



BUPATI NGANJUK  
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI NGANJUK  
NOMOR 41 TAHUN 2025

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH NGANJUK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI NGANJUK,

- Menimbang : bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Pasal 822 ayat (1) dan (2) Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Nganjuk;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;  
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 9) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur dan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah dilakukan perubahan kedua dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor\_12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
5. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Tahun 2023 Nomor 6887);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor\_23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 157);

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 857);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang Kode Etik dan Hukum Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1291);
15. Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 28 Tahun 2024 tentang Nomenklatur, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Daerah pada Dinas Kesehatan (Berita Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2024 Nomor 28);
16. Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 38 Tahun 2024 tentang Pengelolaan Sumber Daya Manusia pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah (Berita Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2024 Nomor 38);


MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH NGANJUK.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ni yang dimaksud dengan:


1. Daerah adalah Kabupaten Nganjuk.
  2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Nganjuk
  3. Bupati adalah Bupati Nganjuk
  4. Dinas adalah Dinas Kesehatan Nganjuk
  5. Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Nganjuk Kabupaten Nganjuk adalah Bupati Nganjuk.
  6. Rumah Sakit Umum Daerah Nganjuk yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk yang sudah ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk.
  7. Tata Kelola Rumah Sakit merupakan Peraturan Internal yang memuat kelembagaan, prosedur kerja, pengelompokan fungsi, dan pengelolaan sumber daya manusia yang menerapkan fungsi manajemen Rumah Sakit berdasarkan prinsip transparansi, akuntabilitas, independensi, responsibilitas, kesetaraan, dan kewajaran.
- 

8. Tata kelola korporasi adalah aturan yang mengatur kelembagaan, hubungan antara pemilik, pengelola, dan staf medis serta tenaga kesehatan di Rumah Sakit berjalan dengan baik dengan menerapkan fungsi manajemen Rumah Sakit dalam rangka mewujudkan
9. Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff by Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*Clinical Governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di Rumah Sakit.
10. Peraturan Internal Tenaga Kesehatan adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis tenaga kesehatan untuk menjaga profesionalisme Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit.
11. Dewan Pengawas adalah Representasi Pemilik / mewakili pemilik yang terdiri dari Ketua dan Anggota yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian serta memberikan nasihat terhadap kegiatan pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh pejabat pengelola.
12. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Nganjuk Kabupaten Nganjuk.
13. Satuan Pengawas Internal (SPI) adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pemeriksaan, pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat
14. Komite Medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar Staf Medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
15. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
16. Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Etik dan Hukum adalah unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit untuk penerapan etika rumah sakit dan hukum perumahsakitannya.
17. Kelompok Staf Medis, yang selanjutnya disingkat KSM adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit.
18. Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis di rumah sakit.
19. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di Rumah Sakit untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.

20. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usul Komite Medik.
21. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).
22. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar Kewenangan Klinis yang telah ditetapkan baginya.
23. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap Staf Medis untuk menentukan kelayakan diberikan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*).
24. Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap Staf Medis yang telah memiliki Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis tersebut.
25. Mitra Bestari (*Peer Group*) adalah sekelompok Staf Medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
26. Standar Operasional Prosedur yang selanjutnya disebut SOP adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan.
27. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.

BAB II  
MAKSUD/TUJUAN DAN PRINSIP  
Bagian Kesatu  
Maksud/Tujuan

Pasal 2

- Maksud/tujuan ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah:
- a. sebagai pedoman, arah serta kepastian hukum bagi Rumah Sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna melalui pengaturan hubungan yang harmonis antara Pemilik Rumah Sakit/Representasi Pemilik, Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Staf Medis, Staf Keperawatan, Staf Kesehatan Lain.
  - b. sebagai pedoman, arah serta kepastian hukum dalam mewujudkan penyelenggaraan Tata Kelola Klinis yang Baik melalui Komite Medik dan Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lain untuk menjaga profesionalisme Staf Medis, Staf Keperawatan dan Staf Tenaga Kesehatan Lain;
- 

Bagian Kedua  
Prinsip

Pasal 3

- (1) Untuk melaksanakan Tata Kelola Rumah sakit yang baik, Rumah Sakit menerapkan fungsi manajemen dengan berdasarkan prinsip:
  - a. transparansi, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
  - b. akuntabilitas, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak dan diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen Sumber Daya Manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
  - c. independensi, 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
  - d. responsibilitas, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat dengan perundang-undangan.
  - e. kesetaraan dan kewajaran merupakan prinsip ketika Rumah Sakit melakukan suatu kegiatan, harus selalu memperhatikan kepentingan untuk masyarakat dan lingkungan serta pemilik kepentingan lain harus berdasarkan azas kesetaraan dan kewajaran.
- (2) Untuk melaksanakan Tata Kelola Klinis yang baik, Rumah Sakit menerapkan fungsi manajemen klinis dengan berdasarkan prinsip:
  - a. kepemimpinan klinik;
  - b. audit klinis;
  - c. data klinis;
  - d. resiko klinis berbasis bukti;
  - e. peningkatan kinerja;
  - f. pengelolaan keluhan;
  - a. mekanisme monitor hasil pelayanan,
  - b. pengembangan profesional; dan
  - c. akreditasi rumah sakit.

BAB III  
RUANG LINGKUP

Pasal 4

Ruang Lingkup Peraturan Tata Kelola meliputi:

- a. Peraturan Tata Kelola Korporasi meliputi:
  - 1) Kelembagaan;
  - 2) prosedur kerja;



- 3) pengelompokan fungsi-fungsi logis;
  - 4) Pengelolaan Sumberdaya Manusia.
- b. Peraturan Tata Kelola Klinis
- 1) Staf Medis
  - 2) Staf Keperawatan
  - 3) Staf Tenaga Kesehatan Lain

BAB IV  
PERATURAN TATA KELOLA KORPORASI  
(CORPORATE BY LAWS)

Bagian Kesatu

Kelembagaan

Paragraf 1

Gambaran Umum Rumah Sakit

Alinea 1

Identitas

Pasal 5

- (1) Identitas Rumah Sakit ditetapkan sebagai berikut:
- a. Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Nganjuk Kabupaten Nganjuk;
  - b. Rumah Sakit Umum Daerah Nganjuk Kabupaten Nganjuk merupakan Unit Organisasi Bersifat Khusus di lingkungan Pemerintah Daerah untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan Kesehatan Daerah;
  - c. Kelas rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Pendidikan;
  - d. Alamat rumah sakit adalah Jalan Dr. Soetomo Nomor 62 Nganjuk Kode Pos 64415 Tel. (0358) 321818, 326474, 326652, 328429 Fax. (0358) 325003 E-mail : [infoyan@rsud.nganjukkab.go.id](mailto:infoyan@rsud.nganjukkab.go.id).
  - e. Logo Rumah Sakit Umum Daerah Nganjuk adalah sebagai berikut:



**RSUD NGANJUK**

1. Keterangan Gambar:

- 1.1. Bentuk dasar: gambar bunga Mawar berdaun – bunga lima helai sedang mengembang, berwarna kuning emas.
- 1.2. Gambar palang yang kokoh berwarna hijau tua, di tengah.

- 1.3. Gambar stylisasi bentuk prasasti Anjuk Ladang berwarna putih, melingkupi gambar palang.
  - 1.4. Secara keseluruhan, tampilan logo tanpa pembatas.
  - 1.5. Tulisan: RSUD Nganjuk tertera di bawah logo.
2. Arti Lambang:
- 2.1. Pancasila sebagai sumber dari segala sumber hukum di negara Republik Indonesia, di lambangkan pada butir 1.1.
  - 2.2. Upaya pengembangan diri dengan menambah pengetahuan dan ketrampilan melalui pendidikan dan pelatihan secara terus menerus dilambangkan pada butir 1.1. dan 1.4.
  - 2.3. Fungsi pelayanan kesehatan untuk masyarakat luas dilambangkan pada butir 1.2 dan 1.4.
  - 2.4. Keluwesan sikap profesi dilambangkan pada butir 1.1.
  - 2.5. Ketegasan profesi dilambangkan pada butir 1.2.
  - 2.6. Kabupaten Nganjuk dilambangkan pada butir 1.3.
3. Uraian Lambang:
- “Suatu usaha mewujudkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat luas berdasarkan perundang-undangan yang berlaku di negara Republik Indonesia, dengan kesinambungan usaha melalui pendidikan dan pelatihan sepanjang masa yang tidak terbatas, RSUD Nganjuk berusaha mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan semua karyawan, menuju standar pelayanan yang bermutu, sejajar dengan keramahan sikap.”
- (2) Penggunaan Identitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut oleh Direktur RSUD Nganjuk.

Alinea 2  
Visi, Misi, Program, Motto,  
Nilai-nilai Dasar dan Janji Layanan

Pasal 6

- (1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional pada Rumah Sakit ditetapkan Visi “Menjadi Rumah Sakit Pilihan Terbaik Dalam Pelayanan Kesehatan”.
- (2) Sebagai upaya untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai misi untuk:
  - a. meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien;

- b. meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia yang profesional dan berhati nurani;
  - c. mengembangkan Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Kesehatan yang bermutu dan beretika untuk menunjang pelayanan;
  - d. memantapkan penerapan PPK-BLUD yang transparan, akuntabel dan independen.
- (3) Program Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis Rumah sakit adalah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah.
- (4) Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.
- (5) Perubahan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan oleh Bupati.

#### Pasal 7

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Rumah Sakit memiliki motto "Melayani Dengan Sepenuh Hati".

#### Pasal 8

Janji layanan memberikan pelayanan sesuai standar dengan mengutamakan keselamatan dan kenyamanan pasien.

#### Pasal 9

Rumah Sakit menerapkan nilai-nilai dasar dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, meliputi :

- a. berorientasi pelayanan : Lebih mengutamakan kualitas pelayanan pada masyarakat daripada kepentingan pribadi, tidak memandang status sosial , melakukan tugas sesuai standart pelayanan.
- b. akuntabel : Dapat mempertanggung jawabkan semua kegiatan baik dalam bidang keuangan maupun non keuangan (pelayanan, mutu, manfaat dan keselamatan pasien).
- c. kompeten : Dalam melaksanakan tugas harus menguasai ketrampilan teknis, menguasai ilmu pengetahuan di bidangnya dan juga memiliki sikap perilaku yang baik.
- d. harmonis : Menjalin hubungan kerjasama antar profesi yang baik , menjunjung kode etik professional, mengutamakan hubungan hierarki sesuai struktur organisasi yang sehat dan menjaga lingkungan kerja yang kondusif yang memungkinkan tumbuhnya motivasi tinggi dalam bekerja.
- e. loyal : Setia pada tujuan organisasi (RSUD), berkomitmen untuk memajukan organisasi, menjunjung kepentingan organisasi dan memiliki nilai nilai luhur untuk menjaga kerahasiaan organisasi.



- f. adaptif : Cepat tanggap mengikuti perkembangan yang terjadi baik perkembangan teknologi maupun perubahan regulasi serta perubahan tuntutan Masyarakat, cepat tanggap terhadap perubahan, cepat belajar menyesuaikan dengan situasi maupun kondisi baru maupun tugas baru.
- g. kolaboratif : Bekerja secara terintegrasi antar profesi untuk mengoptimalkan kualitas pelayanan.

#### Paragraf 2

Struktur Organisasi /Posisi Jabatan,  
Pembagian Tugas, Fungsi, dan Wewenang

#### Pasal 10

Struktur organisasi, Pembagian Tugas, Fungsi, dan Wewenang seluruh Pejabat Struktural berpedoman pada Peraturan Bupati Nomor 28 Tahun 2024 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk

#### Paragraf 3

Kedudukan dan Fungsi Rumah Sakit

#### Pasal 11


- (1) RSUD mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
- (2) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) RSUD mempunyai fungsi :
  - a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
  - b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna sesuai dengan kebutuhan medis;
  - c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan bagi sumber daya manusia RSUD; dan
  - d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan.
- (3) Rumah Sakit berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung atas tugas Dinas Kesehatan khususnya di bidang pelayanan kesehatan.
- (4) Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Direktur yang mempunyai tanggung jawab, meliputi:
  - a. mematuhi perundang-undangan yang berlaku.
  - b. menjalankan visi dan misi rumah sakit yang telah ditetapkan.
  - c. menetapkan kebijakan rumah sakit, termasuk kebijakan pengendalian antikorupsi antara lain kebijakan *fraud* di lingkungan rumah sakit.

- d. memberikan tanggapan terhadap setiap 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 Representatif pemilik/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 pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada representasi pemilik/Dewan Pengawas.
  - i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada representasi pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja Rumah Sakit dilakukan oleh Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan
  - (6) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam rencana strategis bisnis dan Rencana Bisnis Anggaran.
  - (7) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah setiap tahun disampaikan kepada Bupati melalui Inspektorat Kabupaten Nganjuk
  - (8) Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud ayat (6), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam:
    - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
    - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas).
    - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
    - d. kemampuan menerima dari jasa layanan untuk membiyai pengeluaran.
  - (9) Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam ayat (6) dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

#### Paragraf 5

Pengorganisasian Bupati dan Dewan Pengawas

#### Pasal 12

- (1) Struktur Organisasi kepemilikan Bupati dan Dewan Pengawas selaku representasi pemilik tercantum dalam Lampiran II Peraturan Bupati ini.
  - (2) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen.
- 

- (3) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (4) Keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang sesuai dengan besarnya omzet dan/atau nilai aset Rumah Sakit, serta seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (5) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (6) berhalangan tetap, maka Bupati mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi Ketua hingga masa jabatan berakhir atas usulan Direktur Rumah Sakit dan diketahui Kepala Dinas.
- (6) Dewan Pengawas sebagai Representasi Pemilik Rumah Sakit bertanggungjawab kepada Bupati.
- (7) Dewan Pengawas sebagai Representasi Pemilik Rumah Sakit di evaluasi oleh Bupati setiap tahun dan hasil evaluasinya didokumentasikan.

#### Paragraf 6

#### Tugas dan Kewenangan Pemerintah Daerah/Bupati

#### Pasal 13

- (1) Bupati sebagai pemilik Rumah Sakit mempunyai tanggungjawab terhadap pelayanan dasar bidang kesehatan.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati berwenang:
  - a. melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja Pengelola Rumah Sakit.
  - b. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang, serta melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala minimal setahun sekali;
  - c. menetapkan struktur organisasi Rumah Sakit;
  - d. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumber daya manusia Rumah Sakit;
  - e. mengesahkan Tata Kelola Rumah Sakit;
  - f. menetapkan visi dan misi Rumah Sakit;
  - g. menetapkan peraturan tata kelola sebagai peraturan internal Rumah Sakit (Hospital by Laws) dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit beserta perubahannya;
  - h. mengesahkan Renstra Rumah Sakit sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus yang berstatus BLUD penuh;
  - i. mengesahkan RBA melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) dengan diketahui Dewan Pengawas;
  - j. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas sesuai peraturan yang berlaku;

- k. menyediakan anggaran operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit'
- l. memberikan arahan kebijakan rumah sakit;

Paragraf 7  
Representatif Pemilik / Dewan Pengawas  
Alinea 1  
Kedudukan, Tugas, Dan Wewenang

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas merupakan representasi Pemilik adalah unit nonstruktural yang bersifat independen.
- (2) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* BLUD Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakitian secara internal.
- (3) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tugas:
  - 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) Penilaian kinerja non keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (f) huruf b, diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

Pasal 16

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 non struktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Kepala/Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Alinea 2

Penilaian Kinerja Rumah Sakit oleh Dewan Pengawas


Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas melakukan penilaian kinerja keuangan dan non keuangan terhadap Rumah sakit.
- (2) Penilaian kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diukur paling sedikit meliputi:
  - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (*rentabilitas*);
  - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
  - c. memenuhi seluruh kewajibannya (*solvabilitas*); dan
  - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Penilaian kinerja non keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (f) huruf b, diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (4) Penilaian kinerja non keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diukur paling sedikit berdasarkan:
  - a. perspektif pelanggan;
  - b. proses internal pelayanan;
  - c. pembelajaran; dan
  - d. pertumbuhan.
- (5) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada kepala daerah secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

Alinea 3

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 18

- (6) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
  - (7) Dalam hal batas usia anggota dewan pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya
  - (8) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan karena:
- 

- a. meninggal dunia;
  - b. masa jabatan berakhir; atau
  - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (9) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sewaktu-waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena:
- a. tidak dapat melaksanakan tugas;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
  - e. mengundurkan diri; dan
  - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada Rumah Sakit dan/atau negara.


#### Alinea 4

#### Keanggotaan Dewan Pengawas

#### Pasal 19

- (1) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang sesuai dengan Nilai Omzet atau Nilai Aset.
- (2) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk BLUD yang memiliki:
  - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, sebesar Rp30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
  - b. Nilai Aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).
- (3) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk BLUD yang memiliki:
  - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp100.000.000.000,00 ((seratus miliar rupiah); atau
  - b. Nilai Aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).

#### Pasal 20


- (1) Komposisi keanggotaan Dewan Pengawas yang berjumlah 3 (tiga) orang, terdiri atas:
    - a. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD;
- 

- b. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah ; dan
  - c. 1 (satu) orang tenaga ahli.
- (2) Komposisi keanggotaan Dewan Pengawas yang berjumlah 5 (tiga) orang, terdiri atas:
- a. 2 (dua) orang pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD;
  - b. 2 (dua) orang pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah ; dan
  - c. 1 (satu) orang tenaga ahli.
- (3) Tenaga Ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan ayat (2) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan BLUD.
- (4) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas pada 3 (tiga) BLUD.
- (5) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola.
- (6) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat :
- a. Sehat jasmani dan rohani
  - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
  - c. memaharni penyelenggaraan pemerintahan daerah;
  - d. memiliki pengetahuan tugas dan fungsi BLUD;
  - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
  - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (1) dan ayat (2);
  - h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
  - i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
  - j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah, dan/ atau calon anggota legislatif.

#### Alinea 5

#### Tata Kerja Dewan Pengawas

#### Pasal 21

- (1) Tata Kerja Dewan Pengawas dan Manajemen bersifat dinamis dan selalu berkembang.
  - (2) Tata Kerja Dewan Pengawas dan Manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sangat tergantung kepada kebutuhan Dewan Pengawas dan Manajemen dalam pengelolaan Rumah Sakit dengan prinsip:
- 

- a. dewan Pengawas menghormati tugas dan wewenang Manajemen dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana telah diatur dalam peraturan perundang-undangan;
- b. manajemen menghormati tugas dan wewenang Dewan Pengawas untuk melakukan pengawasan dan memberikan nasihat terhadap kebijakan pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- c. setiap hubungan kerja antara Dewan Pengawas dengan Manajemen merupakan hubungan yang bersifat formal kelembagaan, dalam arti senantiasa dilandasi oleh suatu mekanisme baku atau korespondensi yang dapat dipertanggungjawabkan;
- d. hubungan Kerja Informal tidak dapat dijadikan sebagai dasar pengambilan keputusan;
- e. dewan Pengawas berhak memperoleh informasi Rumah Sakit secara tepat waktu, lengkap, terukur, dan akurat;
- f. manajemen bertanggung jawab atas penyampaian informasi Rumah Sakit kepada Dewan Pengawas secara tepat waktu, lengkap, terukur dan akurat.

Alinea 6

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 22

- (1) Bupati dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas
- (3) Jumlah Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas dapat berasal dari Rumah Sakit dan/atau dari SKPD yang membidangi kesehatan dan BLUD.

Alinea 7

Pembiayaan dan Operasional Dewan Pengawas

Pasal 23

Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada anggaran Rumah Sakit.

Pasal 24

Anggota Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.



Alinea 8  
Rapat Rutin, Rapat Khusus dan Rapat Tahunan  
Dewan Pengawas


Pasal 25

- (1) Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat Rutin merupakan rapat kordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola pada Rumah Sakit dan Komite-Komite serta organ pendukung/Pejabat lain.
- (3) Rapat Rutin dilaksanakan paling sedikit sepuluh kali dalam setahun.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, Komite-Komite organ pendukung/ pihak lain tertentu paling lambat tiga hari sebelum rapat dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (4) harus melampirkan:
  - a. 1 (satu) salinan agenda;
  - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu;
  - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 26

- (1) Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
  - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
  - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit tiga orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Pasal 27

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- 

- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Alinea 9  
Undangan Rapat  
Pasal 28

Setiap Undangan dinyatakan sah apabila disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Alinea 10  
Peserta Rapat

Pasal 29


Setiap Rapat Rutin dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, dan Direksi serta pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit dan/atau di luar lingkungan Rumah Sakit apabila diperlukan.

Pasal 30

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berkewajiban melaporkan keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Alinea 11  
Kuorum

Pasal 31

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
  - (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
  - (3) Bila kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat hari dan jam yang sama minggu berikutnya.
  - (4) Bila kuorum tidak tercapai juga dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.
- 

Alinea 12  
Risalah Rapat

Pasal 32

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Alinea 13  
Pemungutan Suara

Pasal 33

- (1) 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.
- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.


Alinea 14  
Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 34

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Alinea 15  
Stempel Dewan Pengawas

Pasal 35

- (1) Dewan Pengawas dapat membuat dan menggunakan stempel dewan pengawas dalam rangka pelaksanaan pengadministrasian.
  - (2) Setiap dokumen tidak akan dibubuhi Stempel Dewan Pengawas selain menyangkut hal-hal yang diputuskan oleh Dewan Pengawas dimana Ketua diberi wewenang untuk menggunakan Stempel tersebut dengan persetujuan dua anggota Dewan Pengawas lainnya.
- 

- (3) Penggunaan Stempel oleh Ketua pada saat diantara dua rapat Dewan Pengawas sebagaimana tercantum pada ayat (2) diatas harus dilaporkan pada rapat Dewan Pengawas berikutnya untuk memperoleh pengakuan.
- (4) Setiap dokumen yang menggunakan Stempel Dewan Pengawas harus ditandatangani oleh sekurangnyanya dua orang anggota Dewan Pengawas.

Paragraf 8

Penetapan, Persyaratan, Peran Tugas dan Kewenangan  
Direktur

Alinea 1

Penetapan Direktur

Pasal 36

- (1) Dalam melaksanakan kegiatan operasional Rumah Sakit sehari-hari Bupati menetapkan Direktur Rumah Sakit yang dibantu Kepala Bagian/Bidang terkait.
- (2) Direktur bertanggungjawab untuk menjalankan misi Rumah Sakit yang sudah ditetapkan oleh Bupati.

Alinea 2

Persyaratan Direktur

Pasal 37

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :

- a. Direktur Rumah Sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakit.
- b. Direktur Rumah Sakit telah mengikuti pelatihan perumahsakit meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, Rencana strategis bisnis, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Tata Kelola Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal, Sistem Akuntabilitas, Sistem remunerasi Rumah Sakit, Pengelolaan Sumber Daya Manusia.
- c. Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama satu tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural.
- d. Pengalaman jabatan Direktur diutamakan pernah memimpin Rumah Sakit Kelas C dan/atau pernah menjabat sebagai Wakil Direktur Rumah Sakit Kelas B paling singkat selama 3 (tiga) tahun.

Alinea 3

Fungsi, Tugas dan Kewenangan Direktur

Pasal 38

Tugas, fungsi dan kewenangan Direktur berpedoman pada Peraturan Bupati Nomor 28 Tahun 2024 tentang Nomenklatur, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Daerah Pada Dinas Kesehatan.



Alinea 4  
Akuntabilitas Direktur

Pasal 39

- (1) Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab untuk menjalankan rumah sakit dan mematuhi peraturan perundang-undangan dan kebijakan rumah sakit.
- (2) Direktur secara kolaboratif mengoperasionalkan rumah sakit bersama dengan para pimpinan, kepala unit kerja, dan unit pelayanan untuk mencapai visi misi yang ditetapkan serta memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pengelolaan kontrak, serta pengelolaan sumber daya.
- (3) Operasional rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhubungan dengan seluruh pemangku kepentingan yang ada mulai dari pemilik, jajaran Pejabat Pengelola, pengelolaan secara keseluruhan sampai dengan unit fungsional yang ada.
- (4) Setiap pemangku kepentingan memiliki tugas dan tanggung jawab sesuai ketentuan peraturan dan perundangan yang berlaku.
- (5) Tanggung jawab Direktur dalam menjalankan rumah sakit mencakup:
  - a. mematuhi perundang-undangan yang berlaku.
  - b. menjalankan visi dan misi rumah sakit yang telah ditetapkan.
  - c. menetapkan kebijakan rumah sakit.
  - d. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator.
  - e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya.
  - f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada Representatif pemilik/Dewan Pengawas untuk 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 pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Representasi pemilik/Dewan Pengawas.
  - i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Representasi pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.
- (6) Tanggungjawab Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (5), dievaluasi setiap tahun oleh Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (7) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur dilaksanakan melalui Penilaian Prestasi Kerja.

Paragraf 9  
Akuntabilitas Pimpinan Rumah Sakit  
Alinea 1

Pasal 40

- (1) Direktur dan pimpinan rumah sakit/wakil direktur rumah sakit menyusun misi, rencana kerja dan kebijakan untuk memenuhi misi rumah sakit serta merencanakan dan menentukan jenis pelayanan klinis untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dilayani rumah sakit.
- (2) Berdasarkan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur dan pimpinan bekerja sama untuk menyusun rencana kerja dan kebijakan yang dibutuhkan.
- (3) Jenis Pelayanan yang akan diberikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus konsisten dengan misi Rumah Sakit.
- (4) Direktur rumah sakit menentukan pimpinan setiap unit klinis dan unit layanan penting lainnya.
- (5) Direktur bersama para pimpinan setiap unit klinis dan unit layanan penting lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (4) melakukan:
  - a. merencanakan cakupan dan intensitas pelayanan yang akan disediakan oleh rumah sakit, baik secara langsung maupun tidak langsung.
  - b. meminta masukan dan partisipasi masyarakat, rumah sakit jejaring, fasilitas pelayanan kesehatan dan pihak- pihak lain untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat.
  - c. bentuk pelayanan sebagaimana dimaksud pada huruf b akan dimasukkan dalam penyusunan rencana strategis rumah sakit dan perspektif pasien yang akan dilayani rumah sakit.
  - d. menentukan komunitas dan populasi pasien, mengidentifikasi pelayanan yang dibutuhkan oleh komunitas, dan merencanakan komunikasi berkelanjutan dengan kelompok pemangku kepentingan utama dalam komunitas. Komunikasi sebagaimana dimaksud huruf d, dapat secara langsung ditujukan kepada individu melalui media massa, melalui lembaga dalam komunitas atau pihak ketiga.
  - e. Jenis informasi yang disampaikan meliputi:
    1. informasi tentang layanan, jam kegiatan kerja, dan proses untuk mendapatkan pelayanan; dan
    2. informasi tentang mutu layanan, yang disediakan kepada masyarakat dan sumber rujukan.
- (6) Direktur memastikan komunikasi yang efektif telah dilaksanakan secara menyeluruh di rumah sakit.
- (7) Pengelolaan komunikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

- (8) Komunikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (8) merupakan tanggung jawab Direktur.
- a. selain selaku kuasa pengguna anggaran Direktur memiliki tugas dan kewenangan : menyusun rencana kerja dan anggaran;
  - b. menyusun dokumen pelaksanaan anggaran;
  - c. menandatangani surat perintah membayar;
  - d. mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
  - e. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
  - f. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan dan pejabat penatausahaan keuangan; dan
  - g. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah.
- (9) Selain menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 38 Direktur bertindak sebagai Kuasa Pengguna Barang.

#### Pasal 41

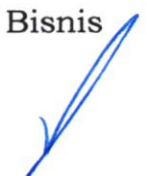
- (1) Dalam hal Direktur berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil (PNS), maka yang bersangkutan merupakan Kuasa Pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna Barang.
- (2) Dalam hal Direktur berasal dari unsur non Pegawai Negeri Sipil, maka yang bersangkutan bukan merupakan Kuasa Pengguna Anggaran dan bukan Kuasa Pengguna Barang.
- (3) Dalam hal Direktur bukan Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka yang menjadi Kuasa Pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna Barang adalah Pejabat Keuangan yang berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil.

#### Alinea 2

Wakil Direktur Umum dan Keuangan  
Bagian Kesatu  
Persyaratan

#### Pasal 42

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Umum dan Keuangan adalah:

- a. Berlatar belakang pendidikan Sarjana dengan pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) bidang Kesehatan dan atau Sarjana Ekonomi atau Akuntansi;
  - b. Telah mengikuti pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Sistem Rekrutment Pegawai, dan Sistem Remunerasi dan Laporan Pokok Keuangan, Akuntansi, Rencana Bisnis Anggaran, dan Sistem Informasi;
- 

- c. Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural; dan
- d. Diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang tugasnya

Bagian Kedua  
Tugas, Fungsi dan Kewenangan

Pasal 43

Tugas, Fungsi dan Kewenangan Wakil Direktur Umum dan Keuangan berpedoman pada Peraturan Perundang-undangan.

Alinea 3  
Wakil Direktur Pelayanan  
Bagian Kesatu  
Persyaratan

Pasal 44


Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan adalah:

- a. Wakil Direktur yang membidangi Pelayanan Medis Rumah Sakit yang menyelenggarakan pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya berlatar belakang pendidikan Dokter Spesialis atau Dokter dengan pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) bidang kesehatan;
- b. Wakil Direktur yang membidangi Pelayanan Medis Rumah Sakit yang tidak menyelenggarakan pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya berlatar belakang pendidikan tenaga medis dengan pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) bidang kesehatan;
- c. Wakil Direktur telah mengikuti pelatihan perumahsakitian meliputi Kepemimpinan, Kewirausahaan, Rencana Strategis Bisnis, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Tatakelola Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi Rumah Sakit, dan Pengelolaan Sumber Daya Manusia;
- d. Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural; dan
- e. Wakil Direktur diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun di bidang pelayanan medik/ kesehatan.

Bagian Kedua  
Tugas, Fungsi dan Kewenangan

Pasal 45

Tugas, Fungsi dan Kewenangan Wakil Direktur Pelayanan berpedoman pada Peraturan Perundang-undangan.



Bagian Ketiga  
Penetapan, Tugas, Fungsi dan Kewenangan  
Kepala Bidang/Bagian

Pasal 46

- (1) Bupati Pemilik menetapkan Kepala Bidang/Bagian Rumah Sakit dan secara bersama bertanggungjawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.
- (2) Tugas, Fungsi dan Kewenangan Kepala Bidang/Bagian berpedoman pada Peraturan Perundang-undangan.

Alinea 4

Pejabat Fungsional dan Tugas Tambahan selaku  
Koordinator Pelaksana

Pasal 47

- (1) Bupati menetapkan pejabat Fungsional setara Eselon IV sebagai Pejabat Fungsional Ahli Muda sesuai dengan kompetensi dan keahlian Pegawai Rumah Sakit
- (2) Pejabat Fungsional Ahli Muda sebagaimana dimaksud ayat (1) mendapat tugas tambahan dalam kelompok Sub Substansi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang/Kepala Bagian.
- (3) Uraian Tugas dan Fungsi Koordinator Pelaksana sebagaimana dimaksud pada Ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Evaluasi Kinerja Pejabat Fungsional Ahli Muda berdasarkan pencapaian kinerja.
- (5) Evaluasi kinerja Pejabat Fungsional Ahli Muda terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
- (6) Evaluasi Kinerja Pejabat Fungsional Ahli Muda dinilai oleh Kepala Bagian/ Bidang dalam 1 (satu) tahun sekali sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Alinea 5

Organ Pendukung

Pasal 48

- (1) Dalam rangka melaksanakan misi Rumah Sakit dan sekaligus mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien, Rumah Sakit membentuk Organ Pendukung yang terdiri dari:
  - a. Komite;
  - b. Unit/ Instalasi;
  - c. Satuan Pengawas Internal;
  - d. Kelompok Staf Medis; dan
  - e. Kelompok Jabatan fungsional;
  - f. Manajer Pelayanan Pasien.
- (2) Organ Pendukung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dibentuk dan ditetapkan Direktur sesuai kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.



- (3) Pengelolaan organ pendukung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada Peraturan Perundang-undangan.

Paragraf 10  
Kepemimpinan Rumah Sakit Untuk Mutu Dan  
Keselamatan Pasien

Pasal 49

- (1) Pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam merencanakan mengembangkan dan menerapkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit.
- (2) Pimpinan rumah sakit memilih dan menetapkan proses pengukuran, pengkajian data, rencana perbaikan dan mempertahankan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit.
- (3) Pimpinan rumah sakit memastikan terlaksananya program PMKP termasuk memberikan dukungan teknologi dan sumber daya yang adekuat serta menyediakan pendidikan staf tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit agar dapat berjalan secara efektif.
- (4) Pimpinan rumah sakit menetapkan mekanisme pemantauan dan koordinasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Pasal 50


- (1) Pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam menetapkan prioritas perbaikan di tingkat rumah sakit yang merupakan proses yang berdampak luas/ menyeluruh di rumah sakit termasuk di dalamnya kegiatan keselamatan pasien serta analisis dampak dari perbaikan yang telah dilakukan.
- (2) Tanggung jawab pimpinan rumah sakit adalah menetapkan Prioritas perbaikan di tingkat rumah sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/ menyeluruh dan dapat dilakukan di berbagai unit klinis maupun non klinis.
- (3) Prioritas perbaikan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dilakukan pengukuran dalam bentuk indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS).
- (4) Pengukuran prioritas perbaikan tingkat rumah sakit mencakup:
  - a. sasaran keselamatan pasien meliputi enam Sasaran Keselamatan Pasien (SKP);
  - b. pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan perbaikan misalnya pada pelayanannya berisiko tinggi dan terdapat masalah dalam pelayanan tersebut, seperti pada pelayanan cathlab, hemodialisa serta pelayanan kemoterapi serta pelayanan lain yang berisiko tinggi;
  - c. pemilihan pelayanan klinis prioritas dapat menggunakan kriteria pemilihan prioritas pengukuran dan perbaikan, tujuan strategis rumah sakit;


- d. perbaikan sistem adalah perbaikan yang jika dilakukan akan berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit yang dapat diterapkan di beberapa unit;
  - e. manajemen risiko untuk melakukan perbaikan secara proaktif terhadap proses berisiko tinggi;
  - f. penelitian klinis dan program pendidikan kesehatan;
  - g. untuk memilih prioritas pengukuran dan perbaikan menggunakan kriteria prioritas mencakup:
    - 1) masalah yang paling banyak di rumah sakit;
    - 2) jumlah yang banyak (*high volume*);
    - 3) proses berisiko tinggi (*high process*);
    - 4) ketidakpuasan pasien dan staf;
    - 5) kemudahan dalam pengukuran;
    - 6) ketentuan pemerintah/persyaratan eksternal;
    - 7) sesuai dengan tujuan strategis rumah sakit; dan
    - 8) memberikan pengalaman pasien lebih baik (*patient experience*).
  - h. direktur dan pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam penentuan pengukuran perbaikan.
  - i. penentuan prioritas terukur dapat menggunakan skoring prioritas.
  - j. direktur dan pimpinan rumah sakit akan menilai dampak perbaikan dapat berupa:
    - 1) dampak primer adalah hasil capaian setelah dilakukan perbaikan misalnya target kepuasan pasien tercapai 90%, atau hasil kepatuhan terhadap proses yang ditetapkan misalnya, kepatuhan pelaporan hasil kritis <30 menit tercapai 100%.
    - 2) dampak sekunder adalah dampak terhadap efisiensi setelah dilakukan perbaikan misalnya efisiensi pada proses klinis yang kompleks, perubahan alur pelayanan yang kompleks, penghematan biaya pengurangan sumber daya, perubahan ruangan yang dibutuhkan yang digunakan dalam proses pelayanan tersebut.
- (5) Penilaian dampak perbaikan akan memberikan pemahaman tentang biaya yang dikeluarkan untuk investasi mutu, sumber daya manusia, keuangan, dan keuntungan lain dari investasi tersebut.
- (6) Direktur dan pimpinan rumah sakit menetapkan cara/tools sederhana untuk membandingkan sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dibandingkan proses yang baru dengan membandingkan dampak perbaikan pada hasil keluaran pasien dan atau biaya yang menyebabkan efisiensi.

#### Paragraf 11

#### Kepemimpinan Rumah Sakit Terkait Kontrak

#### Pasal 51

- (1) Direktur Rumah Sakit bertanggungjawab untuk mengkaji, memilih dan memantau kontrak klinis dan non klinis serta melakukan evaluasi termasuk inspeksi kepatuhan layanan sesuai kontrak yang disepakati.
- 

- (2) Direktur dapat memilih pelayanan yang akan diberikan kepada pasien apakah akan memberikan pelayanan secara langsung atau tidak langsung misalnya rujukan, konsultasi atau perjanjian kontrak lainnya.
  - (3) Direktur menetapkan jenis dan ruang lingkup layanan yang akan di kontrak baik kontrak klinis maupun kontrak manajemen.
  - (4) Jenis dan ruang lingkup layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dituangkan dalam kontrak/perjanjian untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan memenuhi kebutuhan pasien.
  - (5) Kontrak pelayanan klinis disebut kontrak klinis merupakan perjanjian pelayanan klinis yang di tuangkan dalam perjanjian kerjasama antara tenaga klinis (tenaga medis dan tenaga kesehatan)/dokter tamu/dokter paruh waktu/pelayanan klinis dari pihak ketiga dan lain-lainnya dengan Direktur dalam rangka pelaksanaan pelayanan kesehatan.
  - (6) Dalam kontrak klinis sebagaimana dimaksud pada Ayat (5) harus menyebutkan bahwa staf profesional tersebut telah memenuhi persyaratan yang ditetapkan Rumah Sakit/melalui proses kredensial.
  - (7) Kontrak pelayanan manajemen disebut kontrak manajemen merupakan perjanjian yang menunjang kegiatan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien misalnya layanan kebersihan, keamanan, rumah tangga/tata graha/housekeeping, makanan, linen, dan lain-lainnya.
  - (8) Kepala Bidang/Bagian/Tim Kerjasama menetapkan kriteria dan isi kontrak agar kerjasama dapat berjalan dengan baik dan rumah sakit memperoleh manfaat dan pelayanan yang bermutu.
  - (9) Kepala Unit/Kepala Pelayanan/Organ Pendukung berpartisipasi dalam mengkaji dan memilih semua kontrak klinis dan nonklinis serta bertanggung jawab untuk memantau kontrak tersebut.
  - (10) Kontrak dan perjanjian-perjanjian merupakan bagian dalam program mutu dan keselamatan pasien.
  - (11) Untuk memastikan mutu dan keselamatan pasien, perlu dilakukan evaluasi untuk semua layanan yang diberikan baik secara langsung oleh rumah sakit maupun melalui kontrak.
  - (12) Direktur menginspeksi kepatuhan layanan kontrak sesuai kebutuhan dan harus meminta informasi mutu (misalnya quality control), menganalisis, kemudian mengambil tindakan terhadap informasi mutu yang diberikan pihak yang di kontrak.
  - (13) Isi kontrak dengan pihak yang dikontrak sebagaimana dimaksud pada Ayat (6) dan Ayat (7) harus mencantumkan apa yang diharapkan untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien, data apa yang harus diserahkan kepada rumah sakit, frekuensi penyerahan data, serta formatnya.
- 

- (14) Pimpinan unit layanan menerima laporan mutu dari pihak yang dikontrak tersebut, untuk kemudian ditindaklanjuti dan memastikan bahwa laporan- laporan tersebut diintegrasikan ke dalam proses penilaian mutu rumah sakit.

Pasal 52


- (1) Seleksi kontrak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (1) berdasarkan atas kepatuhan Peraturan Perundang-undangan yang terkait.
- (2) Penetapan kontrak dan dokumen kontrak paling sedikit memuat:
  - a. subjek kerjasama atau kontrak;
  - b. objek kerjasama atau kontrak;
  - c. ruang lingkup kerjasama atau kontrak;
  - d. hak dan kewajiban para pihak;
  - e. jangka waktu kerjasama atau kontrak;
  - f. pengakhiran kerja sama atau kontrak;
  - g. pengalihan tanggung jawab kepada pihak kedua atau pihak yang diajak bekerjasama atas kualitas dan atau adanya pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan.
  - h. keadaan memaksa; dan
  - i. penyelesaian perselisihan.
- (3) Dalam hal penetapan kontrak pelaksanaan sebagai rumah sakit pendidikan untuk isi kontrak selain mempedomani pada ayat (2), juga berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-perundangan.
- (4) Direktur melakukan teguran dan pemutusan kontrak bila mutu pelayanan yang disediakan melalui kontrak tidak sesuai dengan isi kontrak.
- (5) Penandatanganan kerjasama atau kontrak dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (6) Hasil kerjasama atau kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau nonmaterial berupa keuntungan.
- (7) Hasil kerjasama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dan ayat (7) berupa uang menjadi pendapatan Rumah Sakit.
- (8) Hasil kerjasama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7), berupa barang harus dicatat sebagai aset Rumah Sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan.
- (9) Hasil kerjasama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (6), berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang di dalam perjanjian kerjasama atau kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
- (10) Review kontrak atau kerjasama untuk menentukan perpanjangan/pemutusan dilaksanakan oleh Kepala Bagian /Bidang terkait berdasarkan informasi mutu dari Instalasi/unit pelayanan/kerja terkait yang dilakukan setiap 1 (satu) tahun.



- (11) Evaluasi kontrak untuk perpanjangan sebagaimana dimaksud pada ayat (10) dilakukan evaluasi 3 (tiga) bulan sebelum kontrak/kerjasama berakhir.
- (12) Format review kontrak/kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (13) Dalam hal hasil evaluasi kerjasama atau kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, Kepala Bagian/ Bidang tetap menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

Paragraf 12  
Kepemimpinan Rumah Sakit Terkait  
Keputusan Mengenai Sumber Daya  
Alinea 1  
Umum

Pasal 53

- (1) Direktur membuat keputusan tentang pengadaan dan pembelian.
  - (2) Penggunaan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya harus berdasarkan pertimbangan mutu dan dampaknya pada keselamatan
  - (3) Direktur harus mengutamakan mutu dan keselamatan pasien daripada biaya pada saat akan mengambil keputusan terkait pembelian dan keputusan terhadap sumber daya lainnya seperti pengurangan atau pemindahan staf keperawatan.
  - (4) Direktur mengembangkan proses untuk mengumpulkan data dan informasi untuk pembelian ataupun keputusan mengenai sumber daya serta memastikan bahwa keputusannya sudah berdasarkan pertimbangan mutu dan keselamatan.
  - (5) Penggunaan data dan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan termasuk dalam pemilihan, penambahan, pengurangan dan melakukan rotasi staf.
  - (6) Penggunaan data dan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan termasuk dalam membuat keputusan pembelian dan penggunaan peralatan baru.
  - (7) Data terkait keputusan mengenai sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (4) yaitu memahami kebutuhan dan rekomendasi peralatan medis perbekalan dan obat-obatan yang dibutuhkan untuk pelayanan.
  - (8) Rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dapat diperoleh dari pemerintah, organisasi profesional nasional dan internasional serta sumber berwenang lainnya.
  - (9) Rumah Sakit mengembangkan Investasi untuk teknologi informasi kesehatan (TIK).
  - (10) TIK sebagaimana dimaksud ayat (9) meliputi berbagai teknologi yang mencakup metode pendokumentasian dan penyebaran informasi pasien, seperti rekam medis elektronik.
- 


- (11) Selain sebagaimana dimaksud pada ayat (10), TIK juga meliputi metode untuk menyimpan dan menganalisis data, mengomunikasikan informasi antar praktisi kesehatan agar dapat mengoordinasikan pelayanan lebih baik, serta untuk menerima informasi yang dapat membantu menegakkan diagnosis dan memberikan pelayanan yang aman bagi pasien.
- (12) Direktur melakukan arahan, dukungan dan pengawasan Implementasi sumber daya TIK.
- (13) Dalam hal keputusan mengenai pengadaan sumber daya dibuat oleh pihak ketiga misalnya Kementerian Kesehatan, maka Direktur menginformasikan kepada Kementerian Kesehatan pengalaman dan preferensi sumber daya tersebut sebagai dasar untuk membuat keputusan.

#### Pasal 54

- (1) Direktur mencari dan menggunakan data serta informasi tentang keamanan dalam rantai perbekalan untuk melindungi pasien dan staf terhadap produk yang tidak stabil, terkontaminasi, rusak, dan palsu.
- (2) Pengelolaan rantai perbekalan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk memastikan keamanan dan mutu perbekalan rumah sakit.
- (3) Rantai perbekalan meliputi serangkaian proses dimulai dari produsen hingga pengantaran perbekalan ke rumah sakit.
- (4) Rumah Sakit mengelola beberapa rantai perbekalan sesuai jenis dan jumlah perbekalan yang digunakan rumah sakit.

#### Alinea 2 Perencanaan

#### Pasal 55

- (1) Rumah Sakit menyusun analisa kebutuhan Sumber Daya dalam Program Kerja.
  - (2) Program Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat oleh masing-masing Unit.
  - (3) Program kerja merupakan tahapan dalam proses perencanaan Rumah Sakit, berdasarkan:
    - a. renstra Rumah Sakit;
    - b. target capaian terhadap status akreditasi dan program kerja Rumah Sakit;
    - c. laporan Kinerja pada periode sebelumnya;
    - d. kemampuan Sumber Daya Rumah Sakit;
    - e. manajemen Risiko dalam proses pelaksanaan kegiatan dalam program kerja.
- 

Alinea 3  
Pengadaan

Pasal 56

Pengadaan barang dan jasa dilakukan oleh Instalasi/Unit Pengadaan Barang dan Jasa yang ditetapkan oleh Direktur;

Alinea 4  
Pengelolaan

Pasal 57

- (1) Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan sarana dan prasarana mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Direktur mengatur dan menetapkan Kebijakan Pengelolaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit.

Paragraf 13

Pengorganisasian dan Akuntabilitas Komite Medik,  
Komite Keperawatan dan Komite Kesehatan Lain

Pasal 58

- (1) Direktur menetapkan Komite Medik, Komite Keperawatan dan Kebidanan serta Komite Profesi Kesehatan lainnya.
- (2) Komite Medik, Komite Keperawatan dan Kebidanan dan Komite Tenaga Kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai Peraturan Perundang-Undangan.
- (3) Selain Komite sebagaimana dimaksud pada Ayat (1), Direktur dapat menetapkan Komite lainnya sesuai dengan ketentuan Perundang-undangan dan sesuai kebutuhan serta kemampuan Rumah Sakit.


Paragraf 14

Pengorganisasian dan Akuntabilitas  
Unit Pelayanan dan Unit Kerja

Alinea 1

Pembentukan dan Operasional

Pasal 59

- (1) Direktur dapat membentuk Unit Pelayanan dan Unit Kerja.
  - (2) Unit Pelayanan dan Unit Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Kepala Unit Pelayanan/ Kepala Unit Kerja sesuai kompetensi.
  - (3) Unit Pelayanan dan Unit Kerja sebagaimana dimaksud dalam pada ayat (1) dalam bentuk Instalasi/Unit.
  - (4) Kepala Instalasi/unit sebagaimana dimaksud pada ayat (3), untuk melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- 

- (5) Kepala Unit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merencanakan dan melaporkan kebutuhan staf dan sumber daya.
- (6) Dalam hal rencana kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya terjadi perubahan prioritas yang mengakibatkan tidak terpenuhinya sumber daya yang dibutuhkan, maka Kepala Unit harus memiliki proses untuk merespon kekurangan sumber daya agar memastikan pemberian pelayanan yang aman dan efektif bagi semua pasien.
- (7) Kepala Unit bertanggung jawab kepada Kepala Bagian atau Kepala Bidang

#### Pasal 60

- (1) Pimpinan rumah sakit menerapkan, memantau, dan mengambil tindakan serta mendukung Budaya Keselamatan di seluruh area rumah sakit
- (2) Kepala Unit berpartisipasi dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Kepala Unit Pelayanan/Unit Kerja bertanggung jawab memberikan penilaian kinerja staf yang bekerja di Instalasi/unitnya.
- (4) Kepala unit pelayanan juga terlibat dalam memberikan rekomendasi tentang penunjukan, delegasi kewenangan, evaluasi praktik profesional berkelanjutan (*On going Professional Practice Evaluation*), serta penugasan kembali dokter/perawat/tenaga kesehatan lain yang bertugas dalam unitnya.


#### Alinea 3

#### Kelompok Jabatan Fungsional

#### Pasal 61

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok 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 berdasarkan Jenis dan Jenjang jabatan fungsional masing-masing.
- (4) Masing-masing tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (3), berada di lingkungan unit kerja Rumah Sakit sesuai kompetensi.

#### Pasal 62

- (1) Direktur dalam melaksanakan tugas dapat membentuk Tim Kerja dan/atau tim adhoc yang dipimpin oleh Ketua Tim.
- 

- (2) Ketua Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada Direktur/Pejabat satu tingkat di bawah Direktur.
- (3) Ketua Tim dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (4) Ketua Tim mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan hasil kegiatannya.

Paragraf 15  
Etika Rumah Sakit

Pasal 63

- (1) Direktur menetapkan kerangka kerja pengelolaan etik rumah sakit untuk menangani masalah etik rumah sakit.
- (2) Direktur menetapkan Komite Etik dan Hukum rumah sakit untuk menangani masalah dan dilema etik dalam pelayanan.
- (3) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud ayat (2), merupakan unit yang bersifat memberikan kajian, pertimbangan dan rekomendasi.
- (4) Kajian, pertimbangan, dan rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dipergunakan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun perencanaan dan pengambilan keputusan.
- (5) Komite Etik dan Hukum berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Komite Etik dan Hukum menyusun kode etik yang ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 16  
Manajemen Risiko

Pasal 64

- (1) Manajemen risiko merupakan proses yang proaktif dan berkesinambungan meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi komunikasi, pemantauan, dan pelaporan risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola risiko dan potensinya.
- (2) Rumah sakit perlu menerapkan manajemen risiko dan rencana penanganan risiko untuk memitigasi dan mengurangi risiko bahaya yang ada atau mungkin terjadi.
- (3) Rumah sakit harus menyusun Program manajemen risiko setiap tahun berdasarkan daftar risiko yang diprioritaskan dalam profil risiko meliputi :
  - a. Proses manajemen risiko.
  - b. Integrasi manajemen risiko di rumah sakit.
  - c. Pelaporan kegiatan program manajemen risiko.
  - d. Pengelolaan klaim tuntutan yang dapat menyebabkan tuntutan

- (4) Program manajemen resiko sebagaimana dimaksud pada Ayat (4) ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 17

Program Penelitian Bersubjek Manusia Di Rumah Sakit

Pasal 65

- (1) Pimpinan Rumah Sakit bertanggungjawab terhadap mutu dan keamanan dalam program penelitian bersubjek manusia.
- (2) Pimpinan rumah sakit menetapkan penanggung jawab program penelitian di dalam rumah sakit.
- (3) Penanggung jawab penelitian melakukan kajian dan evaluasi terhadap seluruh penelitian yang dilakukan di rumah sakit setidaknya 1 (satu) tahun sekali.
- (4) Seluruh kegiatan penelitian merupakan bagian dari program mutu rumah sakit dan dilakukan pemantauan serta evaluasinya secara berkala sesuai ketetapan rumah sakit.

Bagian Kedua

Prosedur Kerja

Paragraf 1

Penerapan Prinsip Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi dan Pendekatan Lintas Fungsi

Pasal 66

Prosedur kerja dilaksanakan dengan penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi.

Paragraf 2

Hubungan-Hubungan Dalam Peraturan Tata Kelola

Alinea 1

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas

Pasal 67

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (2) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara substantif kepada Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (3) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara administratif dalam bentuk penyampaian laporan kinerja kepada Kepala Dinas.
- (4) Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan Rumah Sakit, dengan menetapkan kebijakan-kebijakan pelaksanaan, baik dibidang pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian, dan pengembangan kesehatan untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.

Alinea 2

Hubungan Dewan Pengawas dengan Komite Medik

Pasal 68

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung peran Komite Medik dalam pelaksanaan kebijakan Rumah Sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran Dewan Pengawas terhadap Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dalam bentuk pembinaan dan pengawasan.

Alinea 3

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Komite Medik

Pasal 69

- (1) Komite Medik berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Pelaksanaan tugas-tugas Komite Medik dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Alinea 4

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Satuan Pengawas Internal

Pasal 70

- (1) Satuan Pengawas Internal berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Tugas Pokok dan fungsi Satuan Pengawas Internal dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.

Bagian Ketiga

Pengelompokan Fungsi-Fungsi

Paragraf 1

Fungsi Pelayanan

Pasal 71


- (1) Pengelompokan fungsi memuat pembagian fungsi pelayanan dan fungsi pendukung sesuai dengan prinsip pengendalian internal untuk efektifitas pencapaian.
- (2) Fungsi pelayanan Rumah Sakit Umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
- (3) Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum paling sedikit terdiri atas :



- a. pelayanan medik dan penunjang medik;
  - b. pelayanan keperawatan dan kebidanan; dan
  - c. pelayanan non medik
- (4) Pelayanan medik dan penunjang medik sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf a meliputi pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis, dan pelayanan subspecialis.
  - (5) Pelayanan keperawatan dan kebidanan sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf b meliputi asuhan keperawatan generalis dan asuhan keperawatan spesialis, dan asuhan kebidanan.
  - (6) Pelayanan non medik sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf c meliputi pelayanan farmasi, pelayanan laundry/binatu, pengolahan makanan/gizi, pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan, informasi dan komunikasi, penyehatan lingkungan, pemulasaran jenazah, dan pelayanan nonmedik lainnya.
  - (7) Pelayanan kesehatan merupakan segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau masyarakat.

## Paragraf 2 Pelayanan Pendukung

### Pasal 72


- (1) Fungsi pelayanan pendukung Rumah Sakit Umum meliputi pelayanan pendidikan dan pelatihan, pelayanan penelitian, pelayanan administrasi manajemen, manajemen fasilitas dan keselamatan, pencegahan pengendalian infeksi, dan manajemen pengelolaan penanganan pengaduan.
  - (2) Pelayanan pendidikan dan pelatihan sebagaimana dimaksud ayat (1) meliputi :
    - a. pelayanan praktik dan/atau praktik lain bagi peserta didik dari Institusi Pendidikan Kesehatan dan/atau Institusi Pendidikan lainnya;
    - b. pelayanan pelatihan bagi staf sumber daya manusia rumah sakit lainnya;
    - c. pelayanan pendidikan magang;
    - d. pelayanan studi banding dari rumah sakit lainnya.
  - (3) Pelayanan penelitian sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi :
    - a. pelayanan penelitian klinik; dan
    - b. pelayanan penelitian administrasi manajemen.
  - (4) Pelayanan administrasi manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
    - a. pelayanan rekam medis;
    - b. pelayanan mediko-legal;
    - c. pelayanan administrasi keuangan; dan
    - d. pelayanan administrasi lainnya.
- 

- (5) Manajemen fasilitas dan keselamatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi fasilitas dan lingkungan rumah sakit harus aman, berfungsi baik, dan memberikan lingkungan perawatan yang aman bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung.
- (6) Manajemen pencegahan dan pengendalian infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat dan ditularkan di antara pasien, staf, tenaga kesehatan, tenaga kontrak, sukarelawan, mahasiswa dan pengunjung.
- (7) Rumah sakit sebagai pelaksana/pemberi pelayanan publik bidang kesehatan melakukan pengelolaan/manajemen pengaduan
- (8) Pengelolaan pengaduan merupakan bagian penting dalam sistem manajemen mutu di fasilitas pelayanan kesehatan.
- (9) Mekanisme pengelolaan pengaduan yang efektif tidak hanya berperan dalam meningkatkan layanan, tetapi juga dalam menjaga kepercayaan dan kepuasan pasien.
- (10) Mekanisme pengelolaan pengaduan mutu layanan kesehatan dibagi berdasarkan kriteria meliputi :
  - a. Pengaduan terkait kepuasan pasien; dan
  - b. Pengaduan terkait insiden keselamatan pasien
- (11) Pengaduan terkait kepuasan pasien sebagaimana dimaksud ayat (10) huruf a berupa :
  - a. Sistem, mekanisme dan prosedur;
  - b. Pembiayaan ;
  - c. Ketersediaan pelayanan; dan
  - d. Sumber daya manusia kesehatan
- (12) Pengaduan terkait kepuasan pasien mempunyai waktu penyelesaian maksimal 45 hari kerja.
- (13) Pengaduan terkait insiden keselamatan pasien sebagaimana dimaksud ayat (10) huruf b berupa :
  - a. Kematian;
  - b. Kecacatan;
  - c. Kejadian sentinel lainnya; dan
  - d. Kejadian tidak diharapkan.
- (14) Pengaduan terkait insiden keselamatan pasien mempunyai waktu penyelesaian maksimal 75 hari kerja.
- (15) Selain pengaduan terkait kepuasan dan insiden keselamatan pasien juga dapat berupa tata kelola fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan (FPKTL).
- (16) Pengaduan dapat disampaikan melalui saluran pengaduan tertulis, pemberitaan dari media massa/media sosial yang dapat ditelusuri kebenarannya, kotak saran elektronik, dan secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.
- (17) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) meliputi :
  - a. Pengaduan internal ; dan
  - b. Pengaduan eksternal.
- (18) Pengaduan Internal sebagaimana dimaksud ayat (17) huruf a adalah pengaduan di lingkup Rumah Sakit berupa :

- a. Pengaduan ketidakpuasan, dan /atau keluhan Pegawai Rumah Sakit terhadap Manajemen Rumah Sakit;
  - b. Pelanggaran pelaksanaan tugas dan fungsi yang dilakukan Pegawai; dan
  - c. Informasi tentang dugaan pelanggaran kode etik dan perilaku;
- (19) Pengaduan Eksternal sebagaimana dimaksud Ayat (17) huruf b berupa informasi/pemberitahuan berisi keluhan, dan/atau ketidakpuasan terkait dengan perilaku/pelayanan langsung maupun tidak langsung yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit Umum.
  - (20) Pengaduan sebagaimana dimaksud Ayat (1) dapat disampaikan dengan surat resmi maupun secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.
  - (21) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada Ayat (3) dapat disampaikan melalui kotak saran elektronik, media elektronik, media cetak, dan secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.
  - (22) Pelaksanaan Pengelolaan Pengaduan Internal dan Eksternal di sebagaimana dimaksud pada Ayat (2) diatur lebih lanjut dengan Panduan Manajemen Komplain Rumah Sakit Umum Daerah Nganjuk Peraturan Direktur.
  - (23) Penanganan terhadap pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (6) huruf b dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit, harus diselesaikan dengan cara musyawarah dan mufakat.
  - (24) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (14) dilakukan oleh Atasan Langsung Pegawai dimaksud secara berjenjang.
  - (25) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (15) dilakukan oleh Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit, Sub Komite Etik Komite Medik ,Sub Komite Etik Komite Keperawatan dan Sub Komite Tenaga Profesional Lainnya.

Paragraf 3  
Kebijakan, Pedoman,  
Panduan Dan Standar Operasional Prosedur

Pasal 73

- (1) Kebijakan, pedoman, panduan, dan prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
  - (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan pedoman, panduan dan selanjutnya Prosedur/SPO.
  - (3) *Review* dan persetujuan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur secara keseluruhan dilakukan harmonisasi pada Bagian/Bidang.
- 

- (4) Proses dan frekuensi *review* serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan dengan pengendalian dokumen dikelola oleh Bagian Umum.

Paragraf 4

Evaluasi Visi dan Misi Dan Penilaian Kinerja

Pasal 74

- (1) Visi dan misi Rumah Sakit dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi serta penilaian kinerja bagi Rumah Sakit dan disahkan melalui Keputusan Bupati.
- (2) *Review*/perubahan visi dan misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Bupati.
- (3) *Review*/perubahan visi dan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diajukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat dalam melakukan evaluasi Visi dan Misi Rumah Sakit.

Paragraf 5

Informasi Medis

Alinea 1

Penjagaan Rahasia Pasien

Pasal 75

- (1) Setiap pegawai Rumah Sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi medis tentang Pasien.
- (2) Pelayanan terkait informasi medis diatur dalam Pedoman Pelayanan Rekam Medis Rumah Sakit.

Alinea 2

Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 76

- (1) Pasien mempunyai hak:
  - a. mendapatkan informasi mengenai kesehatan dirinya;
  - b. mendapatkan penjelasan yang memadai mengenai Pelayanan Kesehatan yang diterimanya;
  - c. mendapatkan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, standar profesi, dan pelayanan yang bermutu;
  - d. menolak atau menyetujui tindakan medis, kecuali untuk tindakan medis yang diperlukan dalam rangka pencegahan penyakit menular dan penanggulangan KLB atau Wabah;
  - e. mendapatkan akses terhadap informasi yang terdapat di dalam rekam medis;



- f. meminta pendapat Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan lain; dan
  - g. mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pasien mempunyai kewajiban:
- a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya;
  - b. mematuhi nasihat dan petunjuk Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;
  - c. mematuhi ketentuan yang berlaku pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan
  - d. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Alinea 3

Hak dan Kewajiban Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Pasal 77

- (1) Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak:
- a. mendapatkan perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi, serta kebutuhan Kesehatan Pasien;
  - b. mendapatkan informasi yang lengkap dan benar dari Pasien atau keluarganya;
  - c. mendapatkan gaji/upah, imbalan jasa, dan tunjangan kinerja yang layak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - b. mendapatkan perlindungan atas keselamatan, Kesehatan kerja, dan keamanan;
  - c. mendapatkan jaminan kesehatan dan jaminan ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - d. mendapatkan perlindungan atas perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya;
  - e. mendapatkan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - f. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pengembangan kompetensi, keilmuan, dan karier di bidang keprofesiannya;
  - g. menolak keinginan Pasien atau pihak lain yang bertentangan dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, kode etik, atau ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
  - h. mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dapat menghentikan Pelayanan Kesehatan apabila memperoleh perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f, termasuk tindakan kekerasan, pelecehan, dan perundungan.





Pasal 78

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik wajib:

- a. memberikan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi serta kebutuhan Kesehatan Pasien;
- b. memperoleh persetujuan dari Pasien atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
- c. menjaga rahasia Kesehatan Pasien;
- d. membuat dan menyimpan catatan dan/ atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan; dan
- e. merujuk Pasien ke Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan lain yang mempunyai kompetensi dan kewenangan yang sesuai.


Pasal 79

- (1) Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan pertolongan pertama kepada Pasien dalam keadaan Gawat Darurat dan/ atau pada bencana.
- (2) Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan dalam rangka tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kedisabilitasan seseorang pada keadaan Gawat Darurat dan/atau pada bencana dikecualikan dari tuntutan ganti rugi.

Alinea 4

Hak dan Kewajiban Rumah Sakit


Pasal 80

- (1) Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:
    - a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
    - b. memberikan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan Pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
    - c. memberikan pelayanan Gawat Darurat kepada Pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
    - d. berperan aktif dalam memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
    - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
    - f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan bagi Pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan Gawat Darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan KLB, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- 

- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani Pasien;
  - h. menyelenggarakan rekam medis;
  - i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, tempat parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
  - j. melaksanakan sistem rujukan;
  - k. menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - l. memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasien;
  - m. menghormati dan melindungi hak-hak Pasien;
  - n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
  - o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
  - p. melaksanakan program pemerintah di bidang Kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
  - q. membuat daftar Tenaga Medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan Tenaga Kesehatan lainnya;
  - r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
  - s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
  - t. memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.
- (2) Pelanggaran atas kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenai sanksi administratif sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 81

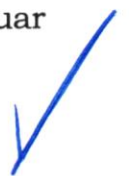
Rumah Sakit mempunyai hak:

- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
  - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam mengembangkan pelayanan;
  - d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
  - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan; dan
  - g. mempromosikan layanan Kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 

Paragraf 6  
Tuntutan Hukum , Bantuan Hukum, Alternatif Penanganan  
Permasalahan Hukum

Pasal 82

- (1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit dituntut berkaitan dengan hukuman pidana dan/atau perdata, maka tindak lanjut berdasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka Rumah Sakit bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan/SPO yang telah ditetapkan.
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu yang tidak mematuhi aturan/SPO yang telah ditetapkan, maka Rumah Sakit tidak bertanggung jawab atas tuntutan tersebut.
- (4) Apabila hasil penelitian menunjukkan kebenaran dugaan pelanggaran, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberlakukan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (5) Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk dapat menyediakan anggaran terhadap kasus penyelesaian hukum terhadap masyarakat sebagai perlindungan hukum dan bantuan hukum sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud ayat (5) dilakukan sesuai mekanisme permohonan dari pihak berwajib/penegak hukum.
- (7) Mekanisme pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud ayat (6) dilakukan dengan mekanisme permohonan dari Penegak Hukum melalui Rumah Sakit Umum Daerah Nganjuk berkoordinasi dengan Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk.
- (8) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud ayat (7) dengan anggaran APBD Kabupaten Nganjuk/Asuransi/anggaran Fungsional BLUD Rumah Sakit.
- (9) Rumah sakit bertanggung gugat secara proporsional atas kerugian yang diderita oleh pasien dan/atau keluarga selama menjalani perawatan di rumah sakit yang diakibatkan oleh kelalaian tenaga kesehatan di rumah sakit.
- (10) Rumah sakit berhak mendapatkan ganti rugi (regres) secara proporsional dari tenaga kesehatan yang melakukan kelalaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan terlebih dahulu melalui proses pembuktian di internal rumah sakit
- (11) Hak regres rumah sakit sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (10) diatur dalam Peraturan Direktur Tentang Tanggung Gugat Rumah Sakit Akibat Kelalaian Tenaga Kesehatan Di Rumah Sakit.
- (12) Dalam hal Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan di duga melakukan kesalahan dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada Pasien, perselisihan yang timbul akibat kesalahan tersebut diselesaikan terlebih dahulu melalui alternative penyelesaian sengketa di luar pengadilan.



Bagian Keempat  
Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Pasal 83

- (1) Rumah Sakit melakukan pengelolaan Sumber Daya Manusia.
- (2) Pengelolaan Sumber Daya Manusia sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.


BAB V  
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS  
(*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

Pasal 84

- (1) Rumah Sakit harus memiliki Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By laws*) tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi serta mengatur penyelenggaraan komite medik dalam rangka peningkatan keprofesionalisme staf medis.
- (3) Pelaksanaan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By laws*) Tata Kelola Klinis yang baik, sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) dilaksanakan dengan penerapan fungsi manajemen klinis berdasarkan prinsip:
  - a. kepemimpinan klinik;
  - b. audit klinis;
  - c. data klinis;
  - d. resiko klinis berbasis bukti;
  - e. peningkatan kinerja;
  - f. pengelolaan keluhan;
  - g. mekanisme monitor hasil pelayanan,
  - h. pengembangan profesional; dan
  - i. akreditasi rumah sakit.
- (4) Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By laws*) Tata Kelola Klinis bagi Staf Medis (*Staf Medis by Laws*) sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) disusun oleh Komite Medik dan ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

BAB VI  
TATA KELOLA STAF TENAGA KESEHATAN  
Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 85

- (1) Rumah Sakit harus memiliki tata kelola klinis yang baik (*clinical good governance*) melalui penyelenggaraan komite keperawatan dan komite profesi kesehatan lainnya.
- 

- (2) Tata Kelola Klinis bagi Keperawatan (*Nursing staff by Laws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun oleh Komite Keperawatan dan ditetapkan dengan Peraturan Direktur.
- (3) Tata kelola Klinis bagi profesi kesehatan lainnya dan ditetapkan dengan Peraturan Direktur.
- (4) Pelaksanaan Tata Kelola Klinis yang baik, sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilaksanakan dengan penerapan fungsi manajemen klinis berdasarkan prinsip:
  - a. kepemimpinan klinik;
  - b. audit klinis;
  - c. data klinis;
  - d. resiko klinis berbasis bukti;
  - e. peningkatan kinerja;
  - f. pengelolaan keluhan;
  - g. mekanisme monitor hasil pelayanan,
  - h. pengembangan profesional; dan
  - i. akreditasi rumah sakit.
- (5) Tata Kelola Klinis bagi Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disusun oleh Komite Profesional Kesehatan Lainnya dan ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

## BAB VIII KETENTUAN PENUTUP

### Pasal 86

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, maka: Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 25 Tahun 2022 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Daerah Nganjuk dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

### Pasal 87

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Nganjuk  
pada tanggal 31 Desember 2025

BUPATI NGANJUK,

ttd.

MARHAEN DJUMADI



Diundangkan di Nganjuk  
pada tanggal 31 Desember 2025

SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN NGANJUK,

ttd.

Drs. NUR SOLEKAN, M.Si.  
Pembina Utama Madya  
NIP. 19661227 198602 1 001

BERITA DAERAH KABUPATEN NGANJUK TAHUN 2025 NOMOR 41

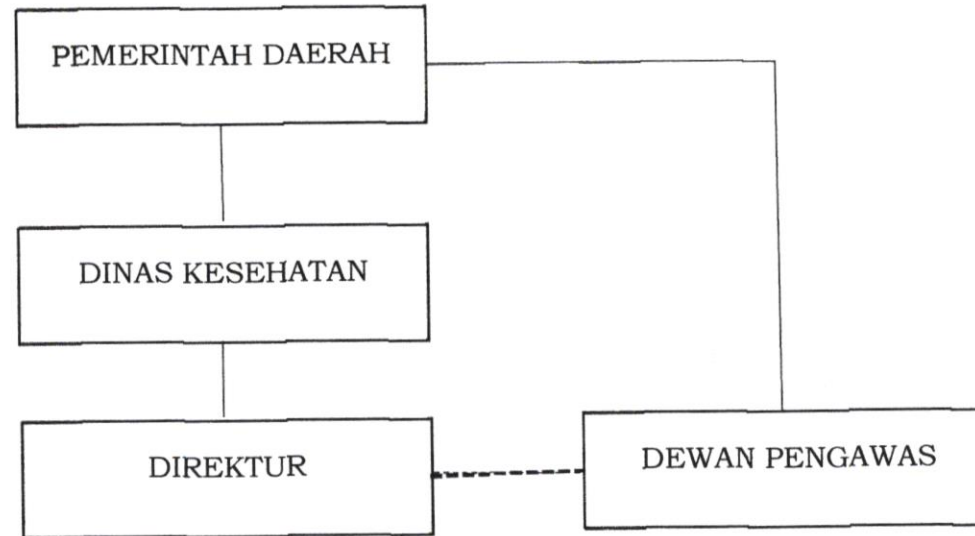
Salinan sesuai dengan aslinya  
KEPALA BAGIAN HUKUM

SUTRISNO, S.H., M.Si.  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19680501 199202 1 001

LAMPIRAN I  
PERATURAN BUPATI NGANJUK  
NOMOR 41 TAHUN 2025

TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH NGANJUK

TATA HUBUNGAN KERJA  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH NGANJUK



Keterangan :



: Garis Komando



: Garis Koordinasi

Salinan sesuai dengan aslinya  
KEPALA BAGIAN HUKUM

SUTRISNO, S.H., M.Si.  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19680501 199202 1 001

BUPATI NGANJUK,

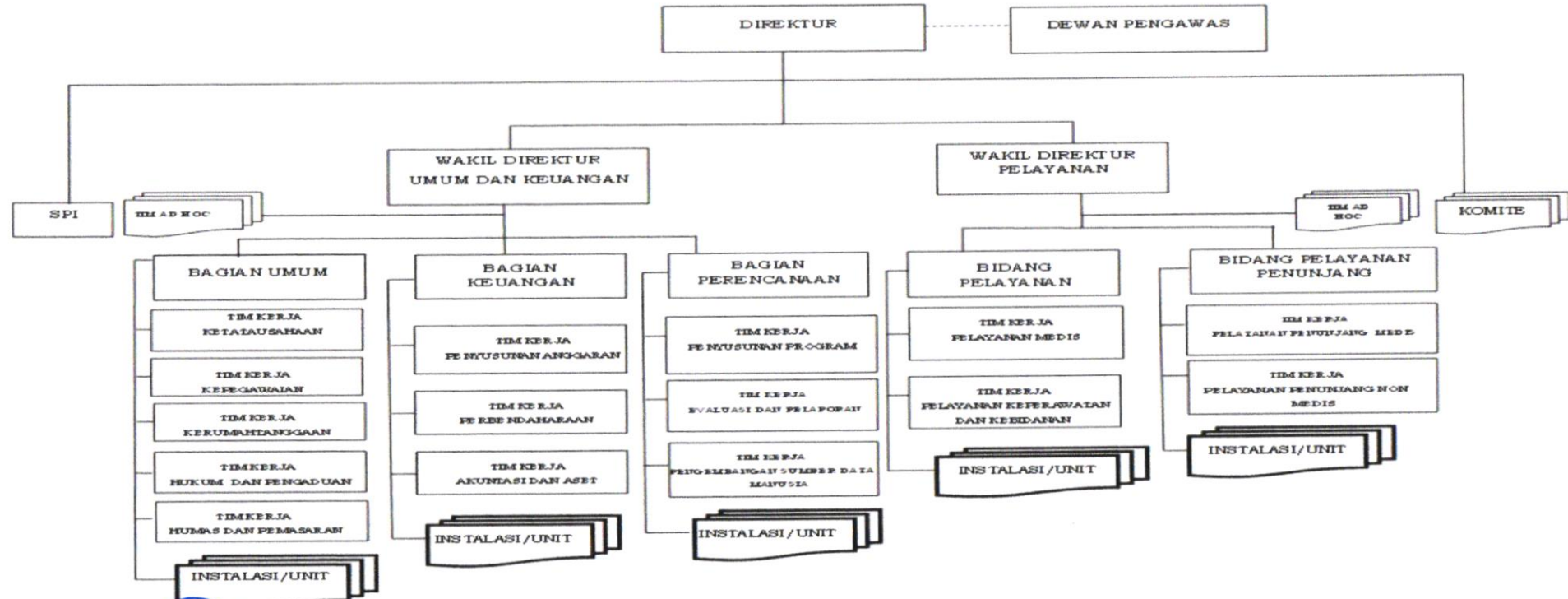
ttd.

MARHAEN DJUMADI



LAMPIRAN II  
PERATURAN BUPATI NGANJUK  
NOMOR 41 TAHUN 2025  
TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BY LAWS) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH NGANJUK

STRUKTUR ORGANISASI KEPEMILIKAN BUPATI DAN  
DEWAN PENGAWAS



Salinan sesuai dengan aslinya  
KEPALA BAGIAN HUKUM

SUTRISNO, S.H., M.Si.  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19680501 199202 1 001

BUPATI NGANJUK,

ttd.

MARHAEN DJUMADI