



WALI KOTA BANJARMASIN
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

PERATURAN WALI KOTA BANJARMASIN
NOMOR 51 TAHUN 2025
TENTANG
PERATURAN INTERNAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN SURIANSYAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA BANJARMASIN,

Menimbang:

- a. bahwa kesehatan merupakan hak dasar setiap warga negara dan pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan perwujudan nilai kemanusiaan, keadilan dan kesejahteraan sosial;
- b. bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah sebagai fasilitasi pelayanan kesehatan milik Pemerintah Kota Banjarmasin memiliki tanggung jawab moral untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, dan untuk mewujudkan tata kelola rumah sakit yang transparan, akuntabel dan berorientasi pada pelayanan publik diperlukan pedoman dan ketentuan internal yang mengatur tata laksana serta manajemennya;
- c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, setiap Rumah Sakit berkewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
- d. bahwa Peraturan Wali Kota Banjarmasin Nomor 97 Tahun 2019 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah, sudah tidak sesuai dengan kondisi hukum dan kebutuhan hukum saat ini sehingga perlu dicabut;
- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c dan huruf d, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah;

Mengingat:

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);

3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. 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 diubah beberapa kali terakhir 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 Tahun 6801);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
6. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2022 tentang Provinsi Kalimantan Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 68, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6779);
7. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
8. 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);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan

- Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
 14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
 15. 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);
 16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 85 Tahun 2015 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 9);
 17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 38);
 18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 49);
 19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
 20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1291);
 21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
 22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 296) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 55);
 23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 56 Tahun 2019 tentang Pedoman Nomenklatur Dan Unit Kerja Sekretariat Daerah Provinsi Dan Kabupaten/Kota (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 970);
 24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 829);
 25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia

- Tahun 2024 Nomor 204);
26. Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Banjarmasin (Lembaran Daerah Kota Banjarmasin Tahun 2016 Nomor 7, Tambahan Lembaran Daerah Kota Banjarmasin Nomor 40) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 3 Tahun 2021 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Banjarmasin (Lembaran Daerah Kota Banjarmasin Tahun 2021 Nomor 3, Tambahan Lembaran Daerah Kota Banjarmasin Nomor 63);
 27. Peraturan Wali Kota Banjarmasin Nomor 123 Tahun 2024 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi, Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah Kota Banjarmasin (Berita Daerah Kota Banjarmasin Tahun 2024 Nomor 123);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: **PERATURAN WALI KOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN SURIANSYAH.**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Banjarmasin.
2. Pemerintah Daerah adalah Wali Kota sebagai unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Banjarmasin.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Wali Kota dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah Kota Banjarmasin yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Kota Banjarmasin.
7. Pemilik Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Pemilik adalah Pemerintah Daerah Kota Banjarmasin
8. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah.
9. Direksi adalah Direktur dan Pejabat Pengelola Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit.
10. Pejabat Pengelola Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Pejabat Pengelola adalah pimpinan rumah sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional rumah sakit yang terdiri atas pemimpin, pejabat keuangan, dan pejabat teknis.
11. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.

12. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan Daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
13. Rencana Bisnis dan Anggaran BLU yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran yang berisi program, kegiatan, target kinerja, dan anggaran suatu BLU.
14. Dewan Pengawas adalah unit non-struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Wali Kota.
15. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit dan peraturan staf medis Rumah Sakit yang disusun dalam rangka penyelenggaraan tata kelola Rumah Sakit yang baik dan tata kelola klinis yang baik.
16. Peraturan Internal Korporasi adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi terselenggara dengan baik melalui proses pengurusan, pengawasan yang baik dan pembagian tugas, tanggung jawab dan kekuasaan, khususnya bagi Pemilik, Dewan Pengawas dan Direksi, yang dapat menunjukkan keseimbangan pengaruh antar stakeholders.
17. Peraturan Internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme staf medis di Rumah Sakit.
18. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah non-struktural yang bertugas melaksanakan pengawasan internal di Rumah Sakit.
19. Komite adalah wadah non-struktural yang mempunyai tugas utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme pelayanan kesehatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
20. Komite Medik adalah wadah non-struktural Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaga mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
21. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, dan Dokter Gigi Spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit.
22. Kelompok Staf Medik adalah kelompok yang melakukan pelayanan medis dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit.
23. Mitra Bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
24. Kewenangan Klinis 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.
25. Penugasan Klinis adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
26. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis.
27. Subkomite adalah bagian dari komite yang menyelenggarakan tugas dan fungsi tertentu.
28. Subkomite Kredensial adalah bagian dari komite yang menyelenggarakan tugas dan fungsi tertentu yaitu menganalisa dan memberikan rekomendasi kepada ketua komite tentang pembatasan kewenangan klinis.
29. Subkomite Mutu Profesi adalah bagian dari komite yang menyelenggarakan tugas dan fungsi tertentu yaitu memberikan perlindungan pada pasien dan staf serta memastikan mutu profesi dijalankan oleh staf medis.
30. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi adalah bagian dari komite yang menyelenggarakan tugas dan fungsi tertentu yaitu dalam rangka menyelenggarakan penerapan prinsip-prinsip kinerja professional yang baik dengan menjaga disiplin etika dan perilaku profesi staf medis.

31. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap Staf Medis yang telah memiliki kewenangan klinis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
32. Peraturan Wali Kota adalah Peraturan Wali Kota Banjarmasin.
33. Keputusan Wali Kota adalah Keputusan Wali Kota Banjarmasin.

BAB II PRINSIP, MAKSUD DAN TUJUAN

Bagian Kesatu Prinsip

Pasal 2

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) menganut prinsip sebagai berikut:
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas; dan
 - d. independensi.
- (2) Transparansi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (3) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak yang diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- (4) Responsibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (5) Independensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

Pasal 3

Maksud ditetapkannya Peraturan Wali Kota ini adalah sebagai:

- a. pedoman Pemilik dalam melakukan pengawasan;
- b. pedoman bagi Direktur dan Direksi dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional;
- c. sarana menjamin efektivitas, efisiensi dan mutu;
- d. sarana dalam perlindungan hukum;
- e. pedoman penyelesaian konflik; dan
- f. persyaratan dalam akreditasi rumah sakit.

Pasal 4

Tujuan ditetapkannya Peraturan Wali Kota ini adalah:

- a. mengatur batas kewenangan, hak, kewajiban, dan tanggung jawab Pemilik, Direksi dan tenaga kesehatan yang terhimpun dalam komite; dan
- b. memudahkan penyelesaian atas setiap persoalan akibat adanya hubungan yang tidak selaras dan tidak serasi.

BAB III RUANG LINGKUP

Pasal 5

- (1) Ruang lingkup Peraturan Wali Kota ini meliputi:
 - a. Peraturan Internal Korporasi;
 - b. Pengelolaan Rumah Sakit;
 - c. Staf Medis;
 - d. kebijakan, pedoman, paduan dan prosedur;
 - e. perjanjian kerja sama; dan
 - f. evaluasi.

BAB IV PERATURAN INTERNAL KORPORASI

Bagian Kesatu Identitas Rumah Sakit

Paragraf 1 Identitas

Pasal 6

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah.
- (2) Alamat Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terletak di Jalan Rantauan Darat Rukun Tetangga 04 Rukun Warga 01 Kelurahan Kelayan Selatan Kecamatan Banjarmasin Selatan Kota Banjarmasin Provinsi Kalimantan Selatan Kode Pos 70426.
- (3) Logo dan makna logo Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Paragraf 2 Kedudukan dan Klasifikasi

Pasal 7

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung atas tugas Dinas di bidang pelayanan kesehatan khususnya pelayanan rujukan.
- (2) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah unit organisasi bersifat khusus yang memberikan pelayanan secara profesional.
- (3) Rumah Sakit sebagai unit organisasi bersifat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, barang milik Daerah dan bidang kepegawaian serta menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD.
- (4) Di dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta kepegawaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Direktur bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.
- (5) Pertanggungjawaban sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan melalui penyampaian laporan pelaksanaan pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta kepegawaian Rumah Sakit.
- (6) Klasifikasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah Kelas C.

Paragraf 3 Tugas dan Fungsi

Pasal 8

- (1) Rumah Sakit mempunyai tugas menyelenggarakan sebagian urusan pemerintahan Daerah di bidang penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan

upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan dan penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.

- (2) Fungsi Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yaitu:
- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai standar pelayanan Rumah Sakit;
 - b. penyelenggaraan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif;
 - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan pemberian pelayanan kesehatan;
 - d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan; dan
 - e. penyelenggaraan pelayanan administrasi umum, keuangan, kepegawaian, fasilitasi hukum dan Rumah Sakit.
- (3) Tugas dan fungsi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) menjadi tugas dan fungsi serta tanggung jawab Direktur.
- (4) Dalam penyelenggaraan fungsi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf c, Rumah Sakit dapat dikembangkan menjadi rumah sakit pendidikan.
- (5) Pengaturan tentang penyelenggaraan rumah sakit pendidikan sebagaimana dimaksud ayat (4) diatur dalam Peraturan Wali Kota.

Bagian Kedua Pemilik Rumah Sakit

Pasal 9

- (1) Pemerintah Daerah selaku Pemilik memiliki wewenang meliputi:
- a. mengangkat dan memberhentikan Direksi;
 - b. mengangkat dan memberhentikan pejabat struktural lainnya;
 - c. melakukan pengawasan dan pengendalian terhadap operasional Rumah Sakit;
 - d. meminta pertanggungjawaban atas tugas dan kewenangan yang diberikan kepada Direktur; dan
 - e. mendelegasikan wewenangnya kepada Direktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pemerintah Daerah selaku Pemilik bertanggung jawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen.

Bagian Ketiga Susunan Organisasi Rumah Sakit

Paragraf 1 Umum

Pasal 10

Susunan organisasi Rumah Sakit terdiri dari:

- a. Dewan Pengawas;
- b. Direktur;
- c. SPI;
- d. Bagian Administrasi Umum dan Keuangan terdiri atas:
 1. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
 2. Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan; dan
 3. Sub Bagian Hukum, Hubungan Masyarakat dan Organisasi.
- e. Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Medik terdiri atas:
 1. Seksi Pelayanan Medik; dan

2. Seksi Pelayanan Penunjang Medik.
- f. Bidang Keperawatan dan Kebidanan terdiri atas:
 1. Seksi Keperawatan dan Kebidanan Rawat Jalan; dan
 2. Seksi Keperawatan dan Kebidanan Intensif, Darurat dan Rawat Inap.
- g. Bidang Pelayanan Kefarmasian dan Penunjang terdiri atas:
 1. Seksi Pelayanan Kefarmasian; dan
 2. Seksi Pelayanan Penunjang.
- h. Komite;
- i. Instalasi/ Unit;
- j. Jabatan Fungsional.

Bagian Keempat Dewan Pengawas

Paragraf 1 Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 huruf a merupakan suatu unit non-struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Wali Kota.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Wali Kota atas usulan Direktur.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) di evaluasi oleh Wali Kota dan hasil evaluasi didokumentasikan.

Paragraf 2 Tugas dan Kewajiban Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 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) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas juga melaksanakan tugas pengawasan pengelolaan keuangan BLUD sebagai berikut:
 - a. memantau perkembangan kegiatan BLUD;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
 - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - e. memberikan pendapat dan saran kepada Wali Kota mengenai:
 1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
 3. kinerja BLUD.
- (3) Penilaian kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b 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.
- (4) Penilaian kinerja non keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b diukur paling sedikit berdasarkan:
- a. perspektif pelanggan;
 - b. proses internal pelayanan;
 - c. pembelajaran; dan
 - d. pertumbuhan.
- (5) Dewan Pengawas berkewajiban melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) kepada Wali Kota paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan sewaktu-waktu atas permintaan Wali Kota.

Pasal 13

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (1) Dewan Pengawas berfungsi melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Direksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (2) Dewan Pengawas berfungsi melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 14

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1) dan ayat (2), Dewan Pengawas mempunyai wewenang:
- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
 - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh SPI dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
 - c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit atau Dokumen Pola Tata Kelola;
 - d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylawss*) atau Dokumen Pola Tata Kelola;
 - e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylawss*) atau Dokumen Pola Tata Kelola, untuk ditetapkan oleh Pemilik; dan
 - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (1) dan ayat (2) berkewajiban:
- a. memberikan pendapat dan saran kepada Direksi mengenai rencana kerja dan anggaran Rumah Sakit yang diusulkan oleh Direksi; dan
 - b. memberikan nasihat kepada Direksi dalam melaksanakan pengurusan Rumah Sakit.

Paragraf 3

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Susunan Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri atas unsur:
- a. Pemilik Rumah Sakit;
 - b. organisasi profesi;

- c. asosiasi perumah sakitan; dan
 - d. tokoh masyarakat.
- (2) Jumlah anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - (3) Salah satu diantara anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
 - (4) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berhalangan tetap, maka Wali Kota mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi Ketua sampai masa jabatan Ketua yang digantikan berakhir.
 - (5) Pengangkatan ketua pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (4) atas usulan Direktur sepanjang memenuhi persyaratan/kriteria.
 - (6) Untuk dapat diangkat menjadi Dewan Pengawas harus memenuhi syarat sebagai berikut:
 - a. beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
 - b. sehat jasmani dan rohani;
 - c. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - d. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
 - e. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD;
 - f. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - g. berijazah paling rendah S-1 (srata satu);
 - h. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
 - i. bukan pegawai pada Rumah Sakit bersangkutan atau tidak sedang menjabat sebagai Pejabat Pengelola pada Rumah Sakit;
 - j. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
 - k. tidak sedang menjalani sanksi pidana;
 - l. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah, dan/atau calon anggota legislatif; dan
 - m. tidak memiliki hubungan keluarga sedarah dan semenda sampai derajat ketiga baik menurut garis lurus maupun garis ke samping dengan Pejabat Pengelola maupun dengan anggota Dewan Pengawas lainnya.
 - (7) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak bersamaan waktu dengan pengangkatan Pejabat Pengelola.

Pasal 16

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya, selama memenuhi persyaratan.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.

Pasal 17

- (1) Jabatan Anggota Dewan Pengawas berakhir dan dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Wali Kota.
- (2) Jabatan Anggota Dewan Pengawas berakhir dan dapat diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) apabila:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c, karena:
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - 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 BLUD, negara, dan/atau Daerah.
- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, maka yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Pemilik.
 - (5) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15.
 - (6) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Pasal 18

- (1) Atas usulan Direktur Wali Kota dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya selama memenuhi persyaratan.
- (5) Persyaratan sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah sebagai berikut:
 - a. memahami tata administrasi surat menyurat dan perarsipan;
 - b. memiliki pengetahuan dalam tata kelola BLUD; dan
 - c. memiliki integritas serta berwawasan perumahsakit.
- (6) Pengangkatan sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Wali Kota.

Pasal 19

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada anggaran Rumah Sakit.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dan sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 4 Rapat Dewan Pengawas

Pasal 20

- (1) Rapat Dewan Pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal yang berhubungan dengan Rumah Sakit sesuai tugas dan kewajibannya.
- (2) Rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat tahunan; dan
 - c. rapat khusus.
- (3) Peserta rapat Dewan Pengawas selain anggota Dewan Pengawas, sekretaris Dewan Pengawas dan Direksi, dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas apabila diperlukan.
- (4) Pengambilan keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.

- (5) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (6) Setiap rapat Dewan Pengawas dibuat risalah rapat.
- (7) Ketentuan mengenai tata tertib rapat Dewan Pengawas ditetapkan oleh ketua Dewan Pengawas.

Pasal 21

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2) huruf a merupakan rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam hal rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direksi dan Komite serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.
- (3) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi, Komite dan pihak lain yang tertentu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat dilaksanakan.

Pasal 22

- (1) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2) huruf b merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan 1 (satu) kali dalam setahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 23

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2) huruf c merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; dan/atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani paling sedikit oleh 3 (tiga) orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 3 (tiga) hari kerja sebelum rapat khusus diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 24

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat:
 - a. usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan; atau
 - b. undangan rapat sebagaimana ditentukan yang berlaku.
- (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.

**Bagian Kelima
Direktur**

**Paragraf 1
Tugas dan Fungsi Direktur**

Pasal 25

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 huruf b mempunyai tanggung jawab, meliputi:
 - a. mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 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 merupakan 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; dan
 - i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada representasi Pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.
- (2) Direktur mempunyai tugas untuk memimpin pelaksanaan tugas dan pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Direktur mempunyai fungsi meliputi:
 - a. merumuskan kebijakan operasional;
 - b. perencanaan;
 - c. pengorganisasian;
 - d. penggerakan pelaksanaan;
 - e. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan dibidang pelayanan medik dan keperawatan;
 - f. pemantauan dan evaluasi sumber daya manusia, pendidikan, serta hukum; dan
 - g. pemantauan dan evaluasi umum dan keuangan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Direktur dibantu oleh Direksi.

Pasal 26

- (1) Direktur dalam menjalankan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (3), maka:
 - a. Direktur bertindak atas nama Direksi; dan
 - b. Direksi berhak dan berwenang bertindak atas nama Direksi, untuk setiap bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya.
- (2) Dalam hal salah satu atau beberapa Direksi berhalangan, maka tetap menjalankan pekerjaannya atau apabila jabatan itu terluang dan penggantinya belum memangku jabatan, maka kekosongan jabatan tersebut dipangku oleh Direksi lainnya atau pejabat lainnya yang ditetapkan dengan Keputusan Wali Kota.

- (3) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25, Direktur sebagai pemimpin dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada:
- a. seorang atau beberapa orang Direksi; dan
 - b. seorang atau beberapa orang pejabat Rumah Sakit, baik secara sendiri maupun bersama-sama.

Bagian Keenam
SPI

Pasal 27

- (1) SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 huruf c melaksanakan pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit.
- (2) Pengawasan dan monitoring sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk mengawasi kebijakan pimpinan telah dilaksanakan dengan baik oleh bawahannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan untuk mencapai tujuan organisasi.
- (3) Pengelolaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. sumber daya keuangan;
 - b. sumber daya manusia; dan
 - c. sumber daya sarana/prasarana.
- (4) Tugas pokok SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di Rumah Sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) SPI juga mempunyai tugas lainnya yaitu sebagai berikut:
 - a. melakukan pemeriksaan terhadap setiap unsur/kegiatan di lingkungan Rumah Sakit yang meliputi pengelolaan administrasi keuangan, administrasi pelayanan serta administrasi umum dan kepegawaian yang dipandang perlu;
 - b. melakukan pengujian serta penilaian atas hasil laporan berkala atau sewaktu-waktu dari setiap unsur/kegiatan di lingkungan Rumah Sakit atas petunjuk Direktur Rumah Sakit;
 - c. melakukan penelusuran mengenai kebenaran laporan atau informasi tentang hambatan, penyimpangan dan penyalahgunaan wewenang yang terjadi; dan
 - d. memberikan saran dan alternatif pemecahan kepada Direktur Rumah Sakit terhadap penyimpangan yang terjadi.
- (6) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), SPI berfungsi:
 - a. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan operasional;
 - b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian internal;
 - c. melakukan identifikasi risiko;
 - d. mencegah terjadinya penyimpangan;
 - e. memberikan konsultasi pengendalian internal;
 - f. melakukan hubungan dengan eksternal auditor atas izin Direktur;
 - g. melaksanakan pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
 - h. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pemeriksaan internal yang ditugaskan oleh Direktur.
- (7) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), ayat (5) dan ayat (6), SPI harus bersikap independen dan objektif.
- (8) Hasil tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), ayat (5) dan ayat (6) disampaikan kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (9) Ketentuan lebih lanjut terkait tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), ayat (5) dan ayat (6) SPI diatur dengan Keputusan Direktur.

Pasal 28

- (1) SPI dibentuk dengan susunan organisasi berdasarkan kebutuhan untuk masa kerja paling lama 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya SPI bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Struktur organisasi dari SPI terdiri atas:
 - a. 1 (satu) orang ketua;
 - b. 1 (satu) orang sekretaris; dan
 - c. beberapa orang anggota.
- (4) Penetapan keanggotaan dalam SPI dilakukan dengan mempertimbangkan kompetensi dan jabatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Pengangkatan SPI harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
 - d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
 - e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
 - f. berijazah paling rendah Diploma 3;
 - g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;
 - h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;
 - i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan Daerah;
 - j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - k. mempunyai sikap independen dan obyektif.
- (6) Susunan organisasi SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Ketujuh Komite

Pasal 29

- (1) Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 huruf h dibentuk untuk penyelenggaraan fungsi tertentu di Rumah Sakit sesuai kebutuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam rangka menerapkan tata kelola klinis yang baik serta meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas membantu dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh Direktur.
- (4) Susunan organisasi Komite dibentuk berdasarkan kebutuhan untuk masa kerja paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Pembentukan Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit dan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (6) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (7) Tiap Komite yang terdapat di Rumah Sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (8) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite dapat membentuk Subkomite dan/atau panitia yang merupakan kelompok kerja tertentu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (9) Pembentukan, fungsi dan uraian tugas Komite Rumah Sakit ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 30

- (1) Keanggotaan Komite ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan keperluan dan persetujuan Direktur.
- (3) Ketua dan anggota Komite diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (4) Ketua Komite dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali periode.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (6) Ketua dan anggota Komite dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit; dan/atau
 - e. adanya kebijakan dari pemilik Rumah Sakit;
 - f. tidak menunjukkan program kerja yang nyata;
 - g. tidak mendukung program pelayanan dan pengembangan Rumah Sakit;
 - h. melanggar peraturan yang berlaku; dan/atau
 - i. mengundurkan diri atas permintaan sendiri dan disetujui oleh Direktur.
- (7) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 31

- (1) Susunan organisasi Komite terdiri atas:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. Subkomite.
- (2) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite sekurang-kurangnya dapat terdiri atas:
 - a. ketua dan sekretaris tanpa Subkomite; atau
 - b. ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota Subkomite.
- (3) Susunan organisasi komite ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Kedelapan Instalasi / Unit

Pasal 32

- (1) Instalasi/ unit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 huruf I merupakan unit pelayanan non struktural yang dibentuk guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan.
- (2) Instalasi yang ada di Rumah Sakit, meliputi:
 - a. instalasi rawat jalan;
 - b. instalasi rawat inap;
 - c. instalasi gawat darurat;
 - d. instalasi kebidanan;
 - e. instalasi perawatan intensif;
 - f. instalasi bedah sentral;
 - g. instalasi rehabilitasi medik;
 - h. instalasi ambulance;
 - i. instalasi gizi;
 - j. instalasi laboratorium;
 - k. instalasi radiodiagnostik;
 - l. instalasi rekam medis;
 - m. instalasi produksi data dan informasi elektronik;

- n. instalasi sanitasi;
 - o. Instalasi *central sterile supply department* (CSSD) dan laundry;
 - p. instalasi gas medik;
 - q. instalasi pemulasaraan jenazah;
 - r. instalasi pengaduan masyarakat;
 - s. instalasi hemodialisa;
 - t. instalasi forensik dan medikolegal;
 - u. instalasi farmasi;
 - v. instalasi kesehatan dan keselamatan kerja; dan
 - w. instalasi pemeliharaan sarana prasarana Rumah Sakit.
- (3) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan atas analisa organisasi dan kebutuhan Rumah Sakit.
 - (4) Pembentukan dan perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan secara tertulis kepada Wali Kota.
 - (5) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh kepala instalasi.
 - (6) Kepala instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) adalah pejabat fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
 - (7) Kedudukan Instalasi berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur di bawah koordinasi Direksi yang membidangi.
 - (8) Instalasi yang memiliki rentang kendali tugas cukup luas dapat mengusulkan untuk pembentukan unit/ruangan yang masing-masing dipimpin oleh seorang kepala dengan persetujuan Direktur.
 - (9) Kepala instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 33

- (1) Rumah Sakit dalam menyelenggarakan fungsinya, dapat membentuk unit dan tim.
- (2) Pembentukan unit dan tim sebagaimana dimaksud ayat (1) didasarkan atas kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan guna mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Unit dan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Setiap penyusunan dan tata kerja unit dan pembentukan tim Rumah Sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan untuk membangun fungsi organisasi secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan unit-unit tim lainnya sesuai dengan tugas masing-masing.

Pasal 34

- (1) Unit yang dibentuk dalam menyelenggarakan fungsi Rumah Sakit dipimpin oleh kepala unit.
- (2) Kepala unit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi serta melaporkan hasil kegiatannya.
- (3) Kepala unit dalam tugasnya sebagaimana dimaksud ayat (2) dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (4) Kepala unit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada Direktur di bawah koordinasi Direksi yang membidangi.

Pasal 35

- (1) Direktur membentuk tim penyelenggaraan fungsi Rumah Sakit.
- (2) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dalam menyelenggarakan fungsi Rumah Sakit dipimpin oleh ketua tim.
- (3) Ketua tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi serta melaporkan hasil kegiatannya.

- (4) Ketua tim dalam tugasnya sebagaimana dimaksud ayat (2) dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (5) Ketua tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan Keputusan Direktur.

**Bagian Kesembilan
Jabatan Fungsional**

Pasal 36

- (1) Jabatan fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 huruf j terdiri dari:
 - a. Kelompok Staf Medik;
 - b. keperawatan;
 - c. kebidanan; dan
 - d. tenaga kesehatan lainnya.
- (2) Kelompok Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan kelompok profesi medik terdiri dari dokter, dokter spesialis, dokter sub spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang melaksanakan tugas profesi meliputi diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan di instalasi dalam jabatan fungsional.
- (3) Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kelompok profesi keperawatan yang melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan keperawatan.
- (4) Kebidanan sebagaimana yang dimaksud ayat (1) huruf c merupakan kelompok profesi kebidanan yang melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan kebidanan.
- (5) Tenaga kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan tenaga kesehatan fungsional di luar tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 37

- (1) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (2) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas, staf fungsional dikelompokkan berdasarkan bidang keahliannya.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai staf fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 38

- (1) Kelompok Staf Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf a merupakan kelompok medis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (2) Kelompok Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas melaksanakan pelayanan pasien meliputi diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kelompok Staf Medik menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.
- (4) Kelompok Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh ketua kelompok.
- (5) Kelompok Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

- (6) Masa tugas Kelompok Staf Medik adalah 3 (tiga) tahun, selanjutnya dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya selama memenuhi persyaratan.
- (7) Kelompok Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai kewajiban sebagai berikut:
 - a. menyusun standar prosedur operasional bidang medis yang terdiri dari standar medis dan standar tindakan medis yang penyusunannya dikoordinasikan oleh Komite Medik;
 - b. menyusun standar prosedur operasional bidang administrasi medis yang terdiri dari pengaturan tugas pelayanan, pertemuan klinik (presentasi kasus khusus, kasus kematian), visite bersama dan peraturan lain yang dianggap perlu, yang penyusunannya dikoordinasikan oleh ketua Kelompok Staf Medik atau koordinator pelayanan Kelompok Staf Medik; dan
 - c. menyusun indikator mutu pelayanan medis/kinerja klinis, meliputi indikator proses dan hasil pelayanan medis.
- (8) Kelompok Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai wewenang sebagai berikut:
 - a. memberikan rekomendasi kepada Direktur melalui Komite Medik tentang penempatan anggota Kelompok Staf Medik baru dan penempatan ulang anggota Kelompok Staf Medik;
 - b. melakukan evaluasi kinerja Kelompok Staf Medik dan bersama Komite Medik menentukan kompetensi anggota Kelompok Staf Medik melalui tim evaluasi kinerja yang dibentuk oleh Kelompok Staf Medik; dan
 - c. melakukan evaluasi dan revisi terhadap standar pelayanan minimal Rumah Sakit, standar prosedur operasional tindakan medis dan standar prosedur operasional bidang administrasi medis.

BAB V PENGELOLAAN RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu Pembina Teknis dan Pembina Keuangan

Pasal 39

- (1) Pembina teknis adalah Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan.
- (2) Pembina keuangan adalah Kepala Perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang keuangan.
- (3) Pembinaan Rumah Sakit dikoordinasikan oleh Kepala Perangkat Daerah yang bertugas melaksanakan pengoordinasian di bidang pembinaan BLUD yaitu bagian perekonomian dan sumber daya alam.

Bagian Kedua Pejabat Pengelola

Pasal 40

- (1) Pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit secara keseluruhan dilakukan oleh Direksi.
- (2) Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit, yaitu:
 - a. pemimpin, dalam hal ini Direktur;
 - b. pejabat keuangan, dalam hal ini kepala bagian administrasi umum dan keuangan; dan
 - c. pejabat teknis, dalam hal ini kepala bidang pelayanan medik dan penunjang medik, kepala bidang keperawatan dan kebidanan, dan kepala bidang pelayanan kefarmasian dan penunjang.
- (3) Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diangkat dan diberhentikan oleh Wali Kota.

- (4) Pemberhentian Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (3), apabila:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; dan
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang bersangkutan baik karena kesengajaan atau kelalaiannya; dan/atau
 - e. meninggal dunia.
- (5) Pemberhentian karena alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf d, dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (6) Kedudukan sebagai Pejabat Pengelola berakhir dengan dikeluarkannya keputusan pemberhentian oleh Wali Kota melalui Keputusan Wali Kota.

Pasal 41

- (1) Pengelola Rumah Sakit bertanggung jawab kepada Pemilik melalui Dewan Pengawas dalam hal pengelolaan dan pengawasan Rumah Sakit beserta fasilitasnya, personil, dan sumber daya terkait.
- (2) Pejabat Pengelola bertugas untuk melaksanakan kebijakan pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

Pasal 42

- (1) Pemimpin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (2) huruf a, mempunyai tugas:
 - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit agar lebih efisien dan produktivitas;
 - b. merumuskan penetapan kebijakan teknis Rumah Sakit serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Wali Kota;
 - c. menyusun Rencana Strategis;
 - d. menyiapkan RBA;
 - e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Wali Kota sesuai dengan ketentuan;
 - f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
 - g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan Rumah Sakit yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan Rumah Sakit kepada Wali Kota; dan
 - h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Wali Kota sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pemimpin dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan.
- (3) Pemimpin bertindak selaku kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang.
- (4) Dalam hal Pemimpin sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak berasal dari pegawai negeri sipil, maka pejabat keuangan ditunjuk sebagai kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang.

Pasal 43

Pemimpin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (2) huruf a, mempunyai tanggungjawab sebagai berikut:

- a. menjamin terlaksananya kebijakan Rumah Sakit;
- b. menjamin kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan Rumah Sakit;
- c. menjamin terlaksananya program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatan Rumah Sakit; dan
- d. meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.

Pasal 44

Pemimpin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (2) huruf a, mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di Rumah Sakit;
- b. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
- c. melakukan pengawasan dan persetujuan atas modal kapital dan anggaran operasional;
- d. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit;
- e. mengusulkan, mengangkat dan memberhentikan pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. menetapkan hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- g. memberikan penghargaan kepada pegawai, karyawan dan profesional yang berprestasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. memberikan sanksi kepada pegawai, karyawan dan profesional yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- i. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;
- j. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- k. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan dan pendidikan;
- l. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya; dan
- m. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat di bawah pemimpin.

Pasal 45

(1) Pejabat Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (2) huruf b, mempunyai tugas:

- a. merumuskan kebijakan terkait pengelolaan keuangan;
- b. mengoordinasikan penyusunan RBA;
- c. menyiapkan dokumen pelaksanaan anggaran;
- d. melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja;
- e. menyelenggarakan pengelolaan kas;
- f. melakukan pengelolaan utang, piutang, dan investasi;
- g. menyusun kebijakan pengelolaan barang milik Daerah yang berada dibawah penguasaannya;
- h. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
- i. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan; dan
- j. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Wali Kota dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.

(2) Pejabat keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab keuangan.

(3) Pejabat keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran.

(4) Pejabat keuangan, bendahara penerimaan, dan bendahara pengeluaran harus dijabat oleh pegawai negeri sipil.

Pasal 46

(1) Pejabat Teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (2) huruf c, mempunyai tugas:

- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidangnya;
- b. melaksanakan kegiatan teknis operasional dan pelayanan sesuai dengan RBA;

- c. memimpin dan mengendalikan kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidangnya; dan
 - d. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Wali Kota dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pejabat Teknis dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidangnya.
 - (3) Pelaksanaan tugas pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya.

Bagian Ketiga
Rapat Pengelola Rumah Sakit

Pasal 47

- (1) Rapat Pengelola Rumah Sakit diselenggarakan oleh:
 - a. Direksi; dan
 - b. Pejabat Pengelola.
- (2) Rapat yang diselenggarakan oleh Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan rapat membahas hal yang berhubungan dengan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan tugas dan kewajiban Direksi.
- (3) Rapat yang diselenggarakan oleh Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan rapat membahas hal yang berhubungan dengan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan tugas dan kewajiban Pejabat Pengelola.
- (4) Rapat Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat tahunan; dan
 - c. rapat khusus.
- (5) Keputusan dalam rapat Pengelola Rumah Sakit diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (6) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (7) Dalam rapat tertentu yang bersifat khusus, Pengelola Rumah Sakit dapat mengundang Dewan Pengawas yang disampaikan secara tertulis.
- (8) Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh notulis.

Pasal 48

- (1) Rapat rutin Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (4) huruf a dilaksanakan sesuai dengan urgensi dan keperluan.
- (2) Rapat rutin Pengelola Rumah Sakit membahas hal yang berhubungan dengan kegiatan Rumah Sakit sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajiban masing-masing Pengelola Rumah Sakit.

Pasal 49

- (1) Rapat tahunan Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (4) huruf b dilaksanakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Rapat tahunan Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit mencakup pengelolaan pelayanan medik dan non medik, sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta pengelolaan keuangan.

Pasal 50

- (1) Rapat khusus Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (4) huruf c dilaksanakan di luar jadwal rapat rutin maupun rapat tahunan, untuk mengambil keputusan, menetapkan kebijakan terhadap hal yang

dianggap khusus.

- (2) Dalam rapat khusus Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya membahas masalah yang berkaitan dengan situasi dan kondisi tertentu yang memerlukan kebijakan khusus pengelola.
- (3) Apabila diperlukan, Pengelola Rumah Sakit dapat mengundang Dewan Pengawas untuk hadir dalam rapat khusus Pengelola Rumah Sakit.
- (4) Undangan rapat khusus Pengelola Rumah Sakit harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Bagian Keempat Hubungan Kerja dan Pelimpahan Wewenang

Pasal 51

Hubungan Direksi dengan Dewan Pengawas, antara lain:

- a. pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh Direksi;
- b. Direksi bertanggung jawab kepada Pemilik melalui Dewan Pengawas;
- c. Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan Rumah Sakit; dan
- d. keberhasilan Rumah Sakit tergantung dari pengurusan Direksi dan pembinaan serta pengawasan dan Pemilik melalui Dewan Pengawas sehingga dalam pertanggungjawaban tugas dan kewajiban antara pengelola dan Pemilik sesuai dengan peran dan tanggung jawabnya.

Pasal 52

Hubungan Direksi dengan Komite sebagai berikut:

- a. Direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi dari Komite;
- b. Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur; dan
- c. Komite wajib membuat dan menjalankan program kerja, pedoman/panduan, petunjuk pelaksanaan atau petunjuk teknis yang telah ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 53

Pelimpahan kewenangan dari tenaga medis kepada tenaga medis yang lain, sebagai berikut:

- a. pelimpahan kewenangan dari tenaga medis kepada tenaga medis yang lain dapat dilakukan dalam keadaan darurat atau mendesak serta membutuhkan pertolongan demi penyelamatan jiwa;
- b. pelimpahan kewenangan diatur secara tegas dalam standar prosedur operasional yang dibuat oleh bidang teknis terkait di Rumah Sakit;
- c. pelimpahan kewenangan tersebut dilakukan secara tertulis dan dicatat dalam rekam medis atau dapat menggunakan form khusus;
- d. pelimpahan tenaga medis kepada tenaga medis lainnya dalam hal adanya keperluan yang tidak termasuk dalam kategori gawat darurat, wajib mendapat persetujuan pasien atau keluarganya dan dilakukan kepada tenaga medis yang memiliki spesialisasi yang sama;
- e. pelimpahan wewenang kepada residen harus mempertimbangkan kompetensi yang dimilikinya;
- f. dokter penanggung jawab pelayanan wajib melakukan pengawasan dan dokter pemberi wewenang tetap bertanggung jawab;
- g. tanggung jawab utama secara pidana sesuai dengan asas hukum pidana;
- h. pelimpahan wewenang dari tenaga medis kepada perawat atau bidan wajib dilakukan secara tertulis;
- i. pelimpahan wewenang kepada perawat dan/atau bidan yang bersifat delegasi disertai dengan tanggung jawab dan hak akan imbalan jasanya menjadi hak penerima delegasi;
- j. tanggung jawab pelimpahan wewenang yang bersifat mandat, tetap menjadi tanggung jawab si pemberi pelimpahan dan hak akan imbalan jasa menjadi hak

- bersama;
- k. pelimpahan wewenang tidak boleh diberikan kepada peserta didik mahasiswa kedokteran umum, keperawatan, dan/atau kebidanan; dan
 - l. pemberian instruksi atau penugasan/pelimpahan via telepon hanya boleh diberikan dalam keadaan dokter berhalangan datang ke Rumah Sakit, penerima telepon wajib mencatat pada lembaran instruksi dokter dalam rekam medis, selanjutnya pada kunjungan berikutnya wajib diparaf oleh dokter yang memberikan instruksi/penugasan atau pelimpahan.

Bagian Kelima Manajemen Sumber Daya Manusia

Pasal 54

- (1) Penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dilaksanakan oleh tenaga Rumah Sakit.
- (2) Tenaga Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. tenaga medis;
 - b. tenaga kesehatan; dan
 - c. tenaga pendukung atau penunjang kesehatan.
- (3) Tenaga Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari:
 - a. pegawai berstatus pegawai negeri sipil;
 - b. pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja; dan
 - c. pegawai Rumah Sakit dengan perjanjian kerja.

Pasal 55

- (1) Pengangkatan pegawai berstatus pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja dilakukan dan dilaksanakan oleh Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kepegawaian daerah, pendidikan, dan pelatihan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Mekanisme manajemen pengangkatan pegawai Rumah Sakit dengan perjanjian kerja diatur lebih lanjut dengan Peraturan Wali Kota.

Bagian Keenam Pengelolaan Keuangan

Paragraf 1 Prinsip dan Asas

Pasal 56

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit dilaksanakan dengan menerapkan asas:
 - a. akuntabilitas; dan
 - b. transparansi.
- (2) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan prinsip:
 - a. efektivitas;
 - b. efisiensi; dan
 - c. produktivitas.
- (3) Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), maka dalam penatausahaan keuangan menerapkan:
 - a. sistem akuntansi berbasis standar akuntansi keuangan;
 - b. standar akuntansi pemerintahan; dan
 - c. peraturan perundang-undangan.

Pasal 57

- (1) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56, Rumah Sakit dengan status BLUD memperoleh fleksibilitas berupa:
 - a. pengelolaan pendapatan dan biaya;

- b. pengelolaan kas;
 - c. pengelolaan utang;
 - d. pengelolaan piutang;
 - e. pengelolaan investasi;
 - f. pengelolaan barang dan/atau jasa;
 - g. pengadaan barang;
 - h. penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban;
 - i. pengelolaan surplus dan defisit;
 - j. pengelolaan dana secara langsung; dan
 - k. perumusan standar, kebijakan, sistem dan prosedur pengelolaan keuangan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Wali Kota tersendiri sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2

Perencanaan dan Penganggaran

Pasal 58

- (1) Direktur menetapkan rencana strategis dan rencana strategis bisnis Rumah Sakit setiap 5 (lima) tahun sekali.
- (2) Rencana strategis dan rencana strategis bisnis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu kepada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah.
- (3) Sebelum ditetapkan, rancangan rencana strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Perangkat Daerah yang meyelenggarakan urusan pemerintahan bidang pembangunan dan bidang penelitian dan pengembangan untuk memastikan kesesuaian dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah.

Pasal 59

- (1) Rencana strategis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 dijabarkan dalam RBA Rumah Sakit.
- (2) RBA Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan:
 - a. anggaran berbasis kinerja;
 - b. standar satuan harga; dan
 - c. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya, anggaran pendapatan dan belanja daerah, serta sumber pendapatan BLUD lainnya.
- (3) Anggaran berbasis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a merupakan analisis kegiatan yang berorientasi pada pencapaian output dengan penggunaan sumber daya secara efisien.
- (4) Standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku di suatu daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Wali Kota.
- (5) RBA Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
 - a. ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - b. rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - c. perkiraan harga;
 - d. besaran persentase ambang batas; dan
 - e. perkiraan maju atau forward estimate
- (6) RBA Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu presentase ambang batas tertentu.
- (7) RBA Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disertai dengan standar pelayanan minimal.

Paragraf 3
Pelaporan dan Pertanggungjawaban

Pasal 60

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

Paragraf 4
Tarif dan Jasa Pelayanan

Pasal 61

- (1) Rumah Sakit mengenakan tarif layanan sebagai imbalan atas penyediaan layanan barang dan/atau jasa layanan kepada masyarakat.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa besaran tarif dan/atau pola tarif berdasarkan perhitungan biaya perunit layanan atau hasil per investasi dana.
- (3) Dalam hal penyusunan tarif tidak dapat disusun dan ditetapkan atas perhitungan biaya per unit layanan atau hasil per investasi dana sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka tarif dapat ditetapkan dengan perhitungan atau penetapan lain yang berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 62

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diatur sesuai dengan ketentuan Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
- (2) Ketentuan Tarif layanan sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (3) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (4) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 63

- (1) Pemanfaatan dari penerimaan retribusi yang dipungut dan dikelola oleh BLUD dapat langsung digunakan untuk mendanai penyelenggaraan pelayanan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai BLUD.
- (2) Pemanfaatan dari penerimaan retribusi tarif layanan sebagaimana dimaksud

ayat (1) diutamakan untuk mendanai kegiatan yang berkaitan langsung dengan penyelenggaraan pelayanan yang bersangkutan.

- (3) Pemanfaatan dari penerimaan retribusi untuk jasa pelayanan merupakan imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka pelayanan medis, pelayanan penunjang medis atau penunjang lainnya.
- (4) Jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi:
 - a. jasa pelayanan langsung; dan
 - b. jasa pelayanan tidak langsung.
- (5) Jasa pelayanan langsung sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a dan huruf b merupakan pendapatan Rumah Sakit yang didistribusikan untuk biaya operasional dan biaya investasi paling kecil 40% (empat puluh persen) dan jasa pelayanan paling besar 60% (enam puluh persen).
- (6) Ketentuan lebih lanjut terkait pemanfaatan penerimaan retribusi untuk jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Wali Kota.

Bagian Ketujuh Pengelolaan Barang

Pasal 64

- (1) Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (3).
- (2) Otonomi dalam pengelolaan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
 - a. Penggunaan; dan
 - b. Penatausahaan barang milik Daerah.
- (3) Pengelolaan barang milik Daerah merupakan keseluruhan kegiatan yang meliputi:
 - a. perencanaan kebutuhan dan penganggaran;
 - b. pengadaan;
 - c. penggunaan;
 - d. pemanfaatan;
 - e. pengamanan dan pemeliharaan;
 - f. penilaian;
 - g. penatausahaan dan pengendalian;
 - h. pemindahtanganan;
 - i. pemusnahan; dan
 - j. penghapusan.
- (4) Dalam melaksanakan otonomi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur ditetapkan selaku Kuasa Pengguna Barang pada RSUD Sultan Suriansyah.
- (5) Direktur Selaku Kuasa Pengguna Barang ditetapkan oleh Wali Kota.
- (6) Direktur mengusulkan Pengurus Pengguna Barang dan Pembantu Pengurus Barang untuk ditetapkan Wali Kota.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas pengelolaan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Wali Kota.

Bagian Kedelapan Standar Pelayanan dan Standar Pelayanan Minimal

Pasal 65

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

pedoman standar pelayanan yang secara operasional wajib dilaksanakan oleh Rumah Sakit dalam penyelenggaraan pelayanan di bidang pelayanan kesehatan dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif di Rumah Sakit.

- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai standar pelayanan dan standar pelayanan minimal diatur dengan Peraturan Wali Kota.

Bagian Kesembilan Pengelolaan Lingkungan dan Sumber Daya Lain

Pasal 66

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit wajib melaksanakan pengelolaan lingkungan Rumah Sakit, baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit yang berorientasi kepada:
 - a. keamanan;
 - b. kenyamanan;
 - c. kebersihan;
 - d. kesehatan;
 - e. kerapian;
 - f. keindahan; dan
 - g. keselamatan.

Pasal 67

- (1) Pengelolaan lingkungan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 meliputi pengelolaan limbah, yang terdiri dari limbah medis dan limbah non medis.
- (2) Teknis pelaksanaan pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 68

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit wajib melaksanakan pengelolaan sumber daya lain.
- (2) Pengelolaan sumber daya lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang terdiri dari sarana, prasarana, gedung dan jalan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pengelolaan sumber daya lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.
- (4) Teknis pelaksanaan pengelolaan sumber daya lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

BAB VI STAF MEDIS

Bagian Kesatu Kewenangan Klinis

Pasal 69

- (1) Seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis hanya dapat melakukan praktik kedokteran sesuai dengan bidang dan kemampuannya secara spesifik di Rumah Sakit, sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh setiap organisasi profesinya, setelah mendapatkan Kewenangan Klinis melalui proses Kredensial.
- (2) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan oleh Direktur berupa surat Penugasan Klinis atas rekomendasi Komite Medik melalui Subkomite Kredensial Komite Medik.
- (3) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan kepada

seorang anggota Staf Medis untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.

- (4) Penggunaan Kewenangan Klinis kepada seorang anggota Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dalam sebuah kelompok Staf Medis tergantung pada peraturan dan kebijakan yang berlaku pada setiap Kelompok Staf Medik.
- (5) Kewenangan Klinis sementara diberikan Direktur berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit tempat asal bekerja dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di Rumah Sakit kepada dokter tamu yang bersifat sementara.
- (6) Dalam keadaan darurat Staf Medis dapat diberikan Kewenangan Klinis oleh Direktur dengan menerbitkan surat Penugasan Klinis tanpa rekomendasi Komite Medik.
- (7) Dalam masalah atau kasus tertentu yang terjadi pada Staf Medis, Direktur dapat menerbitkan surat Penugasan Klinis bersyarat.
- (8) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Subkomite Kredensial Komite Medik.
- (9) Kewenangan Klinis dapat bertambah dari sebelumnya setelah Staf Medis telah diakui mendapat pendidikan/pelatihan khusus/*workshop* sehingga yang bersangkutan dapat melakukan pekerjaannya.
- (10) Penilaian kompetensi dapat berkurang apabila alasan sakit atau kelainan fisik dan mental pada yang bersangkutan yang ditetapkan oleh Komite Medik.

Pasal 70

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (1) harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. pendidikan:
 1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi; dan
 2. menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
- b. perizinan (lisensi):
 1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
 2. memiliki surat ijin praktek dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
- c. kegiatan penjagaan mutu profesi:
 1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
 2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. kualifikasi personal:
 1. riwayat disiplin dan etik profesi;
 2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
 3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
 4. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
 5. memiliki asuransi proteksi profesi.
- e. pengalaman di bidang keprofesian harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
 2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Pasal 71

- (1) Komite Medik dalam memberi rekomendasi kepada Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (2), agar Kewenangan Klinis anggota Staf Medis dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Subkomite Kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan apabila anggota Staf Medis tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit dianggap

tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.

- (3) Subkomite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota Staf Medis setelah terlebih dahulu:
 - a. ketua Kelompok Staf Medis mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada ketua Komite Medik;
 - b. Komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Subkomite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota Staf Medis yang bersangkutan;
 - c. Subkomite Kredensial berhak memanggil anggota Staf Medis yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan; dan
 - d. Subkomite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

Pasal 72

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan apabila:
 - a. hubungan hukum antara Staf Medis dengan Rumah Sakit telah putus;
 - b. gangguan kesehatan (fisik dan mental);
 - c. kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; dan
 - d. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

Pasal 73

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Kewenangan Klinis berakhir dilaksanakan apabila surat Penugasan Klinis:
 - a. habis masa berlakunya; dan
 - b. dicabut dengan alasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 72 ayat (2).

Bagian Kedua Penugasan Klinis

Pasal 74

- (1) Setiap Staf Medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki surat Penugasan Klinis dari Direktur berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap Staf Medis yang direkomendasikan Komite Medik setelah dilakukan proses Kredensial.
- (2) Tanpa surat Penugasan Klinis maka seorang Staf Medis tidak dapat menjadi anggota kelompok Staf Medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.
- (3) Dalam keadaan darurat Direktur dapat memberikan surat Penugasan Klinis tanpa rekomendasi Komite Medik.

Bagian Ketiga Komite Medik

Paragraf 1

Struktur Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 75

- (1) Komite Medik merupakan wadah profesional medis yang keanggotaannya

berasal dari seluruh anggota Staf Medis fungsional.

- (2) Susunan organisasi Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. Subkomite.
- (3) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2), disesuaikan dengan jumlah Staf Medis di Rumah Sakit.
- (4) Direktur dapat menetapkan kebijakan, panduan, pedoman, dan prosedur untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik.

Pasal 76

- (1) Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud pada Pasal 75 ayat (2) huruf a dapat dijabat oleh dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang dipilih secara demokratis oleh ketua Kelompok Staf Medis dengan memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. peka terhadap perkembangan perumahsakitannya;
 - c. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur; dan
 - d. mempunyai integritas keluhuran dan etika profesi yang tinggi.
- (2) Sekretaris Komite Medik sebagaimana dimaksud pada Pasal 75 ayat (2) huruf b dapat dijabat oleh dokter purna waktu atau dokter paruh waktu dan dipilih oleh ketua Komite Medik.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya, sekretaris Komite Medik dapat dibantu tenaga administrasi (staf sekretariat).
- (4) Anggota Komite Medik terdiri dari semua ketua Kelompok Staf Medis dan/atau anggota yang mewakili dan terbagi ke dalam Subkomite.
- (5) Subkomite sebagaimana dimaksud pada Pasal 75 ayat (2) huruf c terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial;
 - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

Paragraf 2

Wewenang, Kewajiban dan Tanggung Jawab

Pasal 77

Wewenang Komite Medik adalah:

- a. memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
- b. memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan peralatan medis, dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan medis;
- c. monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis sesuai yang tercantum di dalam tugas Komite Medik;
- d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran di Rumah Sakit;
- e. melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan profesi antar Kelompok Staf Medis;
- f. membentuk Tim Klinis yang mempunyai tugas menangani kasus-kasus pelayanan medis yang memerlukan koordinasi lintas profesi misalnya penggulungan kanker terpadu, pelayanan jantung terpadu dan lain sebagainya; dan
- g. memberikan rekomendasi tentang kerja sama antara Rumah Sakit dan fakultas kedokteran/kedokteran gigi/institusi pendidikan lain.

Pasal 78

Komite Medik mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- a. menyusun dan mengevaluasi Peraturan Internal Staf Medis;
- b. membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar

- prosedur operasional di bidang manajerial/administrasi dan bidang kelimuan/profesi, standar profesi dan standar kompetensi;
- c. membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik; dan
 - d. melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

Pasal 79

- (1) Tanggung jawab Komite Medik terkait dengan:
 - a. mutu pelayanan medis;
 - b. pembinaan etik kedokteran; dan
 - c. pengembangan profesi medis.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melaporkan tanggung jawabnya kepada Direktur.

Paragraf 3 Tugas dan Fungsi

Pasal 80

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan Kredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
 - b. memelihara dan peningkatan kompetensi dan mutu profesi Staf Medis;
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi Staf Medis; dan
 - d. mengembangkan program pelayanan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a Komite Medik memiliki fungsi:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi;
 - c. penyelenggaraan evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
 - d. penyelenggaraan wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
 - e. penyelenggaraan penilaian dan keputusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian Kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;
 - g. penyelenggaraan proses Rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - h. penyelenggaraan rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b Komite Medik memiliki fungsi meliputi:
 - a. pelaksanaan audit medis;
 - b. memberikan rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis;
 - c. memberikan rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis Rumah Sakit; dan
 - d. memberikan rekomendasi proses pendampingan bagi Staf Medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf c Komite Medik memiliki fungsi:
 - a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan Staf Medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. penyelenggaraan rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di Rumah Sakit;

- d. penyusunan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang dipilih untuk menjalankan tugas dan fungsi Staf Medis sebagai acuan tata kelola dokter/tenaga medis Rumah Sakit;
- e. penyusunan dan pemantauan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit; dan
- f. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

**Bagian Keempat
Subkomite Kredensial**

Pasal 81

- (1) Subkomite Kredensial melaksanakan tugas dan fungsi Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80 ayat (1) huruf a.
- (2) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berperan dalam melaksanakan Kredensial dengan tujuan sebagai berikut:
 - a. melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa Staf Medis yang akan melakukan pelayanan pada Rumah Sakit kredibel;
 - b. mendapatkan dan memastikan Staf Medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di Rumah Sakit;
 - c. menyusun jenis-jenis Kewenangan Klinis bagi setiap Staf Medis yang melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi yang diterapkan oleh kolegium kedokteran/kedokteran gigi Indonesia;
 - d. menjadi dasar bagi Direktur untuk menerbitkan Penugasan Klinis bagi setiap Staf Medis untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit; dan
 - e. menjaga reputasi dan kredibilitas para Staf Medis dan Rumah Sakit di hadapan pasien, peyandang dana dan pemangku kepentingan Rumah Sakit lainnya.
- (3) Mekanisme Kredensial dan/atau Rekredensial merupakan tanggung jawab Komite Medik yang dilaksanakan oleh Subkomite Kredensial.
- (4) Proses Kredensial dan/atau Rekredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, objektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasikan.
- (5) Dalam proses Kredensial dan/atau Rekredensial sebagaimana dimaksud ayat (4) Subkomite Kredensial melakukan serangkaian kegiatan termasuk menyusun tim Mitra Bestari, dan melakukan penilaian kompetensi kepada seorang Staf Medis untuk diberikan Kewenangan Klinis tertentu.
- (6) Subkomite Kredensial menyiapkan berbagai instrumen Kredensial yang ditetapkan oleh Direktur paling sedikit meliputi:
 - a. kebijakan tentang Kredensial dan Kewenangan Klinis;
 - b. pedoman penilaian kompetensi klinis;
 - c. formulir yang diperlukan; dan
 - d. instrumen lainnya yang dibutuhkan Subkomite Kredensial.

**Bagian Kelima
Subkomite Mutu Profesi**

Pasal 82

- (1) Subkomite Mutu Profesi melaksanakan tugas dan fungsi Komite Medik sebagaimana dimaksud pada Pasal 80 ayat (1) huruf b.
- (2) Subkomite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berperan dalam menjaga mutu profesi Staf Medis dengan tujuan sebagai berikut:
 - a. memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh Staf Medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
 - b. memberikan asas keadilan bagi Staf Medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi dan Kewenangan Klinis;
 - c. mencegah terjadinya kejadian yang tak diharapkan; dan
 - d. memastikan kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh Staf Medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang

berkesinambungan, maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus.

- (3) Kualitas pelayanan medis yang diberikan ditentukan berdasarkan semua aspek kompetensi Staf Medis dalam melakukan penatalaksanaan pelayanan medis.
- (4) Mutu suatu penatalaksanaan pelayanan asuhan medis tergantung pada upaya Staf Medis memelihara kompetensi seoptimal mungkin.
- (5) Subkomite Mutu Profesi menyiapkan berbagai kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme dalam menjalankan mutu profesi Staf Medis yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keenam Subkomite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 83

- (1) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi melaksanakan tugas dan fungsi Komite Medik sebagaimana dimaksud pada Pasal 80 ayat (1) huruf c.
- (2) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berperan dalam menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis dengan tujuan sebagai berikut:
 - a. melindungi pasien dari pelayanan Staf Medis yang tidak memenuhi syarat dan tidak layak untuk melakukan pelayanan medis; dan
 - b. memelihara dan meningkatkan mutu profesional Staf Medis.
- (3) Setiap Staf Medis dalam melaksanakan pelayanan medis di Rumah Sakit menerapkan prinsip-prinsip profesionalisme kedokteran kinerja profesional yang baik sehingga dapat memperlihatkan kinerja profesi yang baik, sehingga diharapkan pasien memperoleh pelayanan asuhan medis yang aman dan efektif.
- (4) Upaya peningkatan profesionalisme Staf Medis dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisiplinan berperilaku profesional Staf Medis di Rumah Sakit.
- (5) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis.
- (6) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyiapkan berbagai kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme dalam menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketujuh Rapat Komite Medik

Pasal 84

- (1) Rapat Komite Medik terdiri atas:
 - a. rapat rutin Komite Medik;
 - b. rapat khusus Komite Medik; dan
 - c. rapat umum Tahunan.
- (2) Rapat Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan sah hanya bila pemberitahuan telah disampaikan dan diterima seluruh anggota Komite Medik yang berhak memberikan suara.

Pasal 85

Rapat rutin Komite Medik sebagaimana dimaksud Pasal 84 ayat (1) huruf a dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Komite Medik menyelenggarakan rapat rutin setiap 1 (satu) bulan sekali pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Medik;
- b. sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lama 5 (lima) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan;
- c. rapat rutin dihadiri oleh pengurus harian dan seluruh anggota Komite Medik; dan

- d. ketua dapat mengundang pihak selain Komite Medik bila dianggap perlu.

Pasal 86

Rapat khusus Komite Medik sebagaimana dimaksud Pasal 84 ayat (1) huruf b dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. rapat khusus Komite Medik diselenggarakan dalam hal:
 1. permintaan yang diajukan paling sedikit oleh 3 (tiga) anggota Komite Medik dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya; atau
 2. permintaan ketua Komite Medik untuk hal yang memerlukan penetapan kebijakan Komite Medik dengan segera.
- b. sekretaris Komite Medik menyelenggarakan rapat khusus dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam setelah diterimanya permintaan rapat yang ditandatangani oleh paling sedikit 25% (dua puluh lima persen) dari jumlah anggota Komite Medik yang berhak untuk hadir dan memberikan suara dalam rapat tertentu;
- c. sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat khusus beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan; dan
- d. pemberitahuan rapat khusus akan menyebutkan secara spesifik hal yang akan dibicarakan dan hal yang diagendakan dalam rapat.

Pasal 87

Rapat umum tahunan sebagaimana dimaksud Pasal 84 ayat (1) huruf c dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. rapat umum tahunan diselenggarakan 1 (satu) kali dalam setahun dan dapat diikuti oleh seluruh Staf Medis; dan
- b. sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat tahunan secara tertulis beserta agenda rapat kepada para rapat anggota yang berhak hadir paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

Pasal 88

- (1) Keputusan hasil rapat Komite Medik dapat ditetapkan dan dinyatakan sah apabila dilakukan sesuai dengan ketentuan mengenai panggilan rapat dan kuorum.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercapai apabila rapat dihadiri oleh paling sedikit 50% (lima puluh persen) dari jumlah anggota Komite Medik.
- (3) Dalam hal kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak tercapai, maka rapat ditunda paling lambat 1 (satu) jam.
- (4) Keputusan hasil rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (5) Dalam hal tidak tercapai mufakat sebagaimana dimaksud pada ayat (4), maka keputusan hasil rapat melalui pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak dari anggota Komite Medik yang hadir.
- (6) Dalam hal pemungutan suara sebagaimana dimaksud ayat (5) sama banyak, maka ketua Komite Medik berwenang membuat keputusan hasil rapat.

Pasal 89

Tata tertib Rapat sebagai berikut:

- a. setiap rapat Komite Medik berhak dihadiri oleh seluruh anggota Komite Medik;
- b. semua risalah rapat Komite Medik dicatat oleh sekretaris Komite Medik atau penggantinya yang ditunjuk; dan
- c. notulen rapat ditandatangani oleh ketua Komite Medik dan seluruh anggota yang menghadiri rapat, notulen yang telah ditandatangani diberlakukan sebagai dokumen yang sah.

Bagian Kedelapan
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 90

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan peraturan pelaksanaan berupa aturan profesi bagi Staf Medis di luar Peraturan Internal Staf Medis.
- (2) Aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), antara lain:
 - a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
 - b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai; dan
 - c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.
- (3) Aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kesembilan

**Tata Cara Review dan
Perbaikan Peraturan Internal Staf Medis**

Pasal 91

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis dapat dilakukan apabila terdapat perubahan peraturan perundang-undangan yang mendasarinya.
- (2) Peraturan Internal Staf Medis secara berkala paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun dievaluasi, ditinjau kembali, dan disesuaikan dengan perkembangan profesi Staf Medis serta kondisi di Rumah Sakit.
- (3) Evaluasi, peninjauan kembali, dan penyesuaian Peraturan Internal Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilakukan oleh Komite Medik.
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan melibatkan seluruh Staf Medis dan staf manajemen terkait.

Bagian Kesepuluh
Kerahasiaan Informasi

Paragraf 1
Rekam Medis

Pasal 92

- (1) Rekam medis merupakan berkas yang wajib dijaga kerahasiaannya baik berupa lembar kertas maupun elektronik.
- (2) Berkas rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat:
 - a. identitas lengkap pasien;
 - b. riwayat penyakit;
 - c. catatan dan intruksi dokter;
 - d. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan;
 - e. pemberian informasi, edukasi, persetujuan tindakan kedokteran/keperawatan/kebidanan, penolakan tindakan kedokteran/keperawatan/kebidanan;
 - f. catatan perawat/bidan atau tenaga kesehatan lainnya;
 - g. resume medis;
 - h. perkembangan asuhan keperawatan/kebidanan;
 - i. catatan pemberian obat/terapi; dan
 - j. pencatatan lain sesuai keperluan dan ketentuan yang berlaku.
- (3) Pemaparan isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter yang merawat pasien dengan ijin dari pasien.
- (4) Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat memaparkan isi rekam medis

tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan.

- (5) Pemaparan isi rekam medis paling sedikit memuat:
 - a. identitas pasien dengan inisial;
 - b. diagnosis akhir;
 - c. tindakan atau terapi yang diberikan;
 - d. keadaan pasien waktu pulang (pulang paksa, pulang perbaikan, atau meninggal dunia); dan
 - e. resume medis.

Paragraf 2
Informasi Medis dan
Persetujuan Tindakan Kedokteran

Pasal 93

- (1) Setiap pasien berhak meminta informasi medis atau penjelasan kepada dokter yang merawat sesuai dengan haknya.
- (2) Informasi medis atau penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus diungkapkan dengan jujur dan benar paling sedikit adalah mengenai:
 - a. diagnosa penyakitnya;
 - b. keadaan kesehatan pasien;
 - c. rencana terapi dan alternatifnya;
 - d. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
 - e. prognosis; dan
 - f. kemungkinan komplikasi.
- (3) Penjelasan mengenai informasi medis ini harus disampaikan oleh tenaga medis.
- (4) Dalam hal akan dilakukan tindakan medis operatif, akan diberikan penjelasan terlebih dahulu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan disaksikan oleh 1 (satu) orang perawat dan satu orang dari keluarga pasien atau pihak lainnya.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pembuatan form persetujuan dan atau penolakan tindakan kedokteran/keperawatan/kebidanan akan diatur dengan standar prosedur operasional yang dibuat oleh bidang teknis terkait di Rumah Sakit dan ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 3
Kerahasiaan Informasi Pasien

Pasal 94

- (1) Kerahasiaan informasi pasien Rumah Sakit wajib dijaga oleh semua tenaga kerja di Rumah Sakit.
- (2) Pengungkapan kerahasiaan informasi pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimungkinkan pada keadaan:
 - a. atas izin/otorisasi pasien;
 - b. menjalankan perintah undang-undang;
 - c. menjalankan perintah jabatan; dan/atau
 - d. pendidikan dan penelitian untuk kepentingan negara.
- (3) Ketentuan akses dan pelepasan informasi rahasia pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan peraturan Direktur.

Bagian Kesebelas
Penyelesaian Sengketa Tenaga Kesehatan

Pasal 95

- (1) Setiap pasien yang merasa tidak puas dan atau dirugikan oleh pelayanan tenaga kesehatan di Rumah Sakit dapat menyampaikan pengaduan melalui instalasi pengaduan masyarakat yang ada di Rumah Sakit.
- (2) Instalasi pengaduan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat menyelesaikan pengaduan sesuai dengan tugas pokok fungsinya dan jika diperlukan dapat berkoordinasi dengan bidang terkait kemudian melaporkan

kepada Direktur.

- (3) Instalasi Pengaduan Masyarakat meneruskan pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Direktur apabila instalasi pengaduan masyarakat tidak bias menyelesaikannya sesuai dengan standar yang berlaku.
- (4) Dalam hal terjadi kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, menimbulkan kerugian bagi pasien, dan menjadi sengketa maka kelalaian tersebut harus terlebih dahulu diselesaikan melalui mediasi.
- (5) Mediasi penyelesaian sengketa tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus dipimpin oleh seorang mediator yang bersertifikat baik yang berasal dari internal Rumah Sakit, maupun mediator dari luar Rumah Sakit.
- (6) Mediator sebagaimana dimaksud pada ayat (5), pada saat memimpin mediasi wajib bersikap netral dan memfokuskan pada tercapainya penyelesaian permasalahan secara damai.
- (7) Mekanisme mediasi di internal Rumah Sakit secara teknis diatur lebih lanjut dengan peraturan Direktur.

Bagian Keduabelas Hak dan Kewajiban

Paragraf 1 Pasien

Pasal 96

(1) Hak Pasien meliputi:

- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban Pasien;
- c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
- d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai surat ijin praktik baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data medisnya;
- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya, kecuali untuk tindakan medis yang diperlukan dalam rangka pencegahan penyakit menular dan penanggulangan kejadian luar biasa atau wabah;
- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;

- q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana;
 - r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik;
 - s. meminta pendapat tenaga medis atau tenaga kesehatan lain; dan
 - t. mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kewajiban Pasien meliputi:
- a. mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b. menggunakan fasilitas Rumah Sakit secara bertanggung jawab;
 - c. menghormati hak pasien lain, pengunjung dan hak tenaga kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di Rumah Sakit;
 - d. memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya;
 - e. memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
 - f. mematuhi nasihat dan petunjuk termasuk rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan di Rumah Sakit dan disetujui oleh pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - g. menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolaki rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
 - h. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Paragraf 2 Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis

Pasal 97

- (1) Hak tenaga kesehatan dan tenaga medis meliputi:
- 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;
 - d. mendapatkan perlindungan atas keselamatan, kesehatan kerja, dan keamanan;
 - e. mendapatkan jaminan kesehatan dan jaminan ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. mendapatkan perlindungan atas perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya;
 - g. mendapatkan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - h. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pengembangan kompetensi, keilmuan, dan karier di bidang profesinya;
 - i. menolak keinginan pasien atau pihak lain yang bertentangan dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, kode etik, atau ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - j. mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - k. menghentikan pelayanan kesehatan apabila memperoleh perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya sebagaimana dimaksud huruf f, termasuk tindakan kekerasan, pelecehan, dan perundungan.

- (2) Kewajiban tenaga kesehatan dan tenaga medis meliputi:
- 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;
 - e. merujuk pasien ke tenaga medis atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai kompetensi dan kewenangan yang sesuai;
 - f. memberikan pertolongan pertama kepada pasien dalam keadaan gawat darurat dan/ atau pada bencana; dan
 - g. memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kedisabilitas seseorang pada keadaan gawat darurat dan/ atau pada bencana dikecualikan dari tuntutan ganti rugi.

Paragraf 3
Rumah Sakit

Pasal 98

- (1) Hak Rumah Sakit meliputi:
- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
 - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka 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;
 - g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit pendidikan.
- (2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi:
- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
 - b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
 - c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
 - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat miskin;
 - f. melaksanakan fungsi sosial, antara lain:
 1. memberikan fasilitas pelayanan pasien miskin;
 2. pelayanan gawat darurat tanpa uang muka;
 3. ambulans gratis; dan
 4. pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, 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:
 1. sarana ibadah;
 2. parkir;
 3. ruang tunggu; dan
 4. sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak Pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas;
- t. memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok; dan
- u. menerapkan sistem informasi kesehatan Rumah Sakit yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional.

BAB VII KEBIJAKAN, PEDOMAN, PANDUAN DAN PROSEDUR

Pasal 99

- (1) Kebijakan, pedoman, panduan, dan prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan regulasi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan pedoman, panduan dan selanjutnya prosedur/standar prosedur operasional.
- (3) Kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur/standar prosedur operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Identifikasi pengecekan, review dan/atau perubahan dalam kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dilakukan oleh unit pelaksana secara berjenjang sesuai hirarki struktural.
- (5) Review serta persetujuan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dilakukan paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun sekali dan/atau terdapat perubahan atas peraturan perundang-undangan.
- (6) Rumah Sakit melaksanakan pemeliharaan, pengelolaan dan retensi dari kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan.

BAB VIII PERJANJIAN KERJA SAMA

Pasal 100

- (1) Direktur menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan cara melalui perjanjian kerja sama atau kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengenai objek tertentu.

- (3) Objek tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), menyangkut kerja sama operasional dan alat kesehatan.
- (4) Perjanjian kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat pokok kerja sama paling sedikit memuat:
 - a. subjek kerja sama;
 - b. tujuan kerja sama;
 - c. objek kerja sama;
 - d. ruang lingkup kerja sama;
 - e. hak dan kewajiban;
 - f. jangka waktu kerja sama;
 - g. pelaksanaan;
 - h. pembiayaan;
 - i. pengawasan;
 - j. pelaporan;
 - k. keadaan memaksa (*force majeure*);
 - l. penyelesaian perselisihan; dan
 - m. pengakhiran kerja sama.
- (5) Dalam hal terdapat penambahan pokok kerja sama selain yang tersebut pada ayat (4) dapat ditambahkan dalam rencana kerja yang dituangkan dalam bentuk lampiran dan ditandatangani oleh masing-masing pihak.
- (6) Hasil perjanjian kerja sama berupa uang menjadi pendapatan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (7) Hasil perjanjian kerja sama berupa barang dicatat sebagai aset Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (8) Hasil perjanjian kerja sama berupa barang sebagaimana dimaksud pada ayat (7) adalah berupa barang yang diperoleh sebagai pelaksanaan dari perjanjian/kontrak.
- (9) Mekanisme perjanjian kerja sama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IX EVALUASI

Pasal 101

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) dievaluasi dan ditinjau kembali sesuai dengan perkembangan profesi medis dan kondisi Rumah Sakit secara berkala paling sedikit setiap 5 (lima) tahun.
- (2) Hasil evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sebagai dasar perubahan peraturan internal Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 102

Pada saat Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku, maka semua kebijakan dan Peraturan Rumah Sakit yang telah ada sebelum diundangkannya Peraturan Wali Kota ini, dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dan belum diganti yang baru berdasarkan Peraturan Wali Kota ini.

BAB X KETENTUAN PENUTUP

Pasal 103

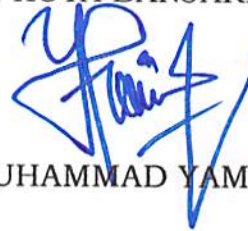
Pada saat Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku, Peraturan Wali Kota Banjarmasin Nomor 97 Tahun 2019 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah (Berita Daerah Kota Banjarmasin Tahun 2019 Nomor 97) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 104

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Banjarmasin
pada tanggal 24 Juli 2025
WALI KOTA BANJARMASIN,



MUHAMMAD YAMIN HR

Diundangkan di Banjarmasin
pada tanggal 24 Juli 2025
SEKRETARIS DAERAH KOTA BANJARMASIN,



IKHSAN BUDIMAN

BERITA DAERAH KOTA BANJARMASIN TAHUN 2025 NOMOR 51

LAMPIRAN
PERATURAN WALI KOTA BANJARMASIN
NOMOR 51 TAHUN 2025
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH SULTAN SURIANSYAH

A. LOGO DAN MAKNA LOGO RUMAH SAKIT

1. LOGO RUMAH SAKIT



2. MAKNA LOGO RUMAH SAKIT

Makna Logo adalah sebagai berikut:

- a. warna biru pada lambang logo bermakna keteguhan hati dan kebulatan tekad untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik pada masyarakat;
- b. warna hijau pada lambang logo memberikan cerminan pelayanan pada Rumah Sakit yang bermutu dan bermartabat serta memberikan perlindungan dan keselamatan kepada pasien;
- c. warna kuning pada lambang logo memberikan makna pelayanan yang diberikan dilandasi oleh semangat keikhlasan dan berintegritas;
- d. warna putih membentuk huruf “SS” pada lambang logo memberikan makna pelayanan yang dilaksanakan oleh masing-masing profesi adalah sebuah pekerjaan yang luhur dan terhormat tanpa diskriminasi; dan
- e. simbol huruf “SS” pada logo melambangkan nama Rumah Sakit yakni Sultan Suriansyah.

B. VISI, MISI, DAN TUJUAN

1. VISI

Visi Rumah Sakit adalah *“Terwujudnya Rumah Sakit yang Bermutu dan Lebih Bermartabat serta Berorientasi pada Pendidikan dan Penelitian Bidang Kesehatan di Kota Banjarmasin”*. Bermutu yaitu dalam hal memberikan pelayanan yang paripurna sesuai dengan standar akreditasi. Bermartabat yaitu dalam hal memberikan pelayanan berbasis ilmu pengetahuan dan teknologi digital serta berdaya saing. Berorientasi Pendidikan dan Penelitian yaitu dalam hal memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian dengan penuh tanggung jawab sesuai standar akreditasi.

2. MISI

Rumah Sakit mempunyai misi yaitu:

- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan, Pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan yang berkualitas, efektif berorientasi pada keselamatan pasien;
- b. mengembangkan kompetensi sumber daya manusia yang professional akuntabel dalam memberikan pelayanan;

- c. mengembangkan Rumah Sakit yang berwawasan lingkungan dan peduli pada masyarakat kelompok khusus;
- d. menyediakan peralatan medis, keperawatan dan penunjang medis yang sesuai dengan ilmu pengetahuan dan teknologi terbaru; dan
- e. mengembangkan perangkat manajemen yang inovatif dan responsif berbasis informasi teknologi.

3. TUJUAN

Rumah Sakit mempunyai tujuan meningkatkan mutu pelayanan dan derajat kesehatan masyarakat untuk mewujudkan Banjarmasin sehat.

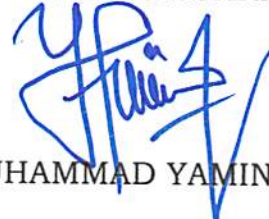
C. MOTO DAN JANJI LAYANAN

1. Moto Rumah Sakit adalah “Melayani dengan Kasih Sayang, Profesional dan Bertanggung Jawab”.
2. Janji layanan Rumah Sakit adalah menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan sesuai dengan kewajiban dan melakukan perbaikan terus menerus.

D. FALSAFAH DAN NILAI DASAR

1. Falsafah Rumah Sakit adalah “Menjunjung Tinggi Harkat dan Martabat Manusia dalam Pelayanan Kesehatan”.
2. Rumah Sakit menerapkan nilai dasar dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang disingkat dan disebut dengan kata “SULTAN” yaitu sebagai berikut:
 - a. sabar, syukur, senyum, salam, sapa, sopan dan santun;
 - b. utamakan keselamatan;
 - c. layanan prima;
 - d. tulus dan ikhlas;
 - e. adaptif; dan
 - f. non diskriminasi.

WALI KOTA BANJARMASIN,



MUHAMMAD YAMIN HR