, mengusulkan pengadaaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
d. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
e. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
f. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa Rumah Sakit; dan
g. menerima laporan atas kegiatan dan membuat laporan berkala kepada Direktur.

(3) Sekretaris mempunyai tugas:
a. memonitor pelaksanaan PPI, penerapan SOP, kewaspadaan isolasi;
b. melaporkan hasil pelaksanaan surveilans;
c. melakukan pelatihan petugas kesehatan tentang PPI
d. melakukan investigasi KLB bila ada kejadian;
e. melakukan audit PPI termasuk limbah, laundry, gizi dll;
f. memonitor Kesehatan Lingkungan;
g. mendisain, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi surveilans infeksi yang terjadi di RS;
h. membuat laporan surveilans kepada komite PPI;
i. memberi saran desain RS agar sesuai dengan prinsip PPI
j. memprakarsai penyuluhan bagi petugas kesehatan, pengunjung dan keluarga tentang PPI; dan
k. sebagai koordinator antara unit dalam mendeteksi, PPI di Rumah Sakit.

(4) Infection Provention Control Nurse (IPCN) mempunyai tugas:
a. mengunjungi ruangan setiap hari untuk memonitor kejadian infeksi yang terjadi di Lingkungan kerjanya di Rumah Sakit;
b. memonitor pelaksanaan PPI, penerapan SOP, kewaspadaan isolasi;
c. melaksanakan surveilans infeksi dan melaporkan

kepada komite PPI;

d. bersama komite PPI melakukan pelatihan petugas kesehatan tentang PPI di RS;
e. melakukan investigasi terhadap KLB dan bersama-sama komite PPI memperbaiki kesalahan yang terjadi;
f. memonitor kesehatan infeksi dari petugas kesehatan untuk mencegah penularan infeksi dari petugas kesehatan kepasien atau sebaliknya;
g. tentang pencegahan dan pengendalian infeksi yang diperlukan pada kasus yang terjadi di RS;
h. audit PPI termasuk terhadap limbah, laundry, gizi dan lain-lain dengan menggunakan daftar tilik;
i. monitoring kesehatan lingkungan;
j. memonitor terhadap pengendalian penggunaan antibiotika yang rasional;
k. mendisain, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi surveilans infeksi yang terjadi di RS;
l. membuat laporan surveilans dan melaporkan ke komite PPI;
m. memberikan motivasi dan teguran tentang pelaksanaan kepatuhan PPI;
n. memberi saran desain RS agar sesuai dengan prinsip PPIRS;
o. meningkatkan kesadran pasien dan pengunjung RS tentang PPIRS;
p. memprakasai penyuluhan bagi petugas kesehatan, pengunjung, keluarga tentang infeksi yang sedang berkembang dimasyarakat, infeksi dengan insiden tinggi; dan
q. sebagai koordinator antara unit dalam mendeteksi, PPI di Rumah Sakit.

(5) Infection Prevention and Control Link Nurse (IPCLN) mempunyai tugas:

a. mengisi dan mengumpulkan formulir surveilans setiap pasien di unit rawat inap masing-masing kemudian menyerahkannya kepada IPCN ketika pasien pulang;
b. memberi motivasi dan teguran tentang pelaksanaan kepatuhan PPI pada setiap personil ruangan diunit rawatnya masing-masing;
c. memberitahukan kepada IPCN apabila ada kecurigaan adanya infeksi nosokomial pada pasien;

d. berkoordinasi dengan IPCN saat terjadi infeksi potensial KLB, penyuluhan bagi pengunjung dirawat inap masing-masing, konsultasi prosedur yang harus dijalankan bila belum paham; dan
e. memonitor kepatuhan petugas kesehatan yang lain dalam menjalankan standar isolasi.

Pasal 97

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diatur dalam pedoman organisasi dan pedoman pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 8
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 98

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit.

Pasal 99

(1) Susunan organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari:
    a. ketua;
    b. sekretaris;
    c. tim sub komite; dan
    d. anggota atau Person In Charge (PIC)
(2) Keanggotaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terbagi ke dalam Tim Sub Komite Mutu, Tim Sub Komite Keselamatan Pasien, dan Tim Sub Komite Manajemen Resiko.
(3) Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang Keperawatan Rumah Sakit.
(4) Sekretaris dan Tim Sub Komite diusulkan oleh Ketua

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ke Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang Keperawatan Rumah Sakit.

Pasal 100

(1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas:
   a. sebagai motor penggerak penyusunan program KMKP Rumah Sakit;
   b. melakukan monitoring dan memandu penerapan program KMKP di unit kerja;
   c. membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator;
   d. melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas Rumah Sakit secara keseluruhan;
   e. menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di Rumah Sakit;
   f. menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan;
   g. menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait perlaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
   h. terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan KMKP;
   i. bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf; dan
   j. menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program KMKP.
(2) Sekretaris mempunyai tugas:
   a. menjadwalkan rapat Komite PMKP;
   b. membantu masing – masing koordinator dalam menyiapkan form / blanko pengumpulan data PMKP;
   c. membantu ketua PMKP dalam meyusun Program

PMKP dan memonitor berjalannya program; dan

d. melakukan *follow-up* dan memonitor hasil rekomendasi rapat Komite PMKP agar berjalan tepat waktu.

(3) Tim Sub Komite Mutu mempunyai tugas:

a. menyusun kebijakan, pedoman dan progam kerja terkait pengelolaan dan penerapan progam mutu pelayanan Rumah sakit;
b. memberikan masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah sakit terkait Perbaikan Mutu tingkat Rumah Sakit;
c. memilih prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
d. memantau dan memadu penerapan progam mutu di unit kerja;
e. memantau dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
f. memfasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
g. memfasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
h. mengumpulkan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data indikator prioritas RS dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
i. berkoordinasi dan berkomunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal dan unit kerja lainnya yang terkait serta staf;
j. melaksanakan dukungan dan implementasi budaya mutu di Rumah sakit;
k. melakukan pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan pendidikan dan penelitian;
l. menyelenggarakan pelatihan peningkatan mutu; dan
m. menyusun laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.

(4) Tim Sub Komite Keselamatan Pasien mempunyai tugas:

a. penyusunan kebijaka pedoman, dan pogram kerja terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;
b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam rangka pengambilan

kebijakan keselamatan pasien;

c. pemantauan dan memandu penerapa keselamatan pasien di unit kerja;
d. motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
e. pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Alaysis (RCA) dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
f. pelaporan insiden secara continue sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
g. melaksanakan pelatihan keselamatan pasien; dan
h. penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.

(5) Tim Sub Komite Manajemen Risiko mempunyai tugas:
a. menyusun kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
b. memberikan masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;
c. memantau dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
d. memberikan usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
e. melaksanaka dan melaporkan rencana penangan risiko sesuai lingkup tugasnya;
f. memberikan usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
g. melaksanakan penanganan risiko tinggi;
h. melaksanakan pelatihan manajemen risiko;
i. menyusun laporan pelaksanaan program manajemen risiko.

Pasal 101

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Mutu dan Keselamatan Pasien diatur dalam Pedoman organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 9

Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit

Pasal 102

Pengaturan K3RS bertujuan untuk terselenggaranya Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan.

Pasal 103

(1) Kebijakan K3RS ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit dan disosialisasikan ke seluruh Sumber Daya Manusia Rumah Sakit.
(2) Kebijakan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
    a. penetapan kebijakan dan tujuan dari program K3RS;
    b. penetapan organisasi K3RS; dan
    c. penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana.

Pasal 104

(1) Untuk terselenggaranya K3RS secara optimal, efektif, efesien, dan berkesinambungan, Rumah Sakit membentuk atau menunjuk satu unit kerja fungsional yang mempunyai tanggung jawab dalam menyelenggarakan K3RS.
(2) Unit kerja fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berbentuk komite tersendiri atau terintegrasi dengan komite lainnya, dan/atau instalasi K3RS.

Pasal 105

Unit kerja fungsional K3RS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 104 memiliki tugas:

a. menyusun dan mengembangkan kebijakan, pedoman, panduan, dan standar prosedur operasional K3RS;
b. menyusun dan mengembangkan program K3RS;
c. melaksanakan dan mengawasi pelaksanaan K3RS; dan

d. memberikan rekomendasi yang berkaitan dengan K3RS untuk bahan pertimbangan.

Pasal 106

Ketentuan lebih lanjut tentang Pengorganisasian K3RS diatur dalam Pedoman organisasi K3RS yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kedelapan
TATA KERJA

Pasal 107

Dalam melaksanakan tugas setiap Pejabat Pengelola wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (cross fungtion approach) secara vertikal dan horisontal baik dilingkungannya serta dengan Instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

Pasal 108

Setiap Pejabat Pengelola wajib mengawasi bawahannya dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan.

Pasal 109

Setiap Pejabat Pengelola bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.

Pasal 110

Setiap peringkat jabatan pengelola wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.

Pasal 111

Setiap laporan yang diterima oleh Pejabat Pengelola dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan.

Pasal 112

Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Subbagian, Kepala Seksi, Kepala Instalasi, Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional, Ketua Komite dan Ketua Panitia wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya.

Pasal 113

Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampiran disampaikan kepada organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

Pasal 114

Dalam melaksanakan tugasnya, setiap Pejabat Pengelola dibantu oleh kepala satuan organisasi dibawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan wajib mengadakan rapat berkala.

Bagian Kesembilan
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Paragraf 1
Tujuan Pengelolaan

Pasal 115

Pengelolaan sumber daya manusia merupakan pengaturan dan kebijakan mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan ketenagaan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi

secara efektif dan efisien.

Pasal 116

(1) Sumber daya manusia Rumah Sakit dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil.
(2) Penerimaan pegawai Rumah Sakit diatur sebagai berikut:
    a. untuk Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku;
    b. untuk pegawai Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan mekanisme rekruitmen atau cara lain yang efektif dan efisien;
    c. rekruitmen Pegawai Negeri Sipil maupun Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan cara seleksi, meliputi seleksi administrasi, test psikologi, seleksi akademik dan keterampilan, wawancara dan test kesehatan; dan
    d. kerjasama operasional dilaksanakan sesuai kebutuhan dan dilakukan oleh Direktur dengan pihak ketiga.

Paragraf 2
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 117

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas pegawai maka UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang menerapkan kebijakan tentang sistem penghargaan bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak mamenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.

Pasal 118

Kenaikan pangkat reguler diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang tidak menduduki jabatan struktural, termasuk Pegawai Negeri Sipil yang:
a. melaksanakan tugas belajar dan sebelumnya tidak menduduki jabatan struktural ; dan
b. dipekerjakan atau diperbantukan secara penuh di luar instansi induk dan tidak menduduki jabatan pimpinan yang telah ditetapkan persamaan eselonnya.

Pasal 119

(1) Rotasi Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
(2) Rotasi dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
    a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
    b. masa kerja di unit tertentu;
    c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
    d. kegunaannya dalam menunjang karir; dan
    e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Paragraf 3
Pengangkatan Pegawai

Pasal 120

(1) Pegawai UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dapat dipekerjakan secara tetap atau tidak tetap.
(2) Pengangkatan Pegawai Negeri Sipil disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(3) Pengangkatan pegawai Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi, dalam peningkatan pelayanan dan sesuai dengan kebutuhan.
(4) Pengangkatan pegawai Non Pegawai Negeri Sipil ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 4
Disiplin Pegawai

Pasal 121

(1) Penilaian disiplin pegawai UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang didasarkan pada:
    a. daftar hadir;
    b. laporan kegiatan; dan
    c. daftar penilaian pelaksanaan pekerjaan.
(2) Jam kerja pegawai UPTD RSUD Depati Hamzah Kota

Pangkalpinang terdiri dari:

a. bagi manajemen/kantor, poliklinik, perekam medis, bagian pelayanan surat medis, bagian umum, instalasi SIMRS, nutrisionis, sanitarian, instalasi farmasi dan perlengkapan:
   - Senin s.d Kamis : 07.30 - 14.00 WIB
   - Jum'at : 07.30 - 11.00 WIB
   - Sabtu : 07.30 - 12.45 WIB
b. bagi rawat inap, IGD, audit/kasir, petugas pendaftaran, satpam, sopir ambulance, depo IGD, petugas kebersihan, IPSRS, Laundry, petugas dapur, instalasi pemulasaran jenazah, Radiologi, Fisioterapi, Laboratorium dan Kamar Operasi sesuai dengan jam dinas/shift masing-masing.

(3) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai meliputi:

a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis dan peryataan tidak puas secara tertulis;
b. hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan
c. hukuman disiplin berat yang terdiri dari 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.

Paragraf 5

Pemberhentian Pegawai

Pasal 122

(1) Pemberhentian Pegawai Negeri Sipil diatur menurut peraturan perundangan-undangan tentang pemberhentian Pegawai Negeri Sipil.
(2) Pemberhentian Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:

a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan/atau tidak memperpanjang masa kontrak;
b. pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun dilaksanakan apabila Pegawai telah memasuki masa batas usia pensiun sesuai dengan peraturan yang berlaku; atau
c. pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai melakukan tindakan pelanggaran sesuai peraturan tentang disiplin pegawai.

Bagian Kesepuluh
REMUNERASI

Pasal 123

Remunerasi merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, tambahan penghasilan pegawai, pesangon dan/atau pensiun yang diberikan kepada pejabat pengelola dan pegawai UPTD RSUD Depati Hamah Kota Pangkalpinang yang ditetapkan oleh Walikota.

Pasal 124

(1) Pengelola atau manajemen BLUD dan Pegawai BLUD diberikan remunerasi sesuai dengan tanggung jawab dan profesionalismenya.
(2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang diberikan dalam komponen sistem penghargaan meliputi:
    a. gaji yaitu imbalan kerja berupa uang yang bersifat tetap setiap bulan;
    b. tunjangan tetap yaitu imbalan kerja berupa uang yang bersifat tambahan pendapatan di luar gaji setiap bulan;
    c. insentif yaitu imbalan kerja berupa uang yang bersifat tambahan pendapatan di luar gaji;
    d. bonus atas prestasi yaitu imbalan kerja berupa uang yang bersifat tambahan pendapatan di luar gaji, tunjangan tetap dan insentif, atas prestasi kerja yang

dapat diberikan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun anggaran setelah BLUD memenuhi syarat tertentu;

e. pesangon yaitu imbalan kerja berupa uang santunan purna jabatan sesuai dengan kemampuan keuangan; dan/atau
f. pensiun yaitu imbalan kerja berupa uang.

(3) Pejabat Pengelola, Staf Direksi dan Pembantu Staf Direksi berhak atas Remunerasi:
a. bersifat tetap berupa gaji;
b. bersifat tambahan berupa tunjangan tetap, insentif dan bonus atas prestasi; dan
c. pesangon bagi pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja dan professional lainnya atau pensiun bagi Pegawai Negeri Sipil.

(4) Pegawai BLUD berhak atas Remunerasi:
a. bersifat tetap berupa gaji;
b. bersifat tambahan berupa , insentif dan bonus atas prestasi; dan
c. pesangon bagi pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja dan profesional lainnya atau pensiun bagi Pegawai Negeri Sipil.

(5) Remunerasi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas diberikan dalam bentuk honorarium.

Pasal 125

(1) Remunerasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 124 diatur dengan Peraturan Walikota berdasarkan usulan pimpinan BLUD.

(2) Pengaturan remunerasi dalam Peraturan Walikota sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempertimbangkan prinsip proporsionalitas, kesetaraan, kepatutan, kewajaran dan kinerja.

(3) Selain mempertimbangkan prinsip sebagaimana dimaksud pada ayat (2), pengaturan remunerasi dapat memperhatikan indeks harga daerah.

Pasal 126

Pengaturan remunerasi dalam Peraturan Walikota sebagaimana dimaksud dalam Pasal 124 ayat (2) dihitung

berdasarkan indikator penilaian, meliputi:

a. pengalaman dan masa kerja;
b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku;
c. resiko kerja;
d. tingkat kegawatdaruratan;
e. jabatan yang disandang; dan
f. hasil/capaian kinerja.

Pasal 127

Remunerasi dalam bentuk honorarium Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran biaya pegawai Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA).

Pasal 128

Pegawai UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang yang berstatus Pegawai Negeri Sipil, gaji pokok dan tunjangan tetap mengikuti peraturan perundang - undangan tentang gaji dan tunjangan Pegawai Negeri Sipil serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang ditetapkan sebagaimana dimaksud Pasal 124.

Bagian Kesebelas
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 129

(1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang, Walikota Pangkalpinang menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
(2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mempertimbangkan jenis dan mutu pelayanan.

Pasal 130

Standar Pelayanan Minimal wajib memperhatikan asas sebagai berikut:

a. akses;
b. efektivtas;
c. efisiensi;
d. keselamatan;
e. keamanan;
f. kenyamanan;
g. kesinambungan pelayanan;
h. kompetensi teknis; dan
i. hubungan antar manusia.

Bagian Kedua Belas
PENGELOLAAN KEUANGAN

Pasal 131

(1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektivitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparasi.
(2) Dalam rangka penerapan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis aktual dan standar akuntansi pemerintahan.
(3) Subsidi dari Pemerintah untuk pembiayaan Rumah Sakit dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan Jasa.

Bagian Keempat Belas
TARIF LAYANAN

Pasal 132

(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.
(3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dihitung untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya layanan.
(4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat

berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.

(5) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada besaran biaya satuan ditambah dengan batas keuntungan, tingkat bunga bank, tingkat inflasi dan jasa pelayanan dengan mempertimbangkan tarif rumah sakit sekitar, kemampuan dan atau kesanggupan masyarakat untuk membayar.

Pasal 133

(1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
(2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Walikota.
(3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.

Pasal 134

(1) Peraturan Walikota mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
(2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
(3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) berpedoman pada ketentuan Pasal 132 dan Pasal 133.

Bagian Kelima Belas
PENYUSUNAN RENCANA BISNIS DAN ANGGARAN (RBA)

Paragraf 1
Penyusunan RBA

Pasal 135

(1) Rumah Sakit wajib menyusun RBA tahunan.
(2) RBA tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1)

mengacu kepada Rencana Strategis Rumah Sakit.

Pasal 136

(1) RBA disusun berdasarkan:
    a. anggaran berbasis kinerja;
    b. standar satuan harga; dan
    c. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya, APBD dan sumber pendapatan BLUD lainnya.
(2) Anggaran berbasis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan analisis kegiatan yang berorientasi pada pencapaian output dengan penggunaan sumber daya secara efisien.
(3) Standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku disuatu daerah.
(4) Dalam hal Rumah Sakit belum menyusun standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Rumah Sakit menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.
(5) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan pagu belanja yang dirinci menurut belanja operasi dan belanja modal.
(6) Penyusunan kebutuhan dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c disusun per jenis layanan pada Rumah Sakit.
(7) Kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c bersumber dari:
    a. pendapatan dari layanan yang diberikan kepada masyarakat;
    b. hibah tidak terikat dan/atau hibah terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain;
    c. hasil kerja sama Rumah Sakit dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya;
    d. penerimaan lainnya yang sah; dan/atau
    e. penerimaan anggaran yang bersumber dari APBD/APBN.

(8) Hasil kerjasama lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf c antara lain diperoleh dari pendapatan jasa giro, pendapatan sewa lahan dan lain – lain.

Pasal 137

(1) RBA paling sedikit memuat:
   a. ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
   b. rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan;
   c. perkiraan harga;
   d. besaran persentase ambang batas; dan
   *e.* perkiraan maju atau *forward estimate.*

(2) Ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf a merupakan ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan.

(3) Rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan rencana anggaran untuk seluruh kegiatan tahunan yang dinyatakan dalam satuan uang yang tercermin dari rencana pendapatan belanja dan pembiayaan.

(4) Perkiraan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan estimasi harga jual produk barang dan/atau jasa setelah memperhitungkan biaya per satuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari tarif layanan.

(5) Besaran persentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan besaran persentase perubahan anggaran bersumber dari pendapatan operasional yang diperkenankan dan ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional BLUD.

(6) Perkiraan maju sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e merupakan perhitungan kebutuhan dana untuk tahun anggaran berikutnya dari tahun yang direncanakan guna memastikan kesinambungan program dan kegiatan yang telah disetujui dan menjadi dasar penyusunan anggaran tahun berikutnya.

Pasal 138

(1) RBA menganut pola anggaran fleksibel (flexible budget) dengan suatu presentase ambang batas tertentu.
(2) Pola anggaran fleksibel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya berlaku untuk belanja yang bersumber dari pendapatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 136 ayat (7) huruf a, b, c, dan d.
(3) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan besaran persentase realisasi belanja yang diperkenankan melampaui anggaran dalam RBA dan DBA.
(4) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), digunakan apabila pendapatan Rumah Sakit sebagaimana Pasal 136 ayat (7) pada huruf a sampai dengan huruf e diprediksi melebihi target pendapatan yang telah ditetapkan RBA dan DPA tahun yang dianggarkan.
(5) Persentase Ambang Batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal kas.
(6) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhitungkan fluktuasi kegiatan operasional, meliputi:
    a. kecenderungan/tren selisih anggaran pendapatan BLUD selain APBD tahun berjalan dengan realisasi 2 (dua) tahun anggaran sebelumnya; dan
    b. kecenderungan/tren selisih pendapatan BLUD selain APBD dengan prognosis tahun anggaran berjalan.
(7) Presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dicapai, terukur, rasional dan dipertanggungiawabkan.
(8) Persentase Ambang Batas dicantumkan dalam Rencana Kerja Anggaran dan Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit.
(9) Pencantuman Ambang Batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa keterangan atau catatan yang memberikan informasi besaran Persentase Ambang Batas.
(10) Dalam hal belanja Rumah Sakit melampaui ambang

batas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), terlebih dahulu mendapat persetujuan kepala daerah.

(11) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Rumah Sakit mengajukan usulan tarnbahan anggaran dari APBD kepada PPKD.

Paragraf 2

Penyusunan Ikhtisar RBA

Pasal 139

Ikhtisar RBA digunakan sebagai bahan untuk menggabungkan RBA ke dalam RKA Rumah Sakit.

Pasal 140

(1) UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang mencantumkan penerimaan dan pengeluaran yang tercantum dalam RBA ke dalam pendapatan, belanja, dan pembiayaan dalam Ikhtisar RBA termasuk belanja dan pengeluaran pembiayaan yang didanai dari saldo awal kas.

(2) Pendapatan, belanja, dan pembiayaan yang dicantumkan dalam Ikhtisar RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihitung berdasarkan basis kas.

(3) Pendapatan Rumah Sakit yang dicantumkan ke dalam Ikhtisar RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup pendapatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 136 ayat (7) huruf a sampai dengan huruf d.

(4) Belanja Rumah Sakit yang dicantumkan ke dalam Ikhtisar RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup semua belanja Rumah Sakit, termasuk belanja yang didanai dari APBD (Rupiah Murni), belanja yang didanai dari Pendapatan Rumah Sakit, penerimaan pembiayaan, dan belanja yang didanai dari saldo awal kas

Pasal 141

(1) Belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 140 ayat (4) dicantumkan kedalam Ikhtisar RBA dalam 3 (tiga) jenis belanja yang terdiri atas:

a. belanja pegawai;

b. belanja barang; dan
c. belanja modal.

(2) Belanja Pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan belanja pegawai yang berasal dari APBD (Rupiah Murni) dan Pendapatan Rumah Sakit.

(3) Belanja Barang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri atas Belanja Barang yang berasal dari APBD (Rupiah Murni), Belanja Barang yang didanai dari Pendapatan Rumah Sakit.

(4) Belanja Barang yang didanai dari Pendapatan BLUD Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri dari Belanja Barang, Belanja Jasa, Belanja Pemeliharaan dan Belanja Perjalanan Dinas.

(5) Belanja Modal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari Belanja Modal yang berasal dari APBD (Rupiah Murni) dan Belanja Modal yang berasal dari pendapatan BLUD Rumah Sakit.

(6) Belanja Modal yang berasal dari APBD (Rupiah Murni) sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan belanja modal yang bersumber dari Rupiah Murni yang terdiri dari Belanja Modal Tanah, Belanja Modal Peralatan dan Mesin, Belanja Modal Gedung dan Bangunan, Belanja Modal Jalan, Irigasi dan Jaringan, dan Belanja Modal Aset Tetap Lainnya.

(7) Belanja Modal Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan belanja modal yang bersumber dari Pendapatan BLUD Rumah Sakit yang terdiri dari Belanja Modal Tanah, Belanja Modal Peralatan dan Mesin, Belanja Modal Gedung dan Bangunan, Belanja Modal Jalan, Irigasi dan Jaringan, dan Belanja Modal Aset Tetap Lainnya.

Pasal 142

(1) Pembiayaan sebagaimana dimaksud Pasal 140 ayat (1) mencakup semua penerimaan pembiayaan dan pengeluaran pembiayaan Rumah Sakit.

(2) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun anggaran berikutnya.

(3) Penerimaan pembiayaan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain mencakup sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya, divestasi dan penerimaan utang/pinjaman.
(4) Pengeluaran pembiayaan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup antara lain investasi dan pembayaran pokok utang/pinjaman.
(5) Pengeluaran pembiayaan Rumah Sakit yang dicantumkan dalam Ikhtisar RBA adalah pengeluaran pembiayaan yang didanai dari APBD (Rupiah Murni) tahun berjalan dan Pendapatan BLUD Rumah Sakit.
(6) Pengeluaran pembiayaan Rumah Sakit yang didanai dari APBD (Rupiah Murni) tahun berjalan yang telah tercantum dalam DPA selain DPA Rumah sakit, atau APBD (Rupiah Murni) tahun lalu dan telah dipertanggungjawabkan dalam pertanggungjawaban APBD sebelumnya, tidak dicantumkan dalam Ikhtisar RBA.

Paragraf 3
Pengajuan RBA

Pasal 143

(1) Direktur mengajukan RBA kepada Walikota melalui Dewan Pengawas.
(2) Pengajuan RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan memenuhi syarat sebagai berikut :
    a. RBA ditandatangani oleh Direktur dan diketahui oleh Dewan Pengawas;
    b. RBA disertai dengan standar pelayanan minimal, tarif, dan/atau standar biaya layanan; dan
    c. Dalam hal Rumah Sakit menyusun RBA menggunakan standar biaya berdasarkan perhitungan akuntasi biaya.

Pasal 144

(1) PPKD menyampaikan RKA beserta RBA kepada tim anggaran pernerintah daerah untuk dilakukan penelaahan.
(2) Hasil penelaahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1)

antara lain digunakan sebagai dasar pertimbangan alokasi dana APBD untuk BLUD.

(3) Tim anggaran pemerintah daerah menyampaikan kembali RKA beserta RBA yang telah dilakukan penelaahan kepada PPKD untuk dicantumkan dalam rancangan peraturan daerah tentang APBD yang selanjutnya ditetapkan menjadi Peraturan Daerah tentang APBD.

(4) Tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan RBA mengikuti tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan APBD.

Pasal 145

(1) Rumah Sakit menyusun RKA berdasarkan RBA dan ikhtisar RBA.

(2) RKA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Walikota.

(3) Dalam hal Walikota menyetujui pengajuan RKA, Walikota menyampaikan RKA dan RBA kepada Badan Keuangan Daerah (BAKEUDA).

(4) Badan Keuangan Daerah (BAKEUDA) atas nama Walikota melakukan telaahan terhadap RKA dan RBA yang diajukan untuk digunakan sebagai bagian dari mekanisme pengajuan dan penetapan APBD.

Pasal 146

(1) Direktur menyusun RBA Definitif sebagai dasar melakukan kegiatan Rumah Sakit.

(2) Penyusunan RBA Definitif sebagaimana diaksud pada ayat (1) dilakukan dengan cara sebagai berikut:
   a. Rumah Sakit melakukan penyesuaian RKA dan RBA dengan Penetapan APBD atau Keputusan Walikota mengenai Rincian Anggaran Belanja Rumah Sakit;
   b. RBA yang telah disesuaikan ditandatangani oleh Direktur dan diketahui oleh Dewan Pengawas;
   c. RBA Definitif diajukan kepada Walikota; dan
   d. Dalam hal Walikota menyetujui RBA Definitif, Walikota menyampaikan RKA dan RBA Definitif kepada Kepala Badan Keuangan Daerah (BAKEUDA).

(3) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara penyusunan

dan format rincian RBA definitif ditetapkan oleh Direktur.

BAB III

PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN

Pasal 147

(1) UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang menyusun pelaporan dan pertanggungjawaban berupa laporan keuangan.
(2) Laporan keuangan UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
    a. laporan realisasi anggaran;
    b. laporan perubahan saldo anggaran lebih;
    c. neraca;
    d. laporan operasional;
    e. laporan arus kas;
    f. laporan perubahan ekuitas; dan
    g. catatan atas laporan keuangan.
(3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disusun berdasarkan standar akuntansi pemerintahan.
(4) Dalam hal standar akuntansi pemerintahan tidak mengatur jenis usaha Rumah Sakit, Rumah Sakit mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi.
(5) Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) yang diatur dengan Peraturan Kepala Daerah.
(6) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil atau keluaran Rumah Sakit.
(7) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Pasal 148

(1) Direktur menyusun laporan keuangan semesteran dan tahunan.
(2) Laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan laporan kinerja paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir, setelah

dilakukan reviu oleh SKPD yang membidangi pengawasan di pemerintah daerah.

(3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan SKPD, untuk selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah.

(4) Hasil reviu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesatuan dari laporan keuangan tahunan.

## BAB IV
## AMANDEMEN/PERUBAHAN

### Pasal 149

(1) Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital ByLaws) secara berkala sekurang-kurangnya setiap 3 (tiga) tahun dievaluasi, ditinjau kembali, disesuaikan dengan perkembangan profesi medis dan kondisi Rumah Sakit.

(2) Perubahan dilakukan dengan menambah pasal baru (Addendum) dan/atau merubah pasal yang telah ada (amandemen) dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini.

(3) Addendum dan/atau Amandemen sebagaimana dimaksud pada ayat (2), merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Rumah Sakit ini.

## BAB V
## KETENTUAN PENUTUP

### Pasal 150

Dengan berlakunya Peraturan Walikota ini, maka Peraturan Walikota Nomor 558/KEP/RSUD/X/2019 tentang Pedoman Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 151

Peraturan Walikota ini berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Pangkalpinang
pada tanggal 22 Agustus 2022

WALIKOTA PANGKALPINANG,

Dto

MAULAN AKLIL

Diundangkan di Pangkalpinang
pada tanggal 22 Agustus 2022

SEKRETARIS DAERAH
KOTA PANGKALPINANG,

Dto

RADMIDA DAWAM

BERITA DAERAH KOTA PANGKALPINANG TAHUN 2022 NOMOR 108