



**BUPATI KEDIRI  
PROVINSI JAWA TIMUR**

**PERATURAN BUPATI KEDIRI  
NOMOR 36 TAHUN 2015  
TENTANG**

**PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BYLAWS*)  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN KEDIRI**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI KEDIRI,**

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka meningkatkan mutu dan kinerja RSUD Kabupaten Kediri yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan umum Daerah (PPK-BLUD) dan sesuai Nota Dinas Direktur RSUD Kabupaten Kediri Nomor 445/9440/418.67/2015 tanggal 7 Agustus 2015 perihal Permohonan Penetapan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUD Kabupaten Kediri serta Berita Acara Nomor 445/9678/418.67/2015 tanggal 12 Agustus 2015 tentang Rapat Pembahasan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kediri, perlu mengatur Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kediri dengan Peraturan Bupati;
- b. bahwa Peraturan Bupati Kediri Nomor 9 Tahun 2012 tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kediri sudah tidak sesuai dengan kondisi saat ini maka perlu diganti;
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kediri;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);

2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 39, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4279);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4287);
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
9. 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);
10. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

11. 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 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5165);
16. Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah sebagaimana telah beberapa kali diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 4 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5655);
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;

21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 477/Menkes/SK/V/1997 tentang Peningkatan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Pare Kabupaten Daerah Tingkat II Kediri;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan + Medik;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 722/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
25. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
26. Peraturan Daerah Kabupaten Kediri Nomor 33 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah;
27. Peraturan Bupati Kediri Nomor 59 Tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN KEDIRI.

Pasal 1

Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kediri sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan Bupati ini.

Pasal 2

Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 merupakan acuan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kediri dalam:

1. Memaksimalkan nilai rumah sakit dengan cara menerapkan prinsip keterbukaan, akuntabilitas, dapat dipercaya dan bertanggungjawab;
2. Mendorong pengelolaan rumah sakit secara professional, transparan dan efisien, serta memberdayakan fungsi dan peningkatan kemandirian organ rumah sakit;
3. Mendorong agar organ rumah sakit dalam membuat keputusan dan menjalankan kegiatan senantiasa dilandasi dengan nilai moral yang tinggi dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta kesadaran atas adanya tanggung social rumah sakit terhadap *stakeholder*;

4. Meningkatkan kontribusi rumah sakit dalam mendukung kesejahteraan masyarakat melalui pelayanan kesehatan.

Pasal 3

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku maka Peraturan Bupati Kediri Nomor 9 Tahun 2012 tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kediri, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 4

Peraturan Bupati ini disusun berdasarkan Nota Dinas Direktur RSUD Kabupaten Kediri Nomor 445/9440/418.67/2015 tanggal 7 Agustus 2015 perihal Permohonan Penetapan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUD Kabupaten Kediri dan Berita Acara Nomor 445/9678/418.67/2015 tanggal 12 Agustus 2015 tentang Rapat Pembahasan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kediri dengan hasil peserta rapat memutuskan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kediri dapat ditindaklanjuti dengan penerbitan Peraturan Bupati serta mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

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

Ditetapkan di Kediri  
pada tanggal 29 - 7 - 2015

**BUPATI KEDIRI,**

ttd

**HARYANTI SUTRISNO**

Diundangkan di Kediri  
pada tanggal 29 - 7 - 2015

**SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KEDIRI**

ttd

**SUPOYO**

**BERITA DAERAH KABUPATEN KEDIRI TAHUN 2015 NOMOR 36**

Salinan sesuai dengan aslinya  
a.n. SEKRETARIS DAERAH  
Asisten Administrasi Umum  
u.b.

Kepala Bagian Hukum

  
**H. SUKADI, SE. MM**

Pembina

NIP. 196703071990031006

**LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI KEDIRI  
NOMOR : 36 TAHUN 2015  
TANGGAL : 29 - 7 - 2015**

---

**PERATURAN INTERNAL  
(*HOSPITAL BYLAWS*)  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN KEDIRI**



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN KEDIRI  
Jl. Pahlawan Kusuma Bangsa 1 Pare Kediri 64231  
Telp (0354) 391718,391956 Fax (0354) 391833**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena limpahan karuniaNya, maka dokumen Peraturan Internal Rumah Sakit, RSUD Kabupaten Kediri atau yang lebih dikenal dengan *Hospital bylaws* dapat disusun dan diselesaikan.

Perubahan paradigma rumah sakit yang dahulu dianggap lembaga sosial yang jauh dari tuntutan hukum atau dapat dikatakan kebal hukum, menjadi lembaga sosio-ekonomi yang dapat menjadi subyek hukum, maka harus dapat diantisipasi oleh rumah sakit dengan menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital bylaws*).

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, serta memacu profesionalisme penyelenggaraan rumah sakit, maka diperlukan kejelasan peran dan fungsi antara pemilik, pengelola dan staf medik di rumah sakit. Peraturan internal rumah sakit ini lebih merupakan anggaran rumah tangga sebuah rumah sakit, dalam hal ini Anggaran Rumah Tangga RSUD Kabupaten Kediri, yang ditetapkan oleh Pemilik, yaitu Bupati Kediri.

Tujuan dari disusunnya Peraturan Internal rumah Sakit antara lain adalah sebagai acuan pemilik rumah sakit dalam melakukan pengawasan, sebagai acuan bagi pimpinan rumah sakit/direktur dalam mengelola rumah sakit dan menyusun kebijakan teknis operasional, untuk menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu, sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan rumah sakit serta sebagai acuan bagi penyelesaian konflik di rumah sakit, disamping itu penyusunan Peraturan internal Rumah sakit juga dimaksudkan untuk memenuhi persyaratan akreditasi Rumah sakit.

Demikian semoga dengan telah disusunnya Peraturan Internal Rumah Sakit ini, maka diharapkan penyelenggaraan, mutu pelayanan rumah sakit di RSUD Kabupaten Kediri makin meningkat.

Kediri, April 2015

Tim Penyusun

## DAFTAR ISI

	Hal
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I      PENDAHULUAN	1
1. Latar belakang dan Pengertian	1
2. Prinsip-Prinsip Peraturan Internal Rumah sakit	2
3. Tujuan Penerapan Peraturan Internal RS	3
4. Manfaat Penerapan Peraturan Internal RS	3
5. Sumber Referensi	4
6. Organ Peratutan Internal Rumah Sakit	5
7. Perubahan Peraturan Internal Rumah Sakit	6
BAB II     STRUKTUR PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT	7
1. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Kediri	9
2. Bupati Kediri	9
3. Pejabat Pengelola	12
4. Dewan Pengawas	14
BAB III    STRUKTUR ORGANISASI	19
1. Organisasi dan Tata Kerja	19
2. Struktur Organisasi dan Uraian Tugas	20
3. Struktur Organisasi dan Uraian Tugas Setelah Penerapan PPK- BLUD	44
4. <i>Stakeholders</i> /Organ Tata Kelola Lainnya (Diluar Struktur Organisasi)	74



BAB IV	PROSEDUR KERJA	75
	1. Umum	75
	2. Prosedur Kerja Bagian Keuangan	76
	3. Prosedur Penentuan Tarif	77
	4. Prosedur Pengelolaan Limbah	77
BAB V	PENGELOMPOKAN FUNGSI YANG LOGIS	79
BAB VI	PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA	80
	1. Perkembangan Jumlah SDM	80
	2. Perkembangan Kualifikasi SDM	83
	3. Pengembangan Sumberdaya Manusia	83
	4. Standar Kompetensi	87
	5. Penempatan Pegawai dan Pemutusan Hubungan Kerja (PHK)	90
	6. Jenjang Karir Pegawai	90
	7. Remunerasi	91
BAB VII	PENEGAKAN PRINSIP-PRINSIP TATA KELOLA	92
	1. Transparansi	92
	2. Akuntabilitas	93
	3. <i>Responsibilitas</i> (Pertanggungjawaban)	94
	4. Independensi	95
	5. <i>Fairness</i> (Kewajaran)	96
BAB VIII	PENUTUP	97

## **LAMPIRAN – LAMPIRAN**

Lampiran I	Tabulasi Peraturan-Peraturan	L-1
Lampiran II	Struktur Organisasi RSUD	L-2
Lampiran III	Prosedur Tetap Per Bidang/ Unit Layanan	L-3
Lampiran IV	Uraian Isi Prosedur-Prosedur Tetap (Protap)	L-4

## 1. Latar belakang dan Pengertian

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah sakit (*Hospital bylaws*), menyatakan bahwa dengan telah berubahnya paradigma perumaha-sakit dari pengelolaan rumah sakit sebagai unit sosial menjadi menjadi unit sosio ekonomi yang yang kompleks. Rumah sakit merupakan institusi yang padat modal, padat teknologi, dan padat tenaga, maka berpotensi terjadi konflik apabila hubungan antara pemilik, pengelola dan staf medis tidak diatur dengan baik. Oleh karena itu rumah sakit perlu mempunyai peraturan internal yang mengatur hubungan unsur-unsur yang ada di rumah sakit dalam suatu peraturan internal rumah sakit yang dapat menjadi acuan dalam meningkatkan kesadaran hukum, serta kepekaan terhadap tuntutan secara hukum seperti yang sering terjadi akhir-akhir ini.

Berdasarkan Pasal 13 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan layanan Umum Daerah (BLUD), pola tata kelola merupakan peraturan internal Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) atau Unit Kerja yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) BLUD. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan, Pola tata kelola atau Peraturan Internal Rumah Sakit, lebih merupakan *Konstitusi* atau anggaran rumah tangga sebuah rumah sakit, yang merupakan produk hukum yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit

Pasal 31 dan Pasal 32 Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 disebutkan bahwa BLUD beroperasi berdasarkan pola tata kelola atau peraturan internal yang memuat antara lain:

- a. Struktur Organisasi; menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab dan wewenang dalam organisasi.
- b. Prosedur kerja; menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- c. Pengelompokan fungsi yang logis ; menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektivitas pencapaian organisasi.
- d. Pengelolaan sumberdaya manusia; merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif dan produktif.

## **2. Prinsip-prinsip Peraturan Internal Rumah Sakit**

Prinsip-prinsip dalam Peraturan internal rumah sakit BLUD sebagaimana disebutkan dalam Pasal 31 dan Pasal 32 Permendagri Nomor 61 Tahun 2007, terdiri dari:

- a. Transparansi; merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
- b. Akuntabilitas; merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan kepada BLUD agar pengelolaannya dapat dipertanggung jawabkan.
- c. Responsibilitas; merupakan kesesuaian atau kepatuhan dalam pengelolaan organisasi terhadap prinsip-prinsip bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- d. Independensi; merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

### **3. Tujuan Penerapan Peraturan Internal Rumah Sakit**

Peraturan internal yang diterapkan pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit bertujuan untuk:

- a. memaksimalkan nilai rumah sakit dengan cara menerapkan prinsip keterbukaan, akuntabilitas, dapat dipercaya dan bertanggung jawab.
- b. mendorong pengelolaan rumah sakit secara profesional, transparan dan efisien, serta memberdayakan fungsi dan peningkatan kemandirian organ rumah sakit.
- c. mendorong agar organ rumah sakit dalam membuat keputusan dan menjalankan kegiatan senantiasa dilandasi dengan nilai moral yang tinggi dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta kesadaran atas adanya tanggung jawab sosial rumah sakit terhadap *stakeholder*.
- d. meningkatkan kontribusi rumah sakit dalam mendukung kesejahteraan masyarakat melalui pelayanan kesehatan.

### **4. Manfaat Penerapan Peraturan Internal Rumah Sakit**

Manfaat penerapan peraturan internal pada RSUD Kabupaten Kediri adalah:

- 1) memaksimalkan kinerja pelayanan dengan cara meningkatkan prinsip transparansi, akuntabilitas, dapat dipercaya, pertanggung jawaban dan keadilan, agar rumah sakit memiliki daya saing yang kuat, baik secara nasional maupun internasional,
- 2) meningkatkan profesionalisme, transparansi, efisiensi dan efektifitas pelaksanaan fungsi secara mandiri,
- 3) mendorong agar pengelola RSUD dalam membuat keputusan dan menjalankan tindakan dilandasi nilai moral yang tinggi dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan yang

berlaku serta kesadaran akan adanya tanggung jawab sosial terhadap *stakeholders*.

- 4) meningkatkan kontribusi RSUD dalam memberikan pelayanan kesehatan dan pelayanan pendidikan di tingkat daerah dan nasional.

Keberhasilan BLUD pada umumnya dan RSUD khususnya dalam menerapkan peraturan internal yang baik bukan hanya pada tersedianya piranti-piranti dari peraturan internal, seperti pedoman peraturan internal, pedoman perilaku/etika, dan lain sebagainya, melainkan terletak pada komitmen dari pimpinan tertinggi RSUD yang diikuti oleh seluruh staf dan karyawan serta didukung oleh Dewan Pengawas.

Perturan internal Rumah sakit ini merupakan langkah awal dalam rangka menerapkan prinsip-prinsip pengelolaan yang baik sebagai acuan/norma/panduan dalam interaksi antar organ-organ RSUD maupun dengan *stakeholders* lainnya. Jadi tujuan dari adanya pedoman Perturan internal Rumah sakit adalah sebagai acuan bagi seluruh insan RSUD dalam melaksanakan praktik-praktik pola tata kelola yang baik di lingkungan RSUD Kabupaten Kediri.

## **5. Sumber Referensi**

Sumber referensi untuk menyusun Peraturan Internal Rumah sakit adalah:

- a. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012;
- b. Peraturan Menteri keuangan Nomor 109/PMK.05/2007 tentang Dewan Pengawas pada Badan Layanan Umum;
- c. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;

- d. Keputusan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) No. KEP-117/MMBU/2002 tentang penerapan Praktik-praktik *Good Corporate Governance* (GCG) di lingkungan BUMN;
- e. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002, tanggal 21 Juni 2002 tentang pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
- f. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005, tanggal 25 April 2005 tentang pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical staff byLaws*) di Rumah Sakit;
- g. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor PER/02/M.PAN/1/2007 tanggal 25 Januari 2007 tentang Pedoman Organisasi Satuan Kerja di lingkungan Instansi Pemerintah yang menerapkan Badan Layanan Umum;
- h. Praktik-praktik terbaik (*best practices*) penerapan etika bisnis dalam dunia usaha.

## **6. Organ Peraturan Internal RSUD**

Pedoman Peraturan internal rumah sakit merupakan *handbook* bagi organ RSUD, khususnya pemilik, dewan pengawas dan pejabat pengelola dalam pengelolaan dan pengawasan RSUD menurut hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku, tanggung jawab sosial serta nilai-nilai etika.

Secara umum organ yang terlibat dalam Peraturan internal RSUD dapat dikelompokkan menjadi organ RSUD dan *stakeholders* lainnya.

Organ RSUD terdiri dari:

- 1) Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Kediri;
- 2) Pemerintah Kabupaten Kediri (Bupati);
- 3) Dewan Pengawas;
- 4) Pejabat Pengelola;
- 5) Komite-komite Rumah Sakit;
- 6) Satuan Pengawas Internal (SPI);
- 7) Auditor Eksternal.

*Stakeholder* RSUD lainnya terdiri dari:

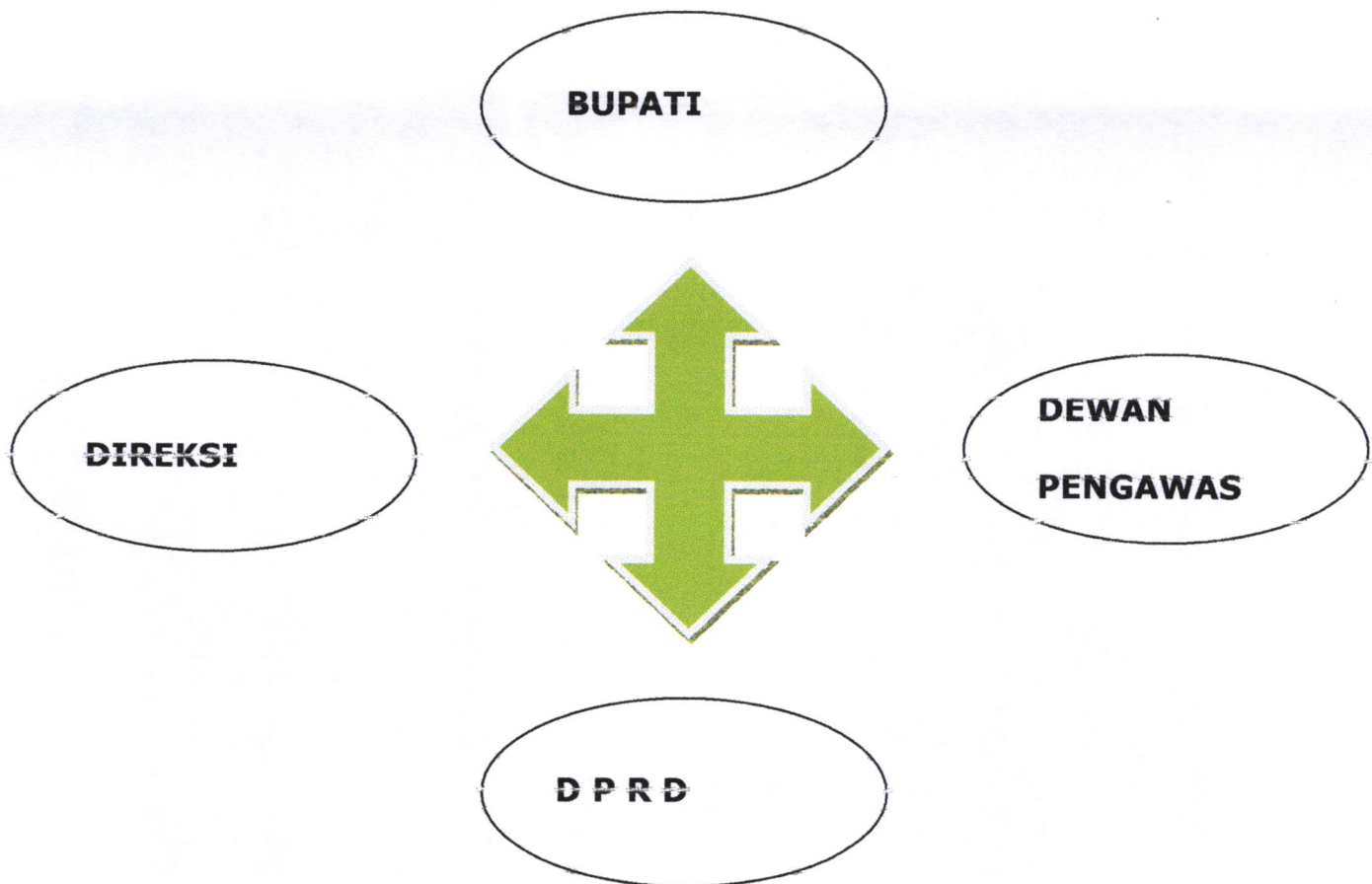
- 1) Karyawan;
- 2) Pengguna Jasa;
- 3) Fakultas Kedokteran/kedokteran Gigi yang berpraktik di RSUD;
- 4) Sekolah Tinggi Kesehatan, Akademi Keperawatan, Akademi Kebidanan dan sekolah/akademi lainnya yang berpraktik di RSUD;
- 5) Mitra Rumah Sakit antara lain, perusahaan penjaminan kesehatan, rekanan dll;
- 6) Pemerintah Pusat, Provinsi dan Daerah;
- 7) Organisasi Sosial, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM);
- 8) Masyarakat sekitar dan lingkungan.

## **8. Perubahan Peraturan Internal Rumah Sakit**

Peraturan Internal Rumah sakit ini akan direvisi apabila terjadi perubahan terhadap peraturan perundang-undangan yang terkait dengan Peraturan internal Rumah sakit sebagaimana disebutkan diatas, serta disesuaikan dengan fungsi, tanggung jawab, dan kewenangan organ rumah sakit serta perubahan lingkungan.

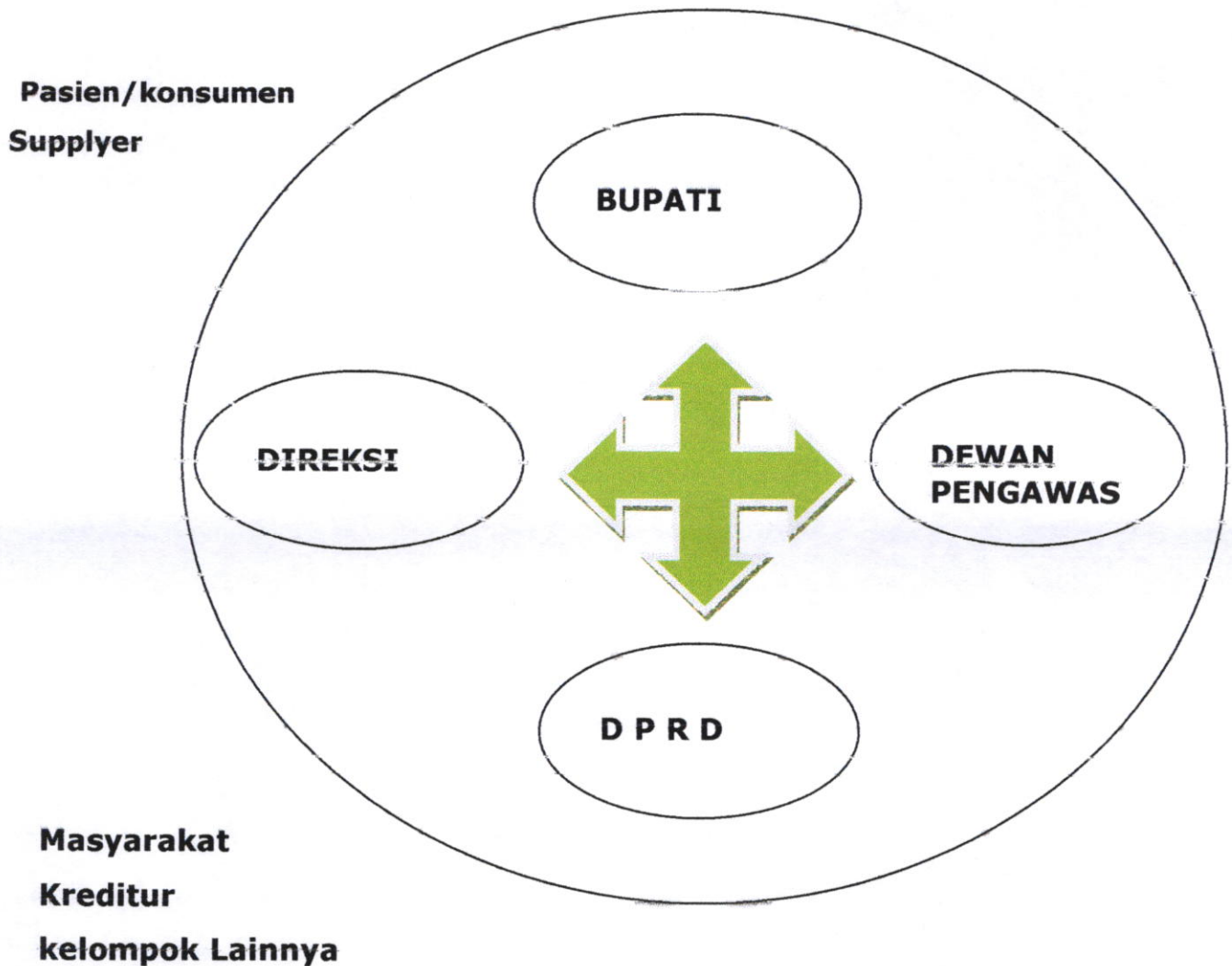


Struktur/organ peraturan internal terdiri dari struktur utama dan struktur/organ pendukung polaperaturan internal rumah sakit. Struktur/organ utama RSUD adalah Bupati Kediri, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) Kabupaten Kediri, Dewan Pengawas dan Direksi RSUD Kabupaten Kediri. Keempat organ tersebut saling berhubungan dari sisi kewajiban, wewenang, dan hak dalam mengelola rumah sakit. Direksi juga mencakup pengertian *corporate mangement*, antara lain meliputi pejabat struktural, fungsional dan karyawan lainnya. Hubungan kewajiban, wewenang dan hak dari keempat organ ini merupakan struktur peraturan internal atau pola tata kelola dalam arti sempit, digambarkan sebagai berikut:



Sedangkan hubungan pola tata kelola (*corporate governance*) dalam arti luas mencakup juga hubungan kewajiban, wewenang dan hak rumah sakit dari organ pendukung, yaitu meliputi hubungan dengan pelanggan/pasien, pemerintah pusat (*regulator*), supplier, masyarakat sekeliling, kreditur dan kelompok lainnya, misalnya Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Pola tata kelola dalam arti luas digambarkan sebagai berikut.

**Pemerintah Pusat ( Regulator)**



Pengertian kewajiban, wewenang dan hak dari masing-masing organ utama diuraikan sebagai berikut:

## **1. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Kediri**

DPRD adalah organ yang memegang kekuasaan dalam menetapkan kelembagaan rumah sakit, memberikan pengesahan anggaran dan pertanggungjawabannya serta melakukan pengawasan legislatif terhadap kegiatan Rumah Sakit.

Disamping itu DPRD Kabupaten Kediri memiliki wewenang lainnya yaitu:

- 1) menyetujui pemindahtanganan tanah dan atau bangunan milik rumah sakit (UU Nomor 1 Tahun 2004 Pasal 47);
- 2) menyetujui pemindahtanganan barang milik rumah sakit selain tanah atau bangunan yang bernilai lebih dari Rp. 5000.000.000,00 (lima milyar rupiah) (UU Nomor 1 Tahun 2004 Pasal 47);
- 3) memberikan persetujuan untuk melakukan pinjaman jangka menengah atau jangka panjang (Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 Pasal 12)
- 4) memberikan persetujuan untuk menghapus piutang rumah sakit secara mutlak atau bersyarat untuk jumlah lebih dari Rp.5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah) (Peraturan Pemerintah Nomor 14 Tahun 2005 Pasal 5 dan Pasal 10 serta Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 Pasal 115 (2))

Kewajiban DPRD memberikan dukungan dari segi legalitas produk-produk hukum mengenai BLUD Rumah sakit dan segi pembiayaan pengelolaannya.

Sedangkan Hak DPRD adalah memperoleh informasi material mengenai rumah sakit.

## **2. Bupati Kediri**

Bupati Kediri adalah organ yang mewakili Pemerintah Kabupaten Kediri, selaku pemilik dan memegang kekuasaan tertinggi dalam penyelenggaraan kegiatan rumah sakit.

Wewenang Bupati:

- 1) menetapkan ketentuan mengenai persyaratan administrasi PPK BLU ( Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 4 (6))
- 2) menetapkan ketentuan mengenai RBA dan dokumen pelaksanaan anggaran BLU (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 13);
- 3) menetapkan standar pelayanan minimal (SPM) dan tarif pelayanan yang digunakan oleh BLU (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 8 (1));
- 4) menetapkan sistem akuntansi BLU (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 26 (4)) jo Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 Pasal 116);
- 5) menetapkan remunerasi bagi pejabat pengelola, dewan pengawas dan pegawai BLU (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 36 (2));
- 6) mengatur jenjang nilai pengadaan barang/jasa BLU (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 20 (2));
- 7) menetapkan ketentuan mengenai peminjaman yang dilakukan oleh BLU kepada pihak lain (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 8 (6));
- 8) menunjuk suatu tim penilai dalam rangka menilai usulan penetapan dan pencabutan penerapan BLU (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 7);
- 9) memberikan persetujuan atau penolakan atas usulan penetapan BLU paling lambat 3 (tiga) bulan sejak diterima dari Direktur Utama Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 5 (7));
- 10) memberikan persetujuan atau penolakan atas usulan pencabutan penerapan BLU paling lambat 3 (tiga) bulan sejak diterima dari Direktur Utama Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 6 (4));

- 11) membentuk Dewan Pengawas BLU (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 34 (6));
- 12) mengangkat dan memberhentikan pejabat pengelola dan pejabat struktural ( Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 dan Peraturan Pemerintah Nomor 9 Tahun 2003 Pasal 14 (1));
- 13) mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas (Peraturan Menteri Keuangan Nomor 9 Tahun 2006);
- 14) menyetujui RBA BLU sebagai bagian dari APBD (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 12 (5));
- 15) menyetujui belanja BLU yang melampaui ambang batas fleksibilitas yang ditetapkan dalam RBA (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 15 (4));
- 16) menghapus Piutang BLU sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 17 (4) dan Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 Pasal 115 (2));
- 17) menyetujui investasi jangka panjang yang dilakukan oleh BLU (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 19 (1));
- 18) menyetujui pengalihan dan /atau penghapusan aset tetap BLU (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 22 (1) dan (2));
- 19) menyetujui penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas pokok dan fungsi BLU (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 22 (5));
- 20) menyetujui pengalihan penggunaan tanah dan bangunan yang tidak digunakan BLU untuk penyelenggaraan tugas pokok dan fungsinya (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 23 (2));
- 21) menetapkan formula besaran tarif sewa barang milik daerah (Peraturan Pemerintah No 27 Tahun 2014 Pasal 29 (4));

- 22) memerintahkan penyetoran sebagian atau seluruh surplus pelaksanaan anggaran BLUD ke Kas Umum Daerah dengan mempertimbangkan posisi likuiditas BLU (Peraturan Pemerintah No 23 Tahun 2005 Pasal 29);
- 23) memberikan persetujuan atas visi misi rumah sakit dan mengumumkan kepada publik;
- 24) menjamin visi misi rumah sakit dilakukan secara review berkala;
- 25) memberikan persetujuan (atau menjabarkan persetujuan kewenangan/*authority* bila ada pendelegasian) atas berbagai strategi rumah sakit, rencana manajemen, kebijakan dan prosedur yang dibutuhkan untuk menjalankan rumah sakit;
- 26) memberikan persetujuan atas partisipasi rumah sakit dalam pendidikan para profesionalisme kesehatan dan dalam penelitian serta pengawasan mutu atas program tersebut;
- 27) memberikan persetujuan atas atau menyediakan anggaran dan sumber daya untuk menjalankan rumah sakit;
- 28) menetapkan atau menyetujui atas penetapan manajer senior atau direktur rumah sakit, wakil direktur dan pejabat struktural RSUD;
- 29) melimpahkan kewenangan kepada Direktur RS untuk menandatangani perjanjian kerjasama dengan pihak ketiga;
- 30) melimpahkan kewenangan untuk membentuk dan mengangkat pejabat Instalasi/Komite/Panitia sesuai dengan kebutuhan organisasi rumah sakit;
- 31) memberikan evaluasi penilaian kinerja Direktur setiap tahun kepada Direktur;
- 32) memberikan persetujuan rencana rumah sakit dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

Kewajiban Bupati adalah melakukan pembinaan kepada rumah sakit, sedangkan hak Bupati adalah memperoleh informasi material mengenai RSUD secara tepat waktu dan teratur.

Untuk kewajiban, wewenang dan hak Direktur dan Dewan Pengawas diuraikan dalam Bab III Struktur Organisasi.

### **3. Pejabat Pengelola**

Adalah organ yang bertanggung jawab atas pengurusan manajemen RSUD untuk kepentingan dan tujuan RSUD serta mewakili RSUD, baik di dalam maupun diluar pengadilan.

Pejabat pengelola terdiri atas: (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 32):

- 1) Direktur Rumah sakit selaku Pemimpin BLU;
- 2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan selaku pejabat Keuangan BLU;
- 3) Wakil Direktur Pelayanan selaku pejabat teknis BLU bidang medik dan keperawatan.

Pejabat Pengelola bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Direktur mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi serta melakukan pengendalian terhadap pelaksanaan tugas Rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku

Dalam PPK BLUD Direktur selaku pemimpin berfungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan yang berkewajiban: (Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 32)

- 1) menyiapkan Rencana Strategis Bisnis BLU;
- 2) menyiapkan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) tahunan;
- 3) mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- 4) menyampaikan pertanggungjawaban kinerja operasional dan keuangan BLU.

Wakil direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas melaksanakan pengawasan, pengendalian dan koordinasi kegiatan umum, penyusunan perencanaan program, anggaran dan perbendaharaan, penerimaan dan akuntansi, serta pengamanan dan penertiban rumah sakit.

Dalam PPK BLUD Wakil Direktur Umum dan keuangan selaku pejabat keuangan berfungsi sebagai penanggung jawab keuangan, yang berkewajiban:

- 1) mengkoordinasikan penyusunan RBA;
- 2) menyiapkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran BLUD;
- 3) melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja;
- 4) menyelenggarakan pengelolaan kas;
- 5) melakukan pengelolaan utang piutang;
- 6) menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi BLUD;
- 7) menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
- 8) menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan.

Wakil Direktur pelayanan mempunyai tugas melaksanakan pengawasan, pengendalian dan koordinasi kegiatan pelayanan medik, penunjang medik serta pelayanan asuhan keperawatan.

Dalam PPK BLUD Wakil Direktur Pelayanan selaku pejabat teknis BLU bidang medik dan keperawatan berfungsi sebagai penanggung jawab teknis di bidangnya yang berkewajiban:

- 1) menyusun perencanaan kegiatan teknis dibidangnya;
- 2) melaksanakan kegiatan teknis sesuai RBA;
- 3) mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidangnya.

Hak-hak Pejabat Pengelola:

- 1) memperoleh informasi material mengenai RSU secara tepat waktu dan teratur;



- 2) mendapat remunerasi sesuai ketentuan yang berlaku;
- 3) memperoleh cuti sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

#### **4. Dewan Pengawas**

(1) Persyaratan Pembentukan :

- a. Dalam rangka pelaksanaan pengawasan terhadap pengurusan rumah sakit, Rumah sakit membentuk Dewan Pengawas.
- b. Pembentukan Dewan Pengawas dilakukan apabila rumah sakit telah memiliki:
  - (a.1) Realisasi nilai omzet tahunan menurut realisasi anggaran, minimum sebesar Rp 15.000.000.000,00 (lima belas miliar rupiah), dan/atau
  - (a.2) Nilai aset menurut neraca, minimum Rp 75.000.000.000,00 (tujuh puluh lima miliar rupiah).

(2) Tugas dan Kewajiban Dewan Pengawas:

- a. Dewan Pengawas mempunyai tugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengurusan rumah sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit mengenai pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA), Rencana Strategis Bisnis Jangka Panjang, dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b. Dewan Pengawas berkewajiban:
  - (b.1) memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola Rumah sakit.
  - (b.2) mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit serta memberikan pendapat dan saran kepada Bupati melalui Sekertaris Daerah mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan rumah sakit.

- (b.3) melaporkan kepada Bupati, apabila terjadi gejala menurunnya kinerja rumah sakit.
- (b.4) memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola Rumah sakit dalam melaksanakan pengurusan rumah sakit.
- c. Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati Kediri secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

### (3) Keanggotaan

- a. Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang disesuaikan dengan nilai omzet dan/atau nilai aset rumah sakit, serta seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- b. Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang, apabila rumah sakit memiliki:
  - (b.1) Realisasi nilai omzet tahunan menurut laporan realisasi anggaran sebesar Rp 15.000.000.000,00 (lima belas miliar rupiah) sampai dengan Rp 30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah), dan/atau
  - (b.2) Nilai aset menurut neraca sebesar Rp 75.000.000.000,00 (tujuh puluh lima miliar rupiah) sampai dengan Rp 200.000.000.000,00 (dua ratus miliar rupiah).
- c. Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang apabila rumah sakit memiliki:

- c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan; sumberdaya manusiadan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

(6) Pemberhentian

- a. Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati Kediri sesuai dengan kewenangannya, setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- b. Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Bupati Kediri.
- c. Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebelum habis masa jabatannya dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti:
  - (c.1) tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - (c.2) tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
  - (c.3) terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
  - (c.4) dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya dalam melaksanakan pengawasan terhadap rumah sakit.

(7) Ketentuan Lain-lain

- a. Untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas, Dewan Pengawas sesuai dengan kewenangannya dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas yang akan ditetapkan dengan SK Bupati.
- b. Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit, dan dimuat dalam RBA Rumah sakit.

Hak-hak Dewan Pengawas:

- 1) memperoleh informasi sebagai bahan evaluasi dan penilaian kinerja keuangan maupun non keuangan;
- 2) memperoleh honorarium sesuai ketentuan yang berlaku.

**1. Organisasi dan Tata Kerja**

RSUD Kabupaten Kediri adalah unsur pendukung tugas Kepala Daerah di bidang pelayanan kesehatan. RSUD dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah. RSUD mempunyai tugas pokok melaksanakan urusan Pemerintah Daerah dibidang pelayanan Kesehatan. Dalam melaksanakan tugasnya RSUD menyelenggarakan fungsi:

- a. perumusan kebijakan teknis di Bidang Pelayanan Kesehatan;
- b. penyelenggara urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang pelayanan kesehatan;
- c. pembinaan, pendidikan dan pelatihan penelitian dan pengembangan dan pelaksanaan tugas dibidang pelayanan kesehatan
- d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Untuk melaksanakan fungsi tersebut, RSUD Kabupaten Kediri mempunyai wewenang:

- a. penyelenggaraan pelayanan medis,
- b. penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan non medis,
- c. penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan,
- d. penyelenggaraan pelayanan rujukan,
- e. penyelenggaraan pendidikan dan latihan,
- f. penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan di bidang pelayanan kesehatan,
- g. pengelolaan personil, keuangan dan perlengkapan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku,

- h. pemanfaatan peluang pasar sesuai kemampuannya dengan tetap melaksanakan fungsi sosial,
- i. penyelenggaraan kerjasama di bidang pelayanan kesehatan.

## **2. Struktur Organisasi dan Uraian Tugas**

### **1) Struktur Organisasi**

Struktur Organisasi RSUD Kabupaten Kediri sebelum penerapan Poia Pengeioiaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) ditetapkan berdasarkan Perda Kabupaten Kediri Nomor 33 Tahun 2008 tanggal 16 Oktober 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah. Dalam Peraturan Daerah yang mengatur tentang Struktur organisasi Rumah sakit tersebut belum mencantumkan organ-organ Rumah sakit seperti Komite-komite, Instalasi-instalasi, Panitia-panitia yang ada di Rumah Sakit serta Satuan Pengawas Internal Rumah sakit yang harus ada sesuai dengan amanat dalam undang-undang Rumah sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan.

### **2) Uraian Tugas**

Masing-masing Bagian maupun Sub Bagian seperti diuraikan di atas mempunyai tugas sebagai berikut:

No	Jabatan	Tugas Pokok	Fungsi
1.	DIREKTUR	Merumuskan kebijakan, Mengkoordinasikan, Membinan dan mengendalikan kebijakan dibidang pelayanan Kesehatan di Rumah sakit.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Merumuskan kebijakan teknis dibidang pelayanan RSUD</li> <li>2) Mengkoordinasikan pelayanan kesehatan RSUD dengan institusi lain</li> <li>3) Melaksanakan pembinaan pelaksanaan tugas dibidang pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan RSUD</li> <li>4) Mengendalikan pengelolaan RSUD</li> <li>5) Menyelenggarakan monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan RSUD</li> <li>6) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala daerah sesuai dengan peraturan perundang-undangan</li> </ol>
2.	WAKIL DIREKTUR UMUM DAN KEUANGAN	Membantu direktur Melaksanakan pengelolaan keuangan, kegiatan umum, Perencanaan dan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menyusun program pengelolaan keuangan, kegiatan umum, perencanaan dan rekam medis</li> </ol>

		rekam Medis	<p>2) Pelaksanaan pengelolaan keuangan, kegiatan umum, perencanaan, rekam medis</p> <p>3) Pelaksanaan pembinaan terhadap penyelenggaraan pengelolaan keuangan, kegiatan umum, perencanaan, dan rekam medis</p> <p>4) Pelaksanaan instalasi Gizi, Kedokteran kehakiman dan Pemeliharaan sarana dan prasarana</p> <p>5) Pelaksanaan koordinasi pengelolaan Keuangan, kegiatan umum, Perencanaan dan rekam medis, instalasi gizi, Kedokteran kehakiman dan Pemeliharaan sarana dan prasarana</p>
--	--	-------------	---



			<p>6) Pelaksanaan monitoring. Evaluasi dan pelaporan terhadap pengelolaan keuangan, kegiatan umum, perencanaan dan rekam medis</p> <p>7) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh direktur sesuai peraturan perundang-undangan</p>
3.	WAKIL DIREKTUR PELAYANAN	<p>Pengawasan pengendalian dan pengkoordinasian kegiatan pelayanan medis, penunjang medis, asuhan keperawatan, perbekalan kesehatan, serta instalasi pelayanan</p>	<p>1) Penyusunan kebijakan pelayanan</p> <p>2) Pelaksanaan dan pengkoordinasian pelayanan medis, asuhan keperawatan, system rujukan serta pemenuhan kebutuhan dilingkungan Instalasi rawat jalan, rawat inap, rawat darurat, rehabilitasi medik, Radiologi, Patologi Klinik, Patologi Anatomi, hemodialisa, Bedah sentral, Intensif, dan CSSD</p> <p>3) Pelaksanaan pembinaan terhadap</p>

			<p>penyelenggaraan pelayanan medis, asuhan keperawatan, sistem rujukan serta pemenuhan kebutuhan dilingkungan Instalasi rawat jalan, rawat inap, rawat darurat, rehabilitasi medik, radiologi, patologi Klinik, patologi anatomi, hemodialisa, bedah sentral, intensif, dan CSSD</p> <p>4) Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan terhadap kegiatan pelayanan medis, asuhan keperawatan, system rujukan serta pemenuhan kebutuhan dilingkungan Instalasi rawat jalan, rawat inap, rawat darurat, rehabilitasi medik, radiologi, patologi Klinik, patologi anatomi, hemodialisa, bedah sentral, intensif,</p>
--	--	--	--

			<p>dan CSSD</p> <p>5) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh direktur sesuai peraturan perundangundangan</p>
4.	BAGIAN UMUM	Melaksanakan ketatausahaan, administrasi kepegawaian, kerumah tanggaan RSUD	<p>1) Pelaksanaan perencanaan, ketatausahaan, administrasi kepegawaian, kerumah tanggaan</p> <p>2) Pelaksanaan kegiatan ketatausahaan, administrasi kepegawaian, kerumah tanggaan</p> <p>3) Pelaksanaan dan koordinasi ketatausahaan, administrasi kepegawaian, kerumah tanggaan</p> <p>4) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi terhadap penyelenggaraan ketatausahaan, administrasi kepegawaian, kerumah tanggaan rumah sakit</p> <p>5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Wakil direktur</p>

			Umum dan Keuangan sesuai peraturan perundangundangan
5.	SUB BAGIAN TATA USAHA	Melakukan persiapan bahan ketatausahaan, kearsipan, perjalanan dinas, keprotokolan dan penyelenggaraan rapat rapat dinas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Persiapan bahan perencanaan kegiatan ketatausahaan, Kearsipan, Perjalanan dinas, keprotokolan, dan penyelenggaraan rapat dinas.</li> <li>2) Persiapan bahan pelaksanaan kegiatan ketatausahaan, kearsipan, perjalanan dinas, keprotokolan, dan penyelenggaraan rapat dinas. Pengawasan, penilaian, pembinaan ketatausahaan rumah sakit.</li> <li>3) Persiapan bahan penyusunan peraturan perundangundangan</li> <li>4) Persiapan bahan monitoring dan evaluasi kegiatan ketatausahaan</li> <li>5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian</li> </ol>

			Umum sesuai peraturan perundangundangan
6.	SUB BAGIAN KEPEGAWAIAN	Melakukan penyiapan bagan administrasi kepegawaian dan melakukan administrasi kepegawaian serta kesejahteraan pegawai	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menyiapkan bahan perencanaan pengadaan, kenaikan pangkat, penempatan jabatan, mutasi, pensiun, pengembangan karier, dan kesejahteraan pegawai.</li> <li>2) Menyiapkan bahan pelaksanaan pengadaan, kenaikan pangkat, penempatan jabatan, mutasi, pensiun, pengembangan karier, dan kesejahteraan pegawai.</li> <li>3) Penyiapan bahan pem-binaan, penyelenggara-an administrasi kepegawaian di rumah sakit</li> <li>4) Penyiapan bahan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan administrasi Kepegawaian</li> </ol>

			5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Umum sesuai peraturan perundang-undangan
7.	SUB BAGIAN RUMAH TANGGA	Melakukan kegiatan pemeliharaan, pencucian dan ketertiban di lingkungan rumah sakit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menyiapkan bahan perencanaan kegiatan pemeliharaan, pencucian dan ketertiban di lingkungan rumah sakit</li> <li>2) Penyimpanan bahan, pelaksanaan kegiatan pemeliharaan, pencucian dan ketertiban di lingkungan rumah sakit.</li> <li>3) Penyiapan bahan pembinaan kegiatan kerumah tanggaan</li> <li>4) Penyiapan bahan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan kerumah tanggan</li> <li>5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian</li> </ol>

			Umum sesuai peraturan perundang undangan
8.	BAGIAN PERENCANAAN DAN REKAM MEDIK	Menyelenggaraan penyusunan program, pelaporan, diklat, rekam medis, hukum, pelayanan hubungan masyarakat, pemasaran dan promosi kesehatan, dokumentasi serta pengelolaan perpustakaan.	<p>1) Pelaksanaan perencanaan, penyusunan program dan pelaporan, pelatihan, rekam medis, hukum, pelayanan kehumasan, pemasaran, promosi kesehatan dan informasi kesehatan, dokumentasi serta pengelolaan perpustakaan.</p> <p>2) Pelaksanaan dan koordinasi penyelenggaraan penyusunan program pelaporan, pelatihan, rekam medis, hukum, pelayanan kehumasan, pemasaran dan promosi kesehatan, dokumentasi serta pengelolaan perpust.</p> <p>3) Pelaksanaan pembinaan terhadap penyelenggaraan penyusunan</p>

			<p>program pelaporan, rekam medis, peraturan perundangundangan, pelayanan informasi, dokumentasi dan hubungan masyarakat serta pengelolaan perpustakaan.</p> <p>4) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi perencanaan dan rekam medik</p> <p>5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Wadir Umum dan Keuangan sesuai peraturan perundang-undangan</p>
9.	SUB BAGIAN PERENCANAAN PROGRAM DAN DIKLAT	Penyiapan bahan penyusunan program kegiatan dan pelatihan di rumah sakit	<p>1) Penyiapan bahan penyusunan program kegiatan dan pelatihan di rumah sakit.</p> <p>2) Penyiapan bahan pelaksanaan kegiatan penyusunan program kegiatan dan pelatihan dirumah sakit.</p>



			<p>3) Penyiapan bahan pengelolaan perpustakaan</p> <p>4) Penyiapan bahan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan penyusunan program kegiatan , kepastakaan dan pelatihan di rumah sakit.</p> <p>5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Perencanaan dan rekam medis sesuai peraturan perundang-undangan</p>
10.	SUB BAGIAN REKAM MEDIS	Menghimpun memelihara, mensistematisasikan catatan medis, melakukan kegiatan rekam medis dan menyajikan informasi bagi yang membutuhkan.	<p>1) Penyiapan bahan perencanaan kegiatan rekam medis dan penyusunan pelaporan</p> <p>2) Penyiapan bahan pelaksanaan rekam medis dan pelaporan</p> <p>3) Penyiapan bahan monitoring dan evaluasi pelaksanaan rekam medis rumah sakit.</p> <p>4) Pelaksanaan tugas</p>

			lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Perencanaan dan rekam medis sesuai peraturan perundang-undangan
11.	SUB BAGIAN KEHUMASAN, PEMASARAN DAN PKMRS	malakukankegiatan kehumasan, hukum, pemasaran dan promosi kesehatan Rumah Sakit.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penyiapan bahan perencanaan kegiatan kehumasan, Pemasaran dan Promosi Kesehatan Rumah Sakit</li> <li>2) Penyiapan bahan pelaksanaan kegiatan Kehumasan.</li> <li>3) Penyampai informasi formal tentang Rumah sakit</li> <li>4) Penyiapan bahan pelaporan kegiatan kehumasan, pemasaran dan Promosi kesehatan Rumah sakit</li> <li>5) Penyiapan bahan monitoring dan evaluasi kegiatan kehumasan, pemasaran dan Ppromosi kesehatan Rumah sakit</li> <li>6) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan</li> </ol>

			oleh Kepala Bagian Perencanaan dan rekam medis sesuai peraturan perundang-undangan
12.	BAGIAN KEUANGAN	Melaksanakan kegiatan penyusunan anggaran dan verifikasi, perbendaharaan dan akuntansi serta pengelolaan kegiatan mobilisasi dana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pelaksanaan penyusunan anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit.</li> <li>2) Pelaksanaan pengelolaan keuangan.</li> <li>3) Pelaksanaan dan pengoordinasi mobilisasi dana</li> <li>4) Pelaksanaan laporan anggaran dan verifikasi, perbendaharaan dan akuntansi serta pengelolaan kegiatan mobilisasi dana.</li> <li>5) Pelaksana tugas-tugas lain yang diberikan wakil Direktur Umum dan Keuangan</li> </ol>
13.	SUB BAGIAN ANGGARAN DAN VERIFIKASI	Melakukan penyiapan bahan, menyusun, merevisi rencana anggaran dan verifikasi anggaran RSUD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penyiapan bahan perencanaan kegiatan penyusunan anggaran</li> <li>2) Penyiapan bahan</li> </ol>

			<p>pelaksanaan dan koordinasi kegiatan penyusunan anggaran</p> <p>3) Penyiapan bahan penyusunan anggaran</p> <p>4) Penyiapan bahan dan pelaksanaan verifikasi anggaran</p> <p>5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian keuangan sesuai peraturan perundang-undangan</p>
14.	SUB BAGIAN PERBENDAHARAAN DAN AKUNTANSI	Melakukan pengelolaan perbendaharaan dan penatausahaan keuangan dan akuntansi yang baik dan tertib.	<p>1) Penyiapan bahan perencanaan kegiatan pengelolaan perbendaharaan dan penatausahaan serta administrasi keuangan</p> <p>2) Penyiapan bahan pengoordinasian kegiatan pengelolaan perbendaharaan dan penata usahaan serta administrasi keuangan</p> <p>3) Penyiapan bahan surat permintaan pembayaran (SPP) rutin maupun</p>

			<p>pembangunan</p> <p>4) Penyiapan bahan pengelolaan gaji pegawai, dan penerimaan hak keuangan pegawai</p> <p>5) Penyiapan bahan penyusunan akuntansi keuangan rumah sakit</p> <p>6) Penyiapan bahan monitoring dan evaluasi pengelolaan administrasi keuangan</p> <p>7) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian keuangan sesuai peraturan perundang-undangan</p>
15.	SUB BAGIAN MOBILISASI DANA	Melakukan kegiatan administrasi penerimaan, pembukuan, penyetoran dan pertanggungjawaban serta menggali sumber dana dari pihak lain.	<p>1) Penyiapan bahan dan pelaksanaan penerimaan, pembukuan, penyetoran, serta pertanggung jawaban penerimaan uang pendapatan dari hasil mobilisasi dana.</p> <p>2) Penyiapan bahan pelaksanaan</p>

			<p>penggalan sumber dana dari pelayanan rumah sakit maupun dana lainnya</p> <p>3) Penyiapan bahan pelaporan tentang penyeienggaraan penerimaan dan mobilisasi dana.</p> <p>4) Penyiapan bahan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan mobilisasi dana.</p> <p>5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian keuangan sesuai peraturan per-undang-undangan</p>
16.	BIDANG PELAYANAN	Melaksanakan kegiatan pelayanan medis, dan penunjang medis	<p>1) Pelaksanaan perencanaan, pelayanan medis dan penunjang medis serta penggunaan fasilitas pelayanan medis.</p> <p>2) Pelaksanaan pengkoordinasian pelayanan medis dan penunjang medis serta penggunaan fasilitas pelayanan medis</p>

			<p>3) Pelaksanaan pengendalian dan pemulangan pasien</p> <p>4) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi , pemantauan dan pengawasan kegiatan pelayanan medis dan penunjang medis serta penggunaan fasilitas pelayanan medis.</p> <p>5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan Wakil direktur Pelayanan sesuai peraturan perundang-undangan</p>
17.	SEKSI PELAYANAN MEDIS	Melakukan penyiapan bahan kegiatan dan kebutuhan pelayanan medis di rumah sakit	<p>1) Penyiapan bahan perencanaan kegiatan dan kebutuhan pelayanan medis di rumah sakit.</p> <p>2) Penyiapan bahan pelaksanaan kegiatan pelayanan medis dan kebutuhan pelayanan medis</p> <p>3) Penyiapan bahan pengkoordinasian administrasi medis, penerimaan dan</p>

			<p>pemulangan pasien</p> <p>4) Penyiapan bahan pelaksanaan monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan medis</p> <p>5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan kepala bidang Pelayanan medis sesuai peraturan perundang undangan</p>
18.	SEKSI PENUNJANG MEDIS	Melakukan penyiapan bahan kebutuhan pelayanan penunjang medis, pemantaua terhadap penggunaan fasilitas penunjang	<p>1) Penyiapan bahan perencanaan, kebutuhan pelayanan penunjang medis.</p> <p>2) Penyiapan bahan pelaksanaan kebutuhan pelayanan penunjang medis.</p> <p>3) Penyiapan bahan pemantauan penggunaan fasilitas pelayanan penunjang medis.</p> <p>4) Penyiapan bahan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan penunjang medis.</p> <p>5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan kepala bidang</p>



			Pelayanan medis sesuai peraturan perundang undangan
19.	BIDANG KEPERAWATAN	Melaksanakan kegiatan pelayanan keperawatan dan kebutuhan pelayanan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pelaksanaan perencanaan, bimbingan pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan, etika dan mutu keperawatan, kebutuhan tenaga dan perbekalan kesehatan</li> <li>2) Pelaksanaan bimbingan asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan, etika dan mutu keperawatan, kebutuhan tenaga dan perbekalan kesehatan</li> <li>3) Pelaksanaan koordinasi bimbingan pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan, etika dan mutu keperawatan, kebutuhan tenaga dan perbekalan kesehatan</li> <li>4) Pelaksanaan pembinaan tenaga keperawatan kegiatan asuhan</li> </ol>

			<p>keperawatan, etika dan mutu pelayanan keperawatan</p> <p>5) Pelaksanaan pengendalian perbekalan kesehatan</p> <p>6) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi kegiatan tenaga, perbekalan kesehatan dan kegiatan asuhan keperawatan etika dan mutu pelayanan keperawatan</p> <p>7) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan Wadir pelayanan sesuai peraturan perundangundangan</p>
20.	<b>SEKSI PELAYANAN KEPERAWATAN</b>	Melakukan penyiapan bahan asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan, peningkatan dan pembinaan tenaga keperawatan dalam upaya peningkatan mutu	<p>1) Penyiapan bahan perencanaan pelayanan asuhan keperawatan</p> <p>2) Penyiapan bahan pelaksanaan pelayanan asuhan keperawatan</p> <p>3) Penyiapan bahan pengoordinasian kebutuhan untuk pembinaan tenaga keperawatan</p> <p>4) Penyiapan bahan</p>

			<p>pengembangan profesi keperawatan, peningkatan mutu dan etika profesi</p> <p>5) Penyiapan bahan pelaksanaan monitoring dan evaluasi kegiatan asuhan keperawatan</p> <p>6) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan Kepala Bidang keperawatan sesuai peraturan perundang-undangan</p>
21.	SEKSI PERBEKALAN KESEHATAN	Melakukan penyiapan bahan pemenuhan perbekalan kesehatan, mengatur pemanfaatan dan pendayagunaan perbekalan kesehatan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan.	<p>1) Penyiapan bahan perencanaan kebutuhan perbekalan kesehatan</p> <p>2) Penyiapan bahan pelaksanaan pemenuhan kebutuhan perbekalan kesehatan</p> <p>3) Penyiapan bahan koordinasi kebutuhan perbekalan kesehatan</p> <p>4) Penyiapan bahan monitoring dan evaluasi pemenuhan kebutuhan perbekalan kesehatan</p> <p>5) Pelaksanaan tugas</p>

			lain yang diberikan Kepala Bidang keperawatan sesuai peraturan perundang undangan
22.	<p>Kelompok Jabatan Fungsional tertentu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter</li> <li>2. Dokter Gigi</li> <li>3. Apoteker.</li> <li>4. Perawat</li> <li>5. Bidan</li> <li>6. Asisten Apoteker</li> <li>7. Perawat Gigi.</li> <li>8. Fisioterapi</li> <li>9. Pranata laboratorium Kesehatan</li> <li>10. Perekam Medis</li> <li>11. Sanitarian</li> <li>12. Nutrisionis</li> <li>13. Tehnisi Elektromedis</li> <li>14. Refraksionis</li> <li>15. Radiografer</li> <li>16. Teknis Tranfusi.</li> <li>17. Analis Kesehatan</li> <li>18. Diitisien</li> <li>19. Administrator Kesehatan.</li> <li>20. Penyuluh Kes. Masyarakat.</li> <li>21. Epidemiologi</li> </ol>	<p>Melaksanakan sebagian tugas dan fungsi rumah sakit umum Daerah sesuai kebutuhan dan keahliannya serta tugas lain yang diberikan oleh direktur sesuai dengan peraturan perundang undangan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penyelenggaraan pelayanan medis.</li> <li>2) Penyelenggaraan pelayanan penunjang medis.</li> <li>3) Penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan</li> <li>4) Penyelenggaraan pelayanan rujukan.</li> <li>5) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan.</li> </ol>

	<p>Kesehatan</p> <p>22. Entomolgi Kesehatan</p> <p>23. Pengawas Farmasi</p> <p>24. Mikrobiologi Kesehatan.</p> <p>25. Terapi wicara</p> <p>26. Okupasi Terapi</p> <p>27. Tenaga Akupuntur</p> <p>28. Radioterapis.</p> <p>29. Teknisi Gigi</p> <p>30. Optisien</p> <p>31. Otorik Prostetik.</p>		
	<p>Instalasi</p> <p>1. Instalasi Gawat Darurat</p> <p>2. Instalasi Rawat Jalan</p> <p>3. Inatalasi Rawat Inap</p> <p>4. Instalasi Rehab Medik</p> <p>5. Instalasi Rawat Intensif</p> <p>6. Instalasi Bedah Sentral</p> <p>7. Instalasi Patologi Klinik</p> <p>8. Instalasi Patologi Anatomi</p> <p>9. Instalasi Radiologi</p>	<p>Membantu Direktur dalam penyeleng- garaan pelayanan Fungsional sesuai Fungsinya</p>	<p>1) Menyelenggarakan peayanan sesuai dengan fungsi Instalasi masing- masing</p>

	10. Instalasi Kedokteran Kehakiman		
	11. Instalasi Gizi		
	12. Instalasi Farmasi		
	13. Instalasi Prasarana dan Sarana		
	14. Instalasi Laundry dan CSSD		
	15. Instalasi Penyehatan Lingkungan RS a. Unit Hemodialise b. Unit BDRS		

### **3. Struktur Organisasi dan Uraian Tugas Setelah Penerapan PPK- BLUD**

#### **1) Struktur Organisasi**

Dalam rangka implementasi Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD), maka struktur organisasi RSUD Pare Kab Kediri perlu disesuaikan berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, sebagai berikut:

Struktur organisasi RSUD Kabupaten Kediri setelah penerapan PPK-BLUD mengalami beberapa perubahan sebagai berikut:

- a. Dibentuknya struktur organisasi baru yakni Dewan Pengawas untuk meningkatkan sistem pengendalian intern rumah sakit.
- b. Adanya penyebutan Pejabat Pengelola BLUD, sebagai berikut:
  - (1) Direktur sebagai Pemimpin BLUD,
  - (2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan sebagai Pejabat Keuangan,
  - (3) Wakil Direktur Pelayanan sebagai Pejabat Teknis.

## 2) Uraian Tugas

Uraian tugas dari struktur baru pada saat imlementasi PPK BLUD adalah :

### **2.1) Direktur**

Dengan mengacu pada Pasal 32 ayat 2 Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005, Direktur bertindak sebagai Pemimpin BLUD dan berfungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan rumah sakit. Oleh karena itu, disamping melaksanakan tugas sebagaimana disebutkan dalam uraian tugas sebelum RS menerapkan PPK-BLUD, Direktur memiliki kewajiban sebagai berikut:

- a. menyiapkan Rencana Strategis Bisnis (RSB) rumah sakit.
- b. menyiapkan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) tahunan.
- c. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- d. menyampaikan pertanggungjawaban kinerja operasional dan keuangan rumah sakit.

## **2.2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan**

Dengan mengacu pada Pasal 32 ayat 3 Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005, Wakil Direktur Umum dan Keuangan bertindak sebagai Pejabat Keuangan dan berfungsi sebagai penanggung jawab keuangan rumah sakit. Oleh karena itu, disamping melaksanakan tugas sebagaimana disebutkan dalam uraian tugas sebelum RSUD Kab Kediri menerapkan PPK-BLUD, Wakil Direktur Umum dan Keuangan memiliki kewajiban sebagai berikut:

- a. mengkoordinasikan penyusunan rencana strategis bisnis (RSB).
- b. menyiapkan dokumen pelaksanaan anggaran rumah sakit.
- c. melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja.
- d. melakukan pengelolaan kepegawaian (sumber daya manusia)
- e. menyelenggarakan pengelolaan kas.
- f. melakukan pengelolaan hutang dan piutang.
- g. menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap, dan investasi rumah sakit.
- h. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan.
- i. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan.

## **2.3) Wakil Direktur Pelayanan**

Dengan mengacu pada Pasal 32 ayat 4 Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005, Wakil Direktur Pelayanan bertindak sebagai Pejabat Teknis dan berfungsi sebagai penanggung jawab teknis pada unit-unit kerja dilingkup pelayanan. Oleh karena itu, disamping



melaksanakan tugas sebagaimana disebutkan dalam uraian tugas sebelum RSUD Kabupaten Kediri menerapkan PPK BLUD, Wakil Direktur Pelayanan memiliki kewajiban sebagai berikut:

- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis di unit kerjanya.
- b. melaksanakan kegiatan teknis berdasarkan RBA.
- c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di unit kerjanya.

#### **2.4) Dewan Pengawas**

##### **(1) Persyaratan Pembentukan**

- a. Dalam rangka pelaksanaan pengawasan terhadap pengurusan rumah sakit, Rumah sakit membentuk Dewan Pengawas.
- b. Pembentukan Dewan Pengawas dilakukan apabila rumah sakit telah memiliki:
  - (a.1) Realisasi nilai omzet tahunan menurut realisasi anggaran, minimum sebesar Rp 15.000.000.000,00 (lima belas miliar rupiah), dan/atau
  - (a.2) Nilai aset menurut neraca, minimum Rp 75.000.000.000,00 (tujuh puluh lima miliar rupiah).

##### **(2) Tugas dan Kewajiban Dewan Pengawas**

- a. Dewan Pengawas bertugas melakukan pengawasan terhadap pengurusan rumah sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit mengenai pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA), Rencana Strategis Bisnis Jangka Panjang, dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- b. Dewan Pengawas berkewajiban:
  - (a.1) memberikan pendapat dan saran kepada Pemerintah Daerah/ Bupati mengenai RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola Rumah sakit.
  - (b.2) mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit serta memberikan pendapat dan saran kepada Sekretaris Daerah, Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD) mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan rumah sakit.
  - (b.3) melaporkan kepada Sekretaris Daerah, Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD) apabila terjadi gejala menurunnya kinerja rumah sakit.
  - (b.4) memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola Rumah sakit dalam melaksanakan pengurusan rumah sakit.
- c. Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati Kediri secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

(3) Keanggotaan Dewan Pengawas

- a. Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang disesuaikan dengan nilai omzet dan/atau nilai aset rumah sakit, serta seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.

- b. Jumlah anggota Dewan Pengawas di RSUD Kabupaten Kediri sebanyak 3 (tiga) orang, ditetapkan dengan Keputusan Bupati Kediri.

(4) Pembentukan/ Pengangkatan

- a. Dewan Pengawas Rumah sakit dibentuk dengan Keputusan Bupati Kediri Nomor: 188.45/440/418.32/2012 tentang Pengangkatan Dewan Pengawas BLUD RSUD Kabupaten Kediri.
- b. Anggota Dewan Pengawas Rumah sakit terdiri dari unsur-unsur pejabat dari Pemkab Kediri, serta tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit.
- c. Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- d. Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola Rumah sakit.

(5) Pemberhentian Dewan Pengawas

- a. Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati Kediri sesuai dengan kewenangannya, setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- b. Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Bupati Kediri.
- c. Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebelum habis masa jabatannya dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti:
  - (c.1) tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - (c.2) tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;

(c.3) terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;

(c.4) dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya dalam melaksanakan pengawasan terhadap rumah sakit.

(6) Ketentuan Lain-Lain

a. Untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas, Dewan Pengawas sesuai dengan kewenangannya dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas yang akan ditetapkan dengan SK Bupati.

b. Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit, dan dimuat dalam RBA Rumah sakit.

## **2.5) Komite-komite rumah sakit**

Komite-komite rumah sakit terdiri dari Komite Medis, Komite Keperawatan, Komite Etik Rumah Sakit Komite Mutu Rumah sakit, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

### **(1) Komite Medis**

Komite Medis adalah wadah profesional medis yang berfungsi menegakkan etika profesi medis dan mutu pelayanan medis.

Di dalam struktur organisasi rumah sakit, komite medis berada di bawah direktur rumah sakit dan bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit. (Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit).

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 mutu profesi staf medis; dan
- c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.

Dalam melaksanakan tugas kredensial komite memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
  1. Kompetensi;
  2. Kesehatan fisik dan mental;
  3. Perilaku;
  4. Etika profesi
- c. evaluasi data pendidikan professional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
- d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
- f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur;

- g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
- h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis, komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. pelaksanaan audit medis;
- b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
- c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit; dan
- d. rekomendasi proses pendampingan (proctoring) bagi staf medis yang membutuhkan.

Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis, komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
- c. rekomendasi pendisiplinan pelaku professional di rumah sakit; dan
- d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

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

Hak-hak komite medik :

- a. mendapat remunerasi sesuai ketentuan yang berlaku;
- b. memperoleh cuti sesuai dengan ketentuan yang berlaku .

Pola kepengurusan dan keanggotaan komite medis ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur RSUD. Masa jabatan Komite Medik ditetapkan selama 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

## **(2) Komite Keperawatan**

Komite Keperawatan adalah unsur pembantu pimpinan dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan.

Komite keperawatan berada di bawah direktur dan bertanggung jawab kepada direktur.

Komite keperawatan mempunyai tugas pokok yaitu :

- a. membina etika profesi keperawatan dan profesi kebidanan
- b. memelihara / menjaga mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan
- c. mengembangkan program pendidikan dan latihan, penelitian dan pengembangan keperawatan dan kebidanan
- d. menyusun sistem pelayanan keperawatan dan kebidanan
- e. menyusun standar asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan, standar peralatan perawatan, standar operasional prosedur keperawatan serta memantau penerapannya.

Komite keperawatan mempunyai fungsi yaitu :

- a. melakukan pemantauan dan penilaian standar asuhan keperawatan dan kebidanan, standar peralatan perawatan, standar operasional prosedur keperawatan
- b. melakukan penilaian pelaksanaan program pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta etika profesi.
- c. mengusulkan pembentukan panitia untuk membantu tugas komite keperawatan.

Dalam melaksanakan tugasnya komite keperawatan wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, simplikasi dan sinkronisasi baik dengan jajaran fungsional maupun dengan jajaran struktural.



Hak-hak Komite Keperawatan :

- a. mendapat remunerasi sesuai ketentuan yang berlaku;
- b. memperoleh cuti sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pola kepengurusan dan keanggotaan komite keperawatan ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur RSUD. Masa jabatan Komite Keperawatan ditetapkan selama 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

### **(3) Komite Etik Rumah Sakit**

Komite Etik Rumah Sakit merupakan perangkat organisasi rumah sakit dibentuk di rumah sakit dalam rangka membantu pimpinan rumah sakit menerapkan Kode Etik Rumah Sakit di RSUD Kabupaten Kediri. Komite Etik Rumah Sakit berada di bawah Direktur dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah sakit.

Komite Etik Rumah sakit mempunyai tugas:

- a. melakukan pembinaan insan perumahsakitannya secara komprehensif dan berkesinambungan agar setiap orang menghayati dan mengamalkan Kode Etik Rumah sakit Indonesia (KODERSI) sesuai dengan peran dan tanggung jawab yang terkait dengan etika rumah sakit;
- b. memberi nasihat, saran dan pertimbangan terhadap setiap kebijakan atau keputusan yang dibuat oleh pimpinan atau pemilik rumah sakit;
- c. membuat pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit;

- d. menangani masalah masalah etik yang muncul di dalam rumah sakit;
- e. membantu menyelesaikan perselisihan/sengketa medik yang terjadi di lingkungan rumah sakit;
- f. menyelenggarakan kegiatan lain yang dapat membantu terwujudnya kode etik rumah sakit.

Komite Etik Rumah sakit mempunyai fungsi:

- a. memberikan nasihat, saran dan pertimbangan etik kepada pihak-pihak yang membutuhkan;
- b. Mengupayakan pembinaan secara preventif, edukatif dan korektif terhadap kemungkinan terjadinya penyimpangan atau pelanggaran KODERSI.

Komite Etik Rumah sakit mempunyai kewajiban:

- a. Dalam melaksanakan tugasnya Komite Etik Rumah sakit wajib melaksanakan kerjasama, koordinasi dan sinkronisasi dengan Komite medik serta struktur lain di rumah sakit.
- b. Pimpinan dan anggota Komite Etik Rumah sakit wajib mematuhi peraturan rumah sakit dan bertanggung jawab kepada pimpinan rumah sakit serta menyampaikan laporan laporan berkala tepat waktu.
- c. Komite Etik Rumah sakit wajib memberikan laporan kepada Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Indonesia (MAKERSI) Daerah mengenai pelaksanaan KODERSI di rumah sakit, minimal sekali dalam setahun.

- d. Komite Etik Rumah Sakit wajib melaporkan masalah etik yang serius atau tidak mampu ditangani sendiri ke MAKERSI Daerah.

Hak-hak Komite Etik Rumah sakit :

- a. mendapat remunerasi sesuai ketentuan yang berlaku;
- b. memperoleh cuti sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pembentukan Komite Etik Rumah Sakit:

- a. Ketua dan Anggota Komite Etik Rumah sakit dibentuk dengan keputusan Direktur, dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- b. Komite Etik Rumah sakit terdiri dari Ketua, seorang wakil ketua, seorang sekretaris dan 2 (dua) orang anggota.
- c. Keanggotaan Komite Etik Rumah sakit terdiri dari unsur-unsur yang mewakili berbagai profesi dalam rumah sakit, bila dipandang perlu anggota Komite Etik Rumah Sakit dapat berasal dari individu diluar rumah sakit.
- d. Masa jabatan anggota Komite Etik ditetapkan selama 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- e. Syarat untuk dapat dipilih menjadi anggota Komite Etik Rumah Sakit:
  - Berjiwa Pancasila;
  - Memiliki integritas;
  - Memiliki kredibilitas sosial;
  - Profesional;
  - Memiliki kepedulian dan kepekaan terhadap masalah sosial, lingkungan dan kemanusiaan;

- Tidak merangkap dalam jabatan-jabatan struktural di rumah sakit.

#### **(4) Komite Mutu Rumah sakit**

Komite Mutu rumah sakit merupakan perangkat organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit dalam rangka membantu pimpinan rumah sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah sakit. Komite Mutu rumah sakit berada di bawah Direktur dan bertanggung jawab kepada direktur Rumah sakit. Mutu Pelayanan Rumah Sakit meliputi upaya Klinik (*Clinical Care*), manajemen dan sasaran internasional keselamatan pasien.

Komite Mutu Rumah sakit mempunyai tugas:

- a. menyusun indikator prioritas proses dan hasil (outcome) praktek klinik dan manajemen yang akan dinilai, dengan mengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan. Prioritas ditetapkan berdasarkan:
  - proses yang beresiko tinggi
  - diberikan dalam jumlah besar
  - cenderung menimbulkan masalah
- b. menyusun Kamus Indikator yang akan ditetapkan oleh Direktur Rumah sakit sbb:
  - menentukan judul indikator, proses, prosedur atau hasil (outcome) yang akan dinilai;
  - menentukan *eviden based* (literatur) yang mendukung;
  - menentukan target dari indikator yang akan dinilai;
  - menentukan Cara penilaian yang dilakukan;

- menentukan keterkaitan antara indikator dengan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
  - menentukan jadwal dan frekuensi dari penilaian.
- c. melakukan pengumpulan data, menganalisa dan mengevaluasi data indikator mutu;
  - d. memberikan rekomendasi dan memfasilitasi pemecahan masalah mutu pelayanan.

Komite Mutu Rumah sakit mempunyai fungsi:

- a. memberikan saran dan pertimbangan kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien;
- b. membantu pimpinan Rumah sakit dalam rangka mengupayakan menetapkan pedoman/kebijakan prioritas yang akan dinilai, yaitu proses dan hasil praktek klinik, manajemen dengan mengacu pada misi Rumah sakit, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan.

Komite Mutu Rumah sakit mempunyai kewajiban:

- a. Dalam melaksanakan tugasnya Komite Mutu Rumah sakit wajib melaksanakan kerjasama, koordinasi dan sinkronisasi dengan Komite-komite yang ada serta struktur lain di rumah sakit.
- b. Pimpinan dan anggota Komite Mutu Rumah sakit wajib mematuhi peraturan rumah sakit dan bertanggung jawab kepada pimpinan rumah sakit.
- c. Komite Mutu Rumah sakit wajib memberikan laporan kepada Pimpinan Rumah Sakit.

Hak-hak Komite Mutu Rumah sakit :

- a. mendapat remunerasi sesuai ketentuan yang berlaku;
- b. memperoleh cuti sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pembentukan Komite Mutu Rumah sakit:

- a. Ketua dan Anggota Komite Mutu Rumah sakit dibentuk dengan keputusan Direktur, dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- b. Komite Mutu Rumah sakit terdiri dari Ketua, seorang sekretaris dan anggota (jumlah sesuai kebutuhan).
- c. Keanggotaan Komite Mutu Rumah sakit terdiri dari unsur-unsur yang mewakili berbagai profesi dalam rumah sakit.
- d. Masa jabatan Komite Mutu ditetapkan selama 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- e. Syarat untuk dapat dipilih menjadi anggota Komite Mutu Rumah Sakit:
  - Berjiwa Pancasila
  - Memiliki integritas
  - Memiliki kredibilitas sosial
  - Profesional
  - Memiliki kepedulian dan kepekaan terhadap masalah sosial, lingkungan dan kemanusiaan
  - Tidak merangkap dalam jabatan-jabatan struktural di rumah sakit

## **(5) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan perangkat organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit dalam rangka membantu pimpinan rumah sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah melalui pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit, meliputi kualitas pelayanan, manajemen resiko, clinical governance serta kesehatan dan keselamatan kerja.

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) berada di bawah Direktur dan bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit mempunyai tugas dan tanggung jawab:

- a. menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI ;
- b. melaksanakan sosialisasi kebijakan PPI RS, agar kebijakan dapat dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit;
- c. membuat SPO PPI;
- d. menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;
- e. bekerjasama dengan Tim PPI dalam melakukan ninvestigasi masalah atau KLB *Healthcare Associates Infections (HAIs)*;
- f. memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
- g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI;

- h. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;
- i. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan SDM rumah sakit dalam PPI;
- j. melakukan pertemuan berkala, berkoordinasi dengan unit terkait lain, termasuk mengevaluasi kebijakan;
- k. menerima laporan dari Tim PPI dan membuat laporan kepada direktur;
- l. memberikan usulan kepada direktur untuk pemakaian antibiotik yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pantauan kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarkan data resistensi antibiotika;
- m. menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja (K3) serta turut menyusun kebijakan *clinical governance* dan *patient safety*;
- n. mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit;
- o. memberikan masukan menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI;
- p. menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;



- q. melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar dan prosedur/monitoring surveylans proses;
- r. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di Rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi fungsi:

- a. memberikan masukan, saran, usulan dan pertimbangan kepada pihak-pihak yang membutuhkan terkait kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit;
- b. mengupayakan pembinaan dan pengawasan secara preventif, edukatif dan korektif terhadap kemungkinan terjadinya penyimpangan dan atau penurunan mutu pelaksanaan PPI di Rumah sakit;
- c. dalam menjalankan tugasnya Komite PPI diberi kewenangan menjalankan program dan menentukan sikap pencegahan dan pengendalian infeksi.

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai kewajiban:

- a. dalam melaksanakan tugasnya Komite PPI wajib melaksanakan kerjasama, koordinasi dan sinkronisasi dengan Komite-komite, Instalasi-instalasi serta unsur-unsur lain di rumah sakit.
- b. KOMITE PPI wajib mematuhi peraturan yang menjadi dasar hukum dalam menyusun kebijakan PPI pimpinan rumah sakit.
- c. Komite PPI bertanggung jawab dan wajib memberikan laporan kepada Pimpinan Rumah Sakit.

Hak-hak Komite PPI Rumah sakit :

- a. mendapat remunerasi sesuai ketentuan yang berlaku;
- b. memperoleh cuti sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pembentukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI):

- a. Ketua dan Anggota Komite PPI dibentuk dengan keputusan Direktur, dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- b. Komite PPI terdiri dari Ketua, seorang sekretaris dan anggota (jumlah sesuai kebutuhan), yang memiliki minat, kepedulian dan pengalaman masalah infeksi.
- c. Ketua PPI adalah seorang Dokter, Sekretaris adalah seorang perawat senior dan Anggota terdiri dari wakil staf Medis Fungsional, Farmasi, Perawat, petugas CSSD/laundry, IPSRS, IPL dan petugas kamar jenazah.
- d. Masa jabatan Komite PPI ditetapkan selama 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- e. Syarat untuk dapat dipilih menjadi anggota Komite PPI:
  - memiliki integritas;
  - memiliki kredibilitas sosial;
  - profesional;
  - memiliki minat, kepedulian, pengetahuan, pengalaman dalam masalah Infeksi;

- tidak merangkap dalam jabatan-jabatan struktural di rumah sakit

## **2.7) Panitia-Panitia di Rumah Sakit**

### **(1) Panitia Rekam Medis**

Panitia rekam Medis merupakan perangkat organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit dalam rangka membantu pimpinan rumah sakit dalam rangka meningkatkan mutu penyelenggaraan pengelolaan rekam medis agar memenuhi standar yang telah ditetapkan. Panitia rekam medis adalah kelompok kerja rekam medis yang terdiri dari dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Panitia Rekam medis rumah sakit berada di bawah Direktur dan bertanggung jawab kepada direktur Rumah sakit.

Panitia Rekam Medis mempunyai tugas:

- a. mengusulkan kepada pimpinan rumah sakit terkait prosedur pengisian, pengelolaan sistem penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit;
- b. melakukan evaluasi dan penyempurnaan bentuk, ukuran, isi, prosedur pengisian pengelolaan sistem penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit;
- c. memberikan rekomendasi dan memfasilitasi pemecahan masalah pengelolaan sistem penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit;
- d. memberikan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit untuk memberikan sanksi kepada pemberi pelayanan kesehatan apabila tidak menyetujui ketentuan-ketentuan yang berlaku dan menolak melengkapi pengisian rekam medis.

Panitia Rekam Medis mempunyai fungsi:

- a. memberikan nasihat, saran dan pertimbangan dalam pengelolaan sistem penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit.
- b. melakukan pengawasan terhadap petugas rekam medis dalam analisis pengisian berkas rekam medis pasien pulang untuk menjamin bahwa informasi telah dicatat dengan sebaik baiknya, menjamin ketersediaan data yang diperlukan.
- c. melakukan koordinasi dengan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan lain, untuk melengkapi berkas rekam medis apabila ditemukan adanya berkas rekam medis yang tidak memenuhi standar.
- d. menjamin bahwa prosedur penyimpanan (filling records), peminjaman (retrieval), pengeluaran/distribusi, pembuatan indek dan kode penyakit, pengisian rekam medis, pengelolaan dan penyajian data medis untuk pelaporan telah berjalan baik.

Hak-hak Panitia Rekam Medis:

- a. mendapat remunerasi sesuai ketentuan yang berlaku;
- b. memperoleh cuti sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pembentukan Panitia Rekam Medis:

- a. Panitia Rekam Medis dibentuk dengan keputusan Direktur, dan bertanggung jawab kepada Direktur
- b. Panitia Rekam medis terdiri dari Ketua, seorang sekretaris dan anggota (jumlah sesuai kebutuhan).

- c. Ketua Panitia Rekam Medis adalah seorang Dokter senior, Sekretaris adalah Kasubag Rekam medis. Dan anggota adalah dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pengisian rekam medis.
- d. Masa jabatan Panitia Rekam Medis ditetapkan selama 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- e. Syarat untuk dapat dipilih menjadi anggota Panitia Rekam Medis:
  - memiliki integritas;
  - memiliki kredibilitas sosial;
  - profesional;
  - memiliki minat, kepedulian, pengetahuan, pengalaman dalam masalah Rekam medis.

## **(2) Panitia Farmasi dan Terapi**

Panitia Farmasi dan Terapi (PFT) adalah organisasi yang mewakili hubungan komunikasi antara staf medik dengan staf farmasi. Panitia Farmasi dan Terapi merupakan perangkat organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit dalam rangka membantu pimpinan rumah sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Farmasi di Rumah sakit. Panitia Farmasi dan Terapi Komite dibentuk dengan Keputusan Direktur dan bertanggung jawab kepada direktur Rumah sakit.

Panitia Farmasi dan Terapi mempunyai Tugas:

- a. menyusun Formularium yang menjadi dasar dalam penggunaan obat di rumah sakit, dan melakukan revisi formularium secara berkala;

- b. menyusun standar terapi dan protokol penggunaan obat, bersama sama dengan staf medis;
- c. melaksanakan evaluasi penulisan resep dan penggunaan obat generik, bersama sama dengan Instalasi Farmasi;
- d. menyusun dan melaksanakan program evaluasi penggunaan obat dan menyebarkan hasilnya kepada seluruh staf medis dan pimpinan rumah sakit;
- e. memberikan rekomendasi kepada pimpinan Rumah sakit dalam pemilihan penggunaan obat;
- f. memberikan rekomendasi tentang kebijakan dan prosedur pengelolaan obat di rumah sakit;
- g. Menyusun program edukasi yang berkaitan dengan penggunaan obat untuk tenaga profesional kesehatan di rumah sakit;
- h. mensosialisasikan semua kebijakan yang melibatkan Panitia Farmasi dan Terapi kepada profesional kesehatan di rumah sakit;
- i. mengkoordinasikan pelaporan dan pemantauan efek samping obat .

Panitia Farmasi dan Terapi mempunyai Fungsi:

- a. memberikan nasihat dan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit mengenai rumusan kebijakan dan prosedur untuk evaluasi, pemilihan dan penggunaan obat di rumah sakit.
- b. merumuskan program edukasi pengetahuan tentang obat-batan dan penggunaannya bagi tenaga kesehatan di rumah sakit.

Hak-hak Panitia Farmasi dan Terapi:

- a. mendapat remunerasi sesuai ketentuan yang berlaku;
- b. memperoleh cuti sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pembentukan Panitia Farmasi dan Terapi:

- a. Panitia Farmasi dan Terapi dibentuk dengan keputusan Direktur, dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- b. Panitia Farmasi dan Terapi terdiri dari profesi dokter, apoteker, perawat (jumlah sesuai dengan ruang lingkup kegiatan).
- f. Ketua Panitia Farmasi dan Terapi adalah seorang Dokter spesialis, sekretaris adalah seorang Apoteker dan anggota dipilih dari bagian medis yang menggunakan obat dalam jenis dan jumlah yang banyak.
- g. Masa jabatan Panitia Farmasi dan Terapi ditetapkan selama 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- h. Syarat untuk dapat dipilih menjadi anggota Panitia Farmasi dan Terapi:
  - memiliki integritas;
  - memiliki kredibilitas, dan komitmen yang tinggi terhadap terlaksananya fungsi PFT;
  - profesional, menguasai terapi.

## **2.7) Satuan Pemeriksa Intern (SPI)**

(1) Organisasi

- a. Pimpinan Rumah sakit telah membentuk Satuan Pemeriksa Intern dengan SK Direktur yang

merupakan aparat intern rumah sakit untuk membantu Pimpinan Rumah sakit dalam mendukung terciptanya sistem pengendalian intern yang efektif di lingkungan rumah sakit.

- b. Satuan Pemeriksa Intern dipimpin oleh seorang kepala yang bertanggung jawab secara langsung kepada Direktur.
- c. Satuan Pemeriksa Intern terdiri dari tim audit bidang keuangan, tim audit bidang non-keuangan, serta tim audit bidang lainnya sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
- d. Satuan Pemeriksa Intern melaksanakan pengawasan, pengendalian dan pembinaan terhadap semua kegiatan di lingkungan RSUD, mulai dari perencanaan sampai dengan pelaksanaan kegiatan sesuai ketentuan yang berlaku.
- e. Ketentuan lebih lanjut mengenai organisasi dan tata kerja Satuan Pemeriksa Intern ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

(2) Fungsi :

- a. membantu Direktur dalam melakukan pengawasan internal rumah sakit;
- b. memberikan rekomendasi perbaikan untuk mencapai sasaran rumah sakit secara ekonomis, efisien, dan efektif;
- c. membantu efektivitas penerapan pola tata kelola di rumah sakit;
- d. menangani permasalahan yang berkaitan dengan indikasi terjadinya KKN (Kolusi, Korupsi, dan Nepotisme) yang menimbulkan kerugian rumah sakit, bekerja sama dengan unit kerja terkait.



(3) Tugas dan Kewajiban:

- a. membantu menciptakan sistem pengendalian intern yang efektif di rumah sakit dan memastikan bahwa pengendalian intern tersebut telah dipatuhi sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian intern yang berlaku serta pelaksanaannya di semua kegiatan, fungsi, dan program rumah sakit yang mencakup:
  - (b.1) audit atas keuangan dan ketaatan pada peraturan perundangundangan yang berlaku;
  - (b.2) penilaian tentang daya guna dan kehematan dalam penggunaan sarana dan prasarana rumah sakit;
  - (b.3) penilaian tentang hasil guna atau manfaat yang direncanakan dari suatu kegiatan atau program rumah sakit;
  - (b.4) penilaian atas pendayagunaan dan pengembangan sumber daya manusia di rumah sakit;
  - (b.5) melakukan kajian terhadap kecukupan pelaksanaan manajemen risiko (risk management) di lingkungan rumah sakit;
  - (b.6) mengadakan koordinasi dengan auditor eksternal;
  - (b.7) menyusun peraturan rumah sakit di bidang audit serta pedoman-pedoman yang berkaitan dengan kelengkapan prosedur untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
  - (b.8) menyampaikan laporan hasil audit beserta rekomendasi yang diusulkan secara tertulis kepada Direktur;

(b.9) memantau, mengevaluasi, dan menganalisis tindak lanjut atas rekomendasi hasil audit yang telah disetujui oleh Direktur.

(4) Kewenangan:

- a. mendapatkan akses secara penuh dan tidak terbatas terhadap unit-unit kerja rumah sakit, aktivitas, catatan-catatan, dokumen, personel, aset rumah sakit, serta informasi relevan lainnya sesuai dengan tugas yang ditetapkan oleh Direktur;
- b. menetapkan ruang lingkup kerja dan menerapkan teknik-teknik audit yang diperlukan untuk mencapai efektivitas sistem pengendalian intern;
- c. memperoleh bantuan, dukungan, maupun kerjasama dari personel unit kerja yang terkait, terutama dari unit kerja yang diaudit;
- d. mendapatkan kerjasama penuh dari seluruh unsur Pejabat Pengelola Rumah sakit, tanggapan terhadap laporan, dan langkah-langkah perbaikan;
- e. mendapatkan dukungan sumberdaya yang memadai untuk keperluan pelaksanaan tugasnya;
- f. mendapatkan bantuan dari tenaga ahli, baik dari dalam maupun luar rumah sakit, sepanjang hal tersebut diperlukan dalam pelaksanaan tugasnya.

Masa jabatan SPI ditetapkan selama 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

## **2.8) Auditor Eksternal**

Adalah pihak yang independen dan profesional yang memberikan pernyataan pendapat mengenai kewajaran laporan keuangan sesuai dengan prinsip akuntansi yang

berlaku umum. Pihak ini bukanlah bagian dari struktur organisasi, akan tetapi merupakan bagian dari struktur tata kelola dalam arti luas yang perlu diuraikan tanggung jawab, kewajiban dan hak auditor eksternal.

(1) Tanggung jawab auditor eksternal adalah :

- a. melakukan pemeriksaan atas Laporan Keuangan Perusahaan dan semua catatan akuntansi serta data pendukung lainnya untuk menilai kewajarannya dengan standar akuntansi keuangan yang berlaku di Indonesia;
- b. memberitahukan kepada Direktur utama dan atau SPI bila menemukan kejadian atau indikasi pelanggaran terhadap perundang-undangan yang berlaku;
- c. memberitahukan kepada Kepala Daerah melalui Dewan Pengawas apabila menemukan indikasi pelanggaran dan hal-hal lain yang dapat membahayakan keadaan keuangan Perusahaan dan kepentingan publik lainnya;
- d. menerbitkan hasil audit atas Laporan Keuangan rumah sakit secara tepat waktu.

(2) Kewajiban auditor eksternal adalah :

- a. berpedoman kepada Standar Profesional Akuntan Publik;
- b. menjaga informasi rahasia mengenai perusahaan.

Hak-hak auditor eksternal adalah memperoleh akses informasi mengenai kegiatan yang diperiksa.

#### **4. Stakeholders/Organ Tata Kelola Lainnya (Diluar Struktur Organisasi)**

*Stakeholders* RSUD lainnya terdiri dari :

- 1) Karyawan;
- 2) Pengguna Jasa;
- 3) Fakultas kedokteran;
- 4) Mitra Usaha, misalnya : perusahaan penjamin kesehatan, rekanan, dll;
- 5) Pemerintah;
- 6) Masyarakat Sekitar dan lingkungan.

### 1. Umum

Prosedur kerja setiap proses pengelolaan dan sistem manajerial telah didokumentasikan dalam Prosedur Mutu dan *Standard Operating Procedure* (SOP). Prosedur mutu ini telah didokumentasikan, disosialisasikan, dan diimplementasikan di setiap instalasi dan unit kerja lainnya. Dengan adanya prosedur mutu atau SOP ini diharapkan pelaksanaan atau proses kinerja dan layanan pada setiap unit kerja dapat dilaksanakan dengan baik sesuai dengan manual mutu. Dengan prosedur kerja ini pula dapat dijadikan bahan evaluasi terhadap pelaksanaan dan hasil kinerja dari setiap proses kinerja.

Prosedur kerja RSUD Kabupaten Kediri dalam rangka memberikan pelayanan kepada masyarakat, baik pelayanan kesehatan, pelayanan penunjang kesehatan, maupun pelayanan manajemen ditetapkan oleh Direktur RSUD.

Secara ringkas uraian prosedur kerja diuraikan dalam masing-masing bidang/ bagian dan instalasi. Rincian prosedur kerja dalam lingkup Umum dan Keuangan adalah :

- 1) Prosedur Kerja/ protap Bagian Umum;
- 2) Prosedur Kerja Bagian Perencanaan dan Rekam Medis;
- 3) Prosedur Kerja Bagian Keuangan;
- 4) Prosedur Kerja Instalasi Gizi;
- 5) Prosedur Kerja Instalasi Pemeliharaan Sarana;
- 6) Prosedur Kerja Instalasi Laundry dan CSSD;
- 7) Prosedur Kerja Instalasi Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit.

Sedangkan prosedur kerja dalam lingkup Pelayanan adalah :

- 1) Prosedur Kerja Pelayanan;
- 2) Prosedur Kerja Keperawatan;
- 3) Prosedur Kerja Instalasi Gawat Darurat;
- 4) Prosedur Kerja Instalasi Rawat Jalan;
- 5) Prosedur Kerja Instalasi Rawat Inap;
- 6) Prosedur Kerja Instalasi Rehab Medik;
- 7) Prosedur Kerja Instalasi Rawat Intensif;
- 8) Prosedur Kerja Instalasi Bedah Sentral;
- 9) Prosedur Kerja Instalasi Radiologi;
- 10) Prosedur Kerja Instalasi Patologi Klinik;
- 11) Prosedur Kerja Instalasi Patologi Anatomi;
- 12) Prosedur Kerja Instalasi Farmasi;
- 13) Prosedur Kerja Instalasi Kedokteran Kehakiman.

(Uraian/ rincian prosedur kerja di lingkup Pelayanan terlampir)

## **2. Prosedur Kerja Bagian Keuangan**

Setelah rumah sakit menjadi RSUD dengan PPK BLUD, terdapat beberapa perubahan prosedur kerja Bagian Keuangan dibandingkan dengan pada saat RSUD dengan pola pengelolaan keuangan Swadana. Prosedur kerja Bagian Keuangan setelah menjadi RSUD dengan PPK BLUD adalah Manual/ Pedoman Sistem Akuntansi Keuangan RSUD dengan PPK BLUD yang disahkan oleh Bupati Kediri. Hal ini berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Pasal 116:

- (1) BLUD menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.
- (2) BLUD mengembangkan dan menerapkan Sistem akuntansi dengan berpedoman pada standar akuntansi yang berlaku

untuk BLUD yang bersangkutan dan ditetapkan oleh Kepala Daerah dengan Peraturan Kepala Daerah)

Manual/ Pedoman Sistem Akuntansi Keuangan RSUD Kabupaten dengan PPK BLUD adalah :

- (1) Buku I Kebijakan Akuntansi;
- (2) Buku II Pedoman Akuntansi Keuangan;
- (3) Buku III Pedoman Penatausahaan.

### **3. Prosedur Penentuan Tarif**

Proses penentuan tarif dimulai dengan penghitungan *unit cost* dari jenis-jenis layanan. Penentuan tarif dikelola dengan klasifikasi sebagai berikut :

- 1) Jenis layanan kelas III,II dan I ditetapkan dengan Peraturan Bupati. Tarif jenis ini ditetapkan dengan memperhitungkan harga satuan (*unit cost*), dengan memperhitungkan daya beli masyarakat. Sehingga apabila masih perlukan subsidi dari Pemerintah Daerah Kabupaten Kediri, terutama adalah untuk layanan klas III.
- 2) Jenis layanan Pavilyun ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur RSUD dan dapat berubah secara fleksibel (*lentur*) sesuai kondisi persaingan/ pasar dan perubahan pasar dengan persetujuan Bupati.

### **4. Prosedur Pengelolaan Limbah**

Pengelolaan limbah dikelola dengan mengklasifikasikan sebagai berikut :

- 1) Limbah non medis, misalnya sampah. Pengelolaan limbah non medis dilakukan dengan koordinasi Dinas Kebersihan dan Pertamanan (DKP) untuk pembuangan ke tempat pembuangan akhir (TPA).
- 2) Limbah medis, digolongkan sebagai berikut :
  - a. Limbah medis padat.

Pemusnahan limbah medis padat dilakukan dengan pembakaran di *incenerator*.

b. Limbah medis cair.

Limbah medis cair dianggap sebagai jenis infeksius, yaitu bisa menimbulkan penyakit/ infeksi pada manusia, baik secara langsung maupun tidak langsung. Penanganan limbah medis cair melalui Instalasi Pengelolaan Air Limbah (IPAL) sebelum dibuang ke sungai.

Sedangkan pengelolaan baku mutu limbah cair yang dibuang ke sungai ditentukan dengan SK Gubernur Jatim No 61 tahun 1999 tentang Baku Mutu Limbah Cair Rumah Sakit. Dengan dilaksanakan uji kelayakan secara berkala setiap 3 bulan.

Pengelolaan limbah juga merupakan bagian dari Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD yang harus diukur kinerja pencapaiannya secara berkala.



Pengelompokan fungsi yang logis menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi

Dari uraian struktur organisasi RSUD Kabupaten Kediri beserta uraian tugasnya sebagaimana disebutkan pada bab III, dapat disimpulkan bahwa organisasi rumah sakit telah dikelompokan sesuai dengan fungsi yang logis, sebagai berikut:

- a. Telah dilakukan pemisahan fungsi yang logis antara Dewan Pengawas dan Pejabat Pengelola BLUD yang terdiri dari pemimpin BLUD, Pejabat Keuangan, dan pejabat Teknis
- b. Adanya pembagian tugas pokok dan kewenangan yang jelas untuk masing-masing fungsi dalam organisasi
- c. Telah ditetapkan fungsi audit internal di lingkungan rumah sakit dengan membentuk unit organisasi Satuan Pengawasan Intern (SPI).
- d. Adanya sistem pengendalian intern yang memadai. Hal ini antara lain tercermin dari adanya kebijakan dan prosedur yang membantu setiap unit organisasi dalam rumah sakit untuk melaksanakan kewajibannya dan menjamin bahwa tindakan pengendalian telah dilakukan untuk mengatasi resiko yang dihadapi dalam mencapai tujuan dan sasaran organisasi. Kegiatan pengendalian tersebut termasuk serangkaian kegiatan seperti kewenangan, otorisasi, verifikasi rekonsiliasi, penilaian terhadap prestasi kerja, pembagian tugas, serta pengamanan terhadap aset organisasi.

Pengelolaan sumber daya manusia (SDM) merupakan pengaturan dan pengambilan kebijakan yang jelas, terarah dan berkesinambungan mengenai sumber daya manusia pada suatu organisasi dalam rangka memenuhi kebutuhannya baik pada jumlah maupun kualitas yang paling menguntungkan sehingga organisasi dapat mencapai tujuan secara efisien, efektif, dan ekonomis. Organisasi modern menempatkan karyawan pada posisi terhormat yaitu sebagai aset berharga (*brainware*) sehingga perlu dikelola sebagaimana mestinya baik saat penerimaan, selama aktif bekerja maupun setelah purna tugas.

### 1. Perkembangan Jumlah SDM

Peningkatan SDM dalam jumlah yang cukup memadai merupakan salah satu kebijakan manajemen untuk mewujudkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat Kediri dan sekitarnya. Jumlah SDM disesuaikan dengan tugas, fungsi dan beban kerja yang ada sehingga operasional Rumah Sakit dapat berjalan sesuai yang diharapkan.

Perkembangan jumlah SDM dan tempat tidur tersedia selama tiga tahun terakhir sebagai berikut:

NO	SDM	Satuan	Tahun		
			2012	2013	2014
1	Tenaga medis	Orang	51	51	53
2	Tenaga paramedis perawatan	Orang	240	238	233
3	Tenaga paramedis non perawatan	Orang	92	96	91
4	Tenaga non medis	Orang	164	205	212
	Jumlah	Orang	547	590	589
	Jlh. tempat tidur	TT	228	228	228

Dari Jumlah total SDM rumah sakit yang berstatus PNS mengalami penurunan dikarenakan pensiun dan pindah tempat tugas untuk memenuhi kekurangan jumlah tenaga RSUD melakukan rekrutmen melalui tenaga kontrak, baik tenaga Medis, paramedis maupun tenaga non medis. Penambahan tenaga dimaksudkan untuk menjaga kualitas pelayanan RSUD Kabupaten Kediri.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Kiasifikasi dan Perizinan Rumah sakit, pasal 32 menyatakan bahwa sumberdaya manusia Rumah sakit Umum klas B terdiri dari:

- a. Tenaga medis;
- b. Tenaga Kefarmasian;
- c. Tenaga Keperawatan;
- d. Tenaga kesehatan lain;
- e. Tenaga non kesehatan.

Perkembangan Sumberdaya Manusia RSUD Kab Kediri 2012 -2014

No	KRITERIA		2012	2013	2014
	PELAYANAN	Jml			
	<b>TENAGA MEDIS</b>				
	1. Dokter Umum	12	16	16	16
	2. Dokter Gigi	3	3	3	4
	<b>Pelayanan medik Spesialis Dasar</b>	<b>12</b>			
	1. Dr. Spesialis Penyakit dalam *)	3	2	2	3
	2. Dr. Spesialis Anak *)	3	1	2	1
	3. Dr. Spesialis Bedah	3	3	3	4
	4. Dr. Spesialis Obstetri & Ginekologi *)	3	3	3	4
	<b>Pelayanan medik Spesialis penunjang</b>	<b>10</b>			
	1. Dr. Spesialis Radiologi	2	1	1	1
	2. Dr. Spesialis Patologi Klinik *)	2	1	1	1
	3. Dr. Spesialis Anestesiologi	2	2	2	2
	4. Dr. Spesialis Rehabilitasi Medik	2	1	1	1
	5. Dr. Spesialis Patologi Anatomi	2	1	1	2
	<b>Pelayanan medik Spesialis Lain</b>	<b>8</b>			
	1. Dr. Spesialis Mata	1	1	1	1

2. Dr. Spesialis Telinga Hidung Tenggorokan	1	2	2	2
3. Dr. Spesialis Syaraf	1	2	2	2
4. Dr. Spesialis jantung & Pembuluh darah	1	1	1	1
5. Dr. Spesialis Kulit dan kelamin	1	1	1	1
6. Dr. Spesialis Kedokteran Jiwa	1	1	1	1
7. Dr. Spesialis Paru	1	1	1	1
8. Dr. Spesialis Orthopedi *)	1	1	1	1
9. Dr. Spesialis Urologi	1	1	1	1
10. Dr. Spesialis Bedah Syaraf	1	0	0	0
11. Dr. Spesialis Bedah Plastik	1	1	1	1
12. Dr. Spesialis Kedokteran Forensik	1	0	0	0
<b>Pelayanan Medik Sub Spesialis</b>	<b>2</b>			
1. Dr. Spesialis Penyakit dalam		0	0	0
2. Dr. Spesialis Anak		0	0	0
3. Dr. Spesialis Bedah		0	0	0
4. Dr. Spesialis Obstetri & Ginekologi		0	0	0
<b>Pelayanan Medik Spesialis Gigi dan Mulut</b>	<b>3</b>			
1. Drg. Spesialis Bedah Mulut	1	1	1	1
2. Drg. Spesialis Konservasi/endodonsi	1	0	0	0
3. Drg. Spesialis Orthodonti	1	0	0	1
<b>TENAGA KEFARMASIAN</b>				
1. Apoteker	13	5	5	5
2. Teknis Kefarmasian	≥ 22	21	21	21
<b>TENAGA KEPERAWATAN</b>	<b>228</b>	<b>240</b>	<b>238</b>	<b>233</b>
<b>TENAGA KESEHATAN LAIN</b>		<b>92</b>	<b>96</b>	<b>91</b>
<b>TENAGA NON KESEHATAN</b>		<b>164</b>	<b>205</b>	<b>211</b>

Untuk memenuhi kriteria Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah sakit, RSUD Kabupaten Kediri masih memerlukan tambahan SDM. Upaya yang telah dilakukan RSUD Kabupaten Kediri adalah melalui rekrutmen tenaga Kontrak, mengusulkan formasi tenaga Dokter spesialisasi melalui rekrutmen PNS Daerah, maupun mengirimkan dokter Umum untuk mengikuti pendidikan spesialisasi.

## **2. Perkembangan Kualifikasi SDM**

Secara umum kualifikasi dokter pada tahun 2014 Jumlah dokter berpendidikan pesialis sebanyak 33 orang, jumlah dokter umum tahun 2014 sebanyak 16 orang dan dokter gigi sebanyak 4 orang. Jumlah tenaga paramedis Keperawatan apabila dikaitkan dengan jumlah tempat tidur, dapat dikatakan sudah memenuhi.

Apabila dikaitkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 20014, serta perkembangan kebutuhan pelayanan Kesehatan dimasa yang akan datang, RSUD Kabupaten Kediri sebagai Rumah sakit Tipe B non pendidikan masih memerlukan tambahan tenaga dokter spesialis maupun sub spesialis sebagaimana dipersyaratkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan dimaksud, demikian juga tenaga Paramedis Keperawatan maupun Non Keperawatan.

## **3. Pengembangan Sumberdaya Manusia**

Dari gambaran kondisi sumber daya manusia tersebut di atas, serta dalam rangka memenuhi tuntutan perkembangan layanan Kesehatan di Rumah sakit, maka program pengembangan sumber daya manusia RSUD Kabupaten Kediri lima tahun ke depan diarahkan pada pemenuhan jumlah dan kualifikasi SDM agar berada pada rasio yang ideal antara tempat tidur tersedia, tuntutan pengembangan pelayanan kesehatan, pertimbangan profesional sebagaimana diatur dalam peraturan menteri kesehatan dimaksud. Selain itu, pemenuhan kebutuhan sumberdaya manusia disesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit dengan tetap memperhatikan penempatan karyawan (dropping) dari Pemkab Kediri.

### **1) Proyeksi Pemenuhan Kebutuhan Dokter Spesialis dan Sub Spesialis**

Jumlah dokter spesialis dalam jumlah yang cukup sangat penting bagi rumah sakit. Keberadaan dokter spesialis

mencerminkan pelayanan maksimal apa yang dapat diberikan Rumah Sakit kepada masyarakat atau pasien. Pelayanan yang maksimal menunjukkan capaian kinerja yang memuaskan bagi rumah sakit itu sendiri.

Jumlah dokter spesialis tahun 2014 sebanyak 33 orang dalam lima tahun kedepan diharapkan akan dapat memenuhi kriteria sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014, baik jumlah maupun spesialisasi dan sub spesialisasi.

Proyeksi pemenuhan kebutuhan dokter Umum dan Dokter spesialis selama lima tahun ke depan atau sampai dengan tahun 2019 telah diupayakan dengan pengajuan formasi seleksi CPNSD, Kontrak serta mengirimkan tenaga dokter umum untuk melanjutkan pendidikan spesialisik, antara lain sebagai berikut :

- a. Dokter Spesialis Bedah Syaraf;
- b. Dokter Spesialis Jantung;
- c. Dokter Spesialis Patologi Klinik;
- d. Dokter Spesialis Penyakit Dalam;
- e. Dokter Spesialis Anak;
- f. Dokter Spesialis Radiologi;
- g. Dokter Gigi Spasialis Konservasi/endodonsi;
- h. Dokter Kedokteran Kehakiman;
- i. Dokter sub Spesialis Obgyn;
- j. Dokter sub Spesialis Bedah.

Tenaga Dokter Umum di RSUD Kabupaten Kediri yang saat ini sedang menempuh pendidikan Spesialistik sebanyak 5 orang, dengan rincian :

- a. PPDS Anak : 2 orang
- b. PPDS Patologi klinik : 1 orang
- c. PPDS Obsgyn : 1 orang
- d. PPDS Orthopedi : 1 orang
- e. PPDS Jantung : 1 orang

## 2) Program Pengembangan

Program pengembangan SDM pada RSUD Kabupaten Kediri dijabarkan sebagai berikut:

- a. Upaya pengadaan SDM sesuai dengan tuntutan Klasifikasi Rumah sakit Klas B, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah sakit, pasal 32 dan analisa beban kerja. Kebutuhan dokter baik umum maupun spesialis dikembangkan melalui rekrutmen CPNS maupun Kontrak tenaga dokter yang memiliki kualifikasi akhlak atau moral yang tinggi, Tes Potensi Akademik (TPA) minimal 500, serta kemampuan Bahasa Inggris aktif dan pasif.
- b. Melakukan kerjasama dengan perguruan tinggi terpercaya dalam rangka memenuhi tenaga medis dan paramedis sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
- c. Mengembangkan tenaga dokter yang potensial ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi.
- d. Merintis kegiatan-kegiatan yang mengarah kepada pengembangan kemampuan SDM baik tenaga medis, paramedis maupun administrasi melalui kegiatan ilmiah, diskusi panel, seminar, simposium, lokakarya, penulisan buku, studi banding, dan lainnya.
- e. Meningkatkan standar pendidikan tenaga administratif yang potensial, terutama ke jenjang Diploma III dan S1.

## 3) Pola Rekrutmen

Dokter dan tenaga administrasi RSUD Pare dapat terdiri dari Pegawai Negeri Sipil maupun tenaga profesional non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.

Pola rekrutmen SDM baik tenaga medis, paramedis maupun non medis pada RSUD adalah sebagai berikut:

(1) SDM yang Berasal dari Pegawai Negeri Sipil (PNS)

Pola rekrutmen SDM yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil (PNS) di lingkungan RSUD dilaksanakan berdasarkan Petunjuk Teknis Pengadaan Calon Pegawai Negeri Sipil di Lingkungan Pemkab Kediri, dengan tahapan sebagai berikut:

- a. Persiapan Pengadaan Calon PNS;
- b. Pendaftaran;
- c. Pelaksanaan Ujian;
- d. Penentuan kelulusan;
- e. Pengangkatan;
- f. Pengendalian dan Pengawasan;
- g. Ketentuan Lain.

Pola rekrutmen pegawai PNS dilaksanakan dengan mekanisme peraturan perundang-undangan kepegawaian.

(2) SDM yang Berasal dari Tenaga Profesional Non-PNS

Pola rekrutmen SDM yang berasal dari tenaga profesional non-PNS dilaksanakan sebagai berikut:

- a. Rekrutmen SDM dimaksudkan untuk mengisi formasi yang lowong atau adanya perluasan organisasi dan perubahan pada bidang-bidang yang sangat mendesak yang proses pengadaannya tidak dapat dipenuhi oleh Pemerintah Daerah.
- b. Rekrutmen SDM dilakukan berdasarkan prinsip netral, objektif, akuntabel, bebas dari KKN, serta terbuka dengan ketentuan:
  - a) Setiap Warga Negara Indonesia yang memenuhi syarat dapat mengikuti seleksi tanpa membedakan jenis kelamin, suku, agama, ras, golongan, atau daerah.



- b) Pengumuman rekrutmen SDM diumumkan secara luas dengan menggunakan media yang tersedia oleh Panitia Rekrutmen yang ditunjuk oleh Pimpinan Rumah Sakit dengan memuat persyaratan pelamar, jenis ketenagaan, kualifikasi pendidikan, jumlah lowongan jabatan, tujuan lamaran, waktu pendaftaran, dan tempat pendaftaran.
  - c) Seleksi dilakukan secara objektif, terbuka dan adil.
  - d) Hasil ujian diolah dengan komputer.
  - e) Dapat pula pengajuan secara lingsung oleh pelamar yang mengetahui formasi berdasarkan lembaga Pendidikan yang bekerja sama dengan RSUD
- d. Proses pengangkatan SDM berpegang teguh pada prinsip kebenaran, tata aturan, objektif, transparan, dan rasional agar terjaring SDM yang beriman, bertaqwa, berakhlak mulia, taat beribadah, berwawasan luas, andal, dan profesional.

Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dan pegawai BLUD yang berasal dari tenaga profesional Non PNS, diatur lebih lanjut dengan keputusan kepala daerah.

#### **4. Standar Kompetensi**

Pengangkatan pegawai ke dalam suatu jabatan struktural Kesehatan dilakukan setelah memenuhi persyaratan kualifikasi serta standar kompetensi jabatan yang akan dipangkunya. Persyaratan kualifikasi dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, sedangkan standar kompetensi meliputi kompetensi dasar, kompetensi bidang dan kompetensi khusus. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971/MENKES/PER/XI/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan, Kompetensi dasar meliputi :

- a. Integritas;
- b. Kepemimpinan;
- c. Perencanaan;
- d. Penganggaran;
- e. Pengorganisasian;
- f. Kerjasama dan Fleksibel.

Sedangkan Kompetensi Bidang meliputi:

- a. Orientasi pada pelayanan;
- b. Orientasi pada kualitas;
- c. berfikir analitis;
- d. berfikir konseptual;
- e. keahlian tehnikal;
- f. manajerial dan profesional serta;
- g. inovasi.

Kompetensi Khusus meliputi:

- a. Pendidikan;
- b. Pelatihan; dan/atau
- c. pengalaman jabatan.

**1) Dewan Pengawas:**

- a. beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
- b. sehat jasmani dan rohani yang dibuktikan dengan surat keterangan sehat dari dokter independen;
- c. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- d. mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dengan seksama;

- e. cakap melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap kegiatan Rumah Sakit serta memberikan saran kepada pengelola dan pemilik secara adil, jujur dan bertanggung jawab;
- f. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota Direksi atau Komisaris atau Dewan Pengawas pada Badan Usaha yang dinyatakan bersaiah sehingga menyebabkan badan usaha tersebut pailit, atau orang yang tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara.

**2) Direktur :**

- a. beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
- b. seorang tenaga medis (dokter) yang mempunyai kemampuan dan keahlian dibidang perumahsakitan;
- c. telah mengikuti pelatihan perumahsakitan;
- d. sehat jasmani dan rohani yang dibuktikan dengan surat keterangan sehat dari dokter independen;
- e. mampu memimpin, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi kegiatan Rumah Sakit dengan seksama;
- f. mampu melakukan pengendalian terhadap tugas dan kegiatan Rumah Sakit sedemikian rupa sehingga dapat berjalan secara lancar dan berkelanjutan;
- g. cakap menyusun kebijakan strategis Rumah Sakit dalam meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
- h. bersedia dicalonkan dan mencalonkan diri menjadi Direktur secara tertulis;
- i. memiliki visi, misi, dan program yang jelas dan dapat diterapkan, diantaranya meliputi:
  - a) Peningkatan kreativitas, prestasi, dan akhlak mulia insan Rumah Sakit;

## **6) Satuan Pengawasan Intern (SPI)**

- a. memiliki pendidikan dan pengetahuan yang memadai di bidang akuntansi, keuangan, manajemen dan atau teknik operasional di bidang kegiatan Rumah Sakit;
- b. memiliki pengetahuan dan pengalaman di bidang audit;
- c. memiliki pengetahuan dan pengalaman di bidang kegiatan Rumah Sakit agar dapat mendukung kelancaran pelaksanaan tugas;
- d. secara terus-menerus mengembangkan pengetahuan dan keahlian dalam rangka menjamin kualitas hasil audit dan rekomendasi.

## **5. Penempatan Pegawai dan Pemutusan Hubungan Kerja (PHK)**

Penempatan pegawai pada unit kerja/ pelayanan disesuaikan dengan kompetensi pegawai dan analisa beban kerja pada masing-masing unit kerja/ pelayanan.

Pemutusan Hubungan Kerja (PHK) ditetapkan dengan melalui prosedur berikut.

- 1) Pemutusan hubungan kerja untuk pegawai PNS dilaksanakan dengan berdasarkan peraturan perundang-undangan kepegawaian.
- 2) Pemutusan hubungan kerja untuk pegawai non PNS dilaksanakan dengan berdasarkan Keputusan Direktur tentang Pengelolaan Pegawai Non PNS.

## **6. Jenjang Karir Pegawai**

Jenjang karir pegawai PNS ditentukan dengan usulan/ pengajuan oleh RSUD ke Pemkab Kediri dengan pertimbangan kriteria pegawai sebagai berikut :

- 1) Kinerja pegawai yang bersangkutan
- 2) Masa kerja pegawai

### 3) Latar belakang pendidikan pegawai

Aturan lebih lanjut tentang karir pegawai PNS merujuk pada ketentuan peraturan perundang-undangan kepegawaian.

## 7. Remunerasi

Pejabat pengelola BLUD, dewan pengawas, sekretaris dewan pengawas dan pegawai BLUD dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggungjawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan. Remunerasi merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/ atau pensiun.

Klasifikasi remunerasi atas jenis pegawai, yaitu struktural, pegawai medis, pegawai non medis dan Dewan Pengawas.

Metode penghitungan indeks remunerasi ditentukan dengan pertimbangan :

- a. Pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
- b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
- c. resiko kerja (*risk index*);
- d. tingkat kegawat daruratan (*emergency index*);
- e. jabatan yang disandang (*position index*);
- f. hasil/ capaian kinerja (*performance index*);
- g. kinerja pegawai yang bersifat variabel dengan pertimbangan beban kerja;
- i. latar belakang pendidikan pegawai;
- j. absensi/ kehadiran pegawai.

Rumah Sakit bertekad mewujudkan tata kelola yang baik melalui penerapan prinsip-prinsip transparansi, kemandirian, akuntabilitas, pertanggungjawaban dan kewajaran untuk meningkatkan keberhasilan usaha dan akuntabilitas Rumah Sakit dengan tujuan untuk mewujudkan kesejahteraan *stakeholders* secara berkesinambungan.

### 1. Transparansi

Rumah sakit telah berupaya menerapkan prinsip-prinsip transparansi dalam penyelenggaraan kegiatan pelayanan kesehatan dengan menerapkan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi yang terkait dengan penyelenggaraan kegiatan rumah sakit dapat diterima secara langsung bagi pihak-pihak yang membutuhkan. Transparansi penyelenggaraan kegiatan pelayanan kesehatan merupakan pelaksanaan tugas dan kegiatan yang bersifat terbuka bagi masyarakat dari proses kebijakan, perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan/ pengendaliannya, serta mudah diakses oleh semua pihak yang membutuhkan informasi, terutama meliputi kegiatan pelayanan publik yang terkait dengan:

- Manajemen dan penyelenggaraan pelayanan publik;
- Prosedur pelayanan;
- Persyaratan teknis dan administratif pelayanan;
- Rincian biaya pelayanan;
- Waktu penyelesaian pelayanan;
- Pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab;
- Lokasi pelayanan;
- Janji pelayanan;
- Informasi pelayanan.

Dalam membangun prinsip-prinsip transparansi tersebut di atas, upaya-upaya yang telah dilakukan oleh rumah sakit adalah dengan menetapkan dan melaksanakan kebijakan standar pelayanan publik. Standar pelayanan publik (*citizen charter*) merupakan media informasi yang dikeluarkan RS sebagai sarana penyelenggaraan administrasi publik bagi pihak penerima layanan. Sehingga penerima layanan mendapat kejelasan prosedur, tarif dan tahap-tahap layanan yang akan dilalui melalui alat bantu media gambar arus/*flow chart* layanan.

## **2. Akuntabilitas**

Pengertian akuntabilitas yaitu kejelasan fungsi, pelaksanaan dan pertanggungjawaban organ sehingga pengelolaan RSU terlaksana secara efektif. Akuntabilitas mencerminkan aplikasi mekanisme sistem *internal checks and balance* yang mencakup praktik-praktik yang sehat. Pejabat Pengelola bertanggung jawab dalam kegiatan operasional sehari-hari dan Dewan Pengawas mewakili pemilik (owner) dalam pelaksanaan pengawasan atas jalannya RSUD.

Akuntabilitas di lingkungan rumah sakit pada dasarnya merupakan pertanggungjawaban pengelolaan sumberdaya serta pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan kepada rumah sakit dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara periodik sesuai dengan visi dan misi rumah sakit. Akuntabilitas mencakup mekanisme/ prosedur pencapaian tujuan yang di dalamnya mengandung kebijakan-kebijakan mulai dari perencanaan sampai dengan pertanggungjawaban. Pelaksanaan akuntabilitas di rumah sakit dengan pola pengelolaan keuangan PPK BLUD dapat dijabarkan dalam berbagai kebijakan yang berkaitan dengan dasar hukum sampai dengan penatausahaan keuangannya.

Perencanaan tahunan RSUD diwujudkan dengan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) yang didasari dengan rencana target kinerja, baik kinerja keuangan maupun kinerja layanan.

Parameter kinerja keuangan meliputi :

- a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
- b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
- c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas);
- d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran (cost recovery).

Sedangkan parameter kinerja layanan diuraikan dalam tingkat capaian mutu standar *output/ out come* pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) per jenis layanan.

Setiap tahun RSUD menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) berdasar SK LAN/ 239/ 2003 tentang Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

Faktor-faktor yang mempengaruhi prinsip akuntabilitas :

- 1) Struktur organisasi, dengan uraian tanggung jawab dan wewenang yang jelas;
- 2) Sistem *internal control*;
- 3) Sistem administrasi dan akuntansi;
- 4) Sistem evaluasi/ monitoring;
- 5) Sistem *reward and punishment* (imbalan dan hukuman);
- 6) Budaya demokrasi, adanya kesempatan berpendapat atau mengkritisi;
- 7) Tingkat moral individu dan lingkungan.

### **3. *Responsibilitas* (Pertanggungjawaban)**

Yaitu kesesuaian di dalam pengelolaan RSU terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku dan prinsip-prinsip korporasi yang sehat.



RSUD memenuhi dan mematuhi hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku, termasuk di dalamnya pemeliharaan lingkungan hidup, pemenuhan hak-hak pasien, keselamatan dan kesehatan kerja, dan penghindaran dari praktik bisnis yang tidak sehat. RSUD tidak hanya bertanggung jawab terhadap mereka yang berhubungan secara langsung dengan RSUD, tetapi juga pihak-pihak yang tidak berhubungan secara langsung dengan RSUD.

Rumah sakit harus mematuhi peraturan perundang-undangan serta melaksanakan tanggung jawab terhadap masyarakat dan lingkungan sehingga dapat terpelihara kesinambungan usaha dalam jangka panjang dan mendapat pengakuan sebagai *good corporate citizen*. Sebagai misal dalam melaksanakan tanggung jawab rumah sakit dengan pihak lingkungan dapat dijabarkan dalam berbagai kebijakan sebagai berikut:

- Pengolahan limbah rumah sakit dengan pola/ instalasi pengilahan air limbah (IPAL). Jadi air limbah yang dialirkan ke sungai telah dalam kualitas ramah lingkungan;
- Pembakaran sampah medis dengan mesin pembakar (incenerator) .

#### **4. Independensi**

Suatu keadaan dimana RSUD dikelola secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh/ tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan prinsip-prinsip korporasi yang sehat.

Pejabat Pengelola dalam menjalankan tugas-tugas kepengurusan RSUD dan Dinas Pengawas dalam melaksanakan peran pengawasan atas jalannya RSUD bebas dari tekanan ataupun intervensi dari pihak luar, termasuk Pemerintah sebagai *regulator*.

Untuk melancarkan pelaksanaan asas GCG, rumah sakit harus dikelola secara independen sehingga masing-masing organ

perusahaan tidak saling mendominasi dan tidak dapat diintervensi oleh pihak lain.

Pelaksanaan prinsip independensi rumah sakit tergantung faktor-faktor yang mempengaruhi penerapannya, yaitu :

1) Komitmen Direksi dan Dewan Pengawas.

Baik Direksi dan Dewan Pengawas harus mempunyai komitmen kuat untuk bertindak secara independen, bebas tanpa pengaruh dan tekanan dari pihak manapun.

2) Benturan Kepentingan (Conflict of Interest)

Adanya benturan kepentingan antara Direksi dan Dewan Pengawas akan menjadikan masing-masing pihak tidak independen antara pihak satu dengan pihak lainnya.

### 5. *Fairness* (Kewajaran)

Kewajaran merupakan keadilan dan kesetaraan (equal) di dalam memenuhi hak-hak *stakeholder* yang timbul berdasarkan perjanjian dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Hak-hak *stakeholders*, yang mencakup masyarakat sekitar tempat usaha RSU, karyawan, pelanggan, pemasok, kreditur dan *stakeholders* lainnya, dilindungi dan diberikan perangkat yang layak untuk menuntut jika terjadi pelanggaran terhadap hak mereka.

Factor-faktor yang mempengaruhi penerapan prinsip *fairness* adalah:

- 1) adanya kejelasan batas-batas antara hak, tanggungjawab dan wewenang yang dapat diterima oleh semua pihak terkait;
- 2) adanya aturan yang mengakomodasi prinsip-prinsip kewajaran;
- 3) adanya mekanisme pemberian kompensasi atas tidak dipenuhinya pelaksanaan prinsip ini;
- 4) adanya hak mendapatkan informasi yang relevan bagi *stakeholders*;
- 5) adanya jaminan kepada *stakeholders* untuk memberikan pendapatnya.

1. Hal-hal lain yang tidak dimuat dalam pedoman ini tetap mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Seluruh kebijakan rumah sakit harus berpedoman pada Peraturan Internal Rumah Sakit ini. Kebijakan rumah sakit yang ditetapkan sebelum berlakunya Peraturan Internal ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit.
3. Peraturan Internal Rumah Sakit ini ditelaah dan dimutakhirkan secara berkala untuk disesuaikan dengan fungsi, tanggung jawab, dan wewenang organ-organ RSUD serta perubahan lingkungan yang terjadi.
4. Setiap perubahan terhadap Peraturan Internal Rumah Sakit harus disetujui oleh Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas.
5. Peraturan Internal Rumah Sakit ini dinyatakan berlaku efektif sejak ditetapkan oleh Bupati Kediri.

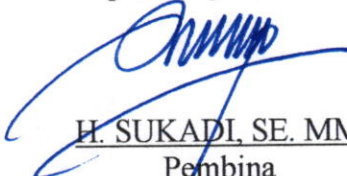
**BUPATI KEDIRI,**

**ttd**

**HARYANTI SUTRISNO**

Salinan sesuai dengan aslinya  
a.n. SEKRETARIS DAERAH  
Asisten Administrasi Umum  
u.b.

Kepala Bagian Hukum



**H. SUKADI, SE. MM**

Pembina

NIP. 196703071990031006