



BUPATI MUARA ENIM

PROVINSI SUMATERA SELATAN

PERATURAN BUPATI MUARA ENIM

NOMOR ~~25~~ TAHUN 2016

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. MOHAMAD RABAIN
KABUPATEN MUARA ENIM

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MUARA ENIM,

- Menimbang : a. bahwa sesuai dengan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, mewajibkan setiap Rumah Sakit menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*);
- b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis maka perlu disusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan Rumah Sakit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Mohamad Rabain Kabupaten Muara Enim.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II dan Kotapraja di Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1821);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
7. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);

10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (*Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502*);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
12. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 92/PMK.05/2011 Rencana Bisnis Dan Anggaran Serta Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum (*Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 363*);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Bisnis Dan Anggaran Badan Layanan Umum Di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medis (*Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 99*);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (*Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360*);
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) di Rumah Sakit;
17. Peraturan Daerah Kabupaten Muara Enim Nomor 22 Tahun 2002 tentang Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Muara Enim (*Lembaran Daerah Kabupaten Muara Enim Tahun 2002 Nomor 37*);
18. Peraturan Daerah Kabupaten Muara Enim Nomor 15 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Satuan Polisi Pamong Praja dan Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Muara Enim (*Lembaran Daerah Kabupaten Muara Enim Tahun 2008 Nomor 15*) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Muara Enim Nomor 5 Tahun 2013 tentang perubahan atas Peraturan Daerah Kabupaten Muara Enim Nomor 15 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Satuan Polisi Pamong Praja dan Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Muara Enim (*Lembaran Daerah Kabupaten Muara Enim*

Tahun 2013 Nomor 5) ;

19. Peraturan Bupati Muara Enim Nomor 16 Tahun 2009 tentang Pedoman Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Mohamad Rabain Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Secara Penuh sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Muara Enim Nomor 6 Tahun 2016 tentang perubahan atas Peraturan Bupati Muara Enim Nomor 16 Tahun 2009 tentang Pedoman Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Mohamad Rabain Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Secara Penuh.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. MOHAMAD RABAIN KABUPATEN MUARA ENIM

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Kabupaten adalah Kabupaten Muara Enim;
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Muara Enim;
3. Bupati adalah Bupati Muara Enim;
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Mohamad Rabain;
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Mohamad Rabain;
6. Direksi adalah Pejabat Pengelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Mohamad Rabain yang terdiri dari Direktur dan Kepala Bagian atau Kepala Bidang;
7. Peraturan internal Rumah Sakit (*Hospital bylaws*) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (*corporate bylaws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff bylaw*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);

8. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah aturan yang mengatur hubungan Pemilik, Pengelola, dan Staf Medis di Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas;
9. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di Rumah Sakit;
10. Pemilik adalah pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Mohamad Rabain yaitu Pemerintah Kabupaten;
11. Pengelola adalah Direktur, Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Bidang Keperawatan, dan Kepala Bidang Mutu Pelayanan;
12. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis di Rumah Sakit;
13. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah instansi di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas;
14. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya;
15. Dewan Pengawas adalah wadah non struktural yang bersifat independen dan bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit;
16. Satuan Pengawas Internal adalah satuan kerja fungsional yang melaksanakan tugas menganalisa sistem organisasi dan melakukan audit kinerja internal Rumah Sakit baik audit keuangan, audit pelayanan dan audit manfaat bagi masyarakat;
17. Komite Medik adalah wadah non struktural yang melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) guna menjaga profesionalisme melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;
18. Komite Keperawatan adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi keperawatan;

19. Komite Etik dan Hukum merupakan wadah non struktural yang berfungsi memberikan pertimbangan dan saran serta penyelesaian masalah yang terkait dengan aspek etika dan aspek hukum Rumah Sakit;
20. Standar Pelayanan Minimal adalah Spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Kepada Masyarakat
21. Staf Medik Fungsional adalah kelompok profesi medik yang terdiri dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang melakukan tugas profesi sesuai kewenangannya di instalasi dalam jabatan fungsional;
22. Staf Keperawatan Fungsional adalah kelompok profesi keperawatan yang melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan keperawatan di instalasi dalam jabatan fungsional;
23. Kelompok staf medis (KSM) adalah sekumpulan staf medis dengan spesialisasi dan / atau keahlian yang sejenis, atau hampir sejenis.
24. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
25. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
26. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
27. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
28. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
29. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
30. Rapat rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadual yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
31. Rapat tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun.
32. Rapat khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas diluar jadual rapat rutin untuk mengambil putusan hal-hal yang dianggap khusus.

Pasal 2

- (1) Tujuan umum ditetapkan sebagai peraturan ini sebagai tatanan dasar yang mengatur hubungan antara Pemilik, Pengelola, Komite, Satuan Pengawas Internal dan Staf Medis sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas;
- (2) Tujuan khusus ditetapkan sebagai:
 - a. pedoman dalam hubungannya dengan Pemilik, Pengelola dan Staf Medis;
 - b. pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan; dan
 - c. pedoman dalam pengaturan hubungan antara Pengelola dengan Staf Medis.

Pasal 3

Manfaat ditetapkan sebagai peraturan ini sebagai:

- a. acuan bagi Pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit;
- b. acuan bagi Pengelola dalam pengelolaan Rumah Sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis manajerial atau operasional;
- c. sarana untuk menjamin efektivitas, efisiensi dan mutu Rumah Sakit;
- d. sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan Rumah Sakit; dan
- e. acuan dalam penyelesaian konflik di Rumah Sakit antara Pemilik, Pengelola dan Staf Medis.

BAB II

PERATURAN INTERNAL KORPORASI (*CORPORATE BYLAWS*)

Bagian Kesatu

Identitas

Paragraf 1

Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 4

- (1) Nama Rumah Sakit adalah "Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Mohamad Rabain".
- (2) Rumah Sakit berkedudukan di Jalan Sultan Mahmud Badarudin II Nomor 49 Kelurahan Pasar II Kecamatan Muara Enim Kabupaten Muara Enim Provinsi Sumatera Selatan.
- (3) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Rumah Sakit Umum Kelas C yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

- (4) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Secara Penuh.

Paragraf 2

Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 5

Rumah Sakit mempunyai tugas:

- a. melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan rujukan;
- b. melaksanakan pelayanan Rumah Sakit yang bermutu sesuai standar pelayanan Rumah Sakit.

Pasal 6

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5, Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai:

- a. penyelenggara pelayanan medik;
- b. penyelenggara pelayanan penunjang medik dan non medik;
- c. penyelenggara pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
- d. penyelenggara pelayanan rujukan;
- e. penyelenggara pendidikan, pelatihan, penelitian, pengembangan; dan
- f. penyelenggara administrasi umum dan keuangan.

Bagian Kedua

Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Nilai, Motto, dan Logo Rumah Sakit

Paragraf 1

Visi dan Misi

Pasal 7

- (1) Visi Rumah Sakit yaitu "Menjadi Rumah Sakit Umum yang Mandiri dengan Pelayanan Prima".
- (2) Penjelasan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. masyarakat terlayani dengan baik sesuai standar akreditasi nasional, menjunjung nilai-nilai etika medis dan hak azazi manusia, dan tidak membedakan kualitas pelayanan berdasarkan status sosial;
 - b. Rumah Sakit lebih profesional dalam menyelenggarakan pelayanan dengan konsep bisnis yang sehat, sehingga pengelolaan sumberdaya, keuangan dan kerjasama dapat lebih mandiri.

Pasal 8

- (1) Untuk melaksanakan Visi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 perlu menetapkan Misi Rumah Sakit, yaitu:
 - a. mewujudkan sumber daya manusia yang profesional;
 - b. mengembangkan kerjasama kemitraan dengan Pihak Ketiga; dan
 - c. mewujudkan pelayanan kesehatan sesuai standar mutu, berorientasi ke pelanggan dan berwawasan lingkungan.
- (2) Penjelasan masing-masing misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
 - a. mewujudkan sumber daya manusia yang profesional; merupakan wujud dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai standar mutu, maka diperlukan tenaga pemberi pelayanan dan pengelola Rumah Sakit harus mampu bekerja sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya dengan melakukan koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dalam pemberian pelayanan, serta peka terhadap perubahan dan tuntutan perkembangan dalam pelayanan medis, non medis, dan keperawatan, serta manajemen Rumah Sakit.
 - b. mengembangkan kerjasama kemitraan dengan Pihak Ketiga; merupakan upaya secara aktif dalam mengembangkan pasar *cutting market* serta selalu membina kerjasama dengan perguruan tinggi (Fakultas Kedokteran atau institusi pendidikan kesehatan) dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan maupun pendapatan keuangan. Juga bekerjasama pada lembaga-lembaga non pemerintahan yang bergerak dalam bidang *hospital capacity bulding*.
 - c. mewujudkan pelayanan kesehatan sesuai standar mutu, berorientasi ke pelanggan dan berwawasan lingkungan; dimaknai bahwa setiap pemberian pelayanan harus berorientasi pada standar pelayanan kesehatan terkini. Pelanggan tidak hanya dijadikan obyek akan tetapi menjadi subyek dalam pengembangan pelayanan kesehatan sehingga akan membentuk *image* pada Rumah Sakit. Sedangkan berwawasan lingkungan dimaknai setiap pembangunan, pengembangan dan pemberian pelayanan kesehatan di Rumah Sakit harus selalu memperhatikan lingkungan, sehingga tidak menimbulkan dampak negatif pada lingkungan disekitar Rumah Sakit.

Paragraf 2

Tujuan dan Sasaran Strategis Rumah Sakit

Pasal 9

Berdasarkan visi dan misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 dan Pasal 8, dirumuskan tujuan strategis Rumah Sakit, yaitu:

- a. meningkatnya kualitas fungsi manajemen dalam pengelolaan Rumah Sakit;
- b. meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan yang sesuai standar mutu;

- c. Meningkatnya loyalitas dan kepuasan pelanggan serta terpenuhinya standar lingkungan Rumah Sakit.

Pasal 10

Berdasarkan tujuan strategis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9, dirumuskan sasaran strategis Rumah Sakit adalah :

- a. meningkatkan kualitas fungsi manajemen dalam pengelolaan Rumah Sakit.
- 1) kelengkapan Laporan Akuntabilitas;
 - 2) karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam / tahun;
 - 3) cost recovery;
 - 4) ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan; dan
 - 5) ketepatan waktu pemberian imbalan.
- b. meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang sesuai standar mutu.
- 1) kemampuan menangani *live saving* di gawat darurat;
 - 2) waktu tunggu di setiap unit pelayanan;
 - 3) kepuasan pelanggan disetiap unit pelayanan;
 - 4) ketepatan waktu pemberian makanan pasien.
- c. meningkatkan loyalitas dan kepuasan pelanggan serta terpenuhinya standar lingkungan Rumah Sakit.
- 1) pelayanan pasien miskin pada setiap unit pelayanan;
 - 2) tercapainya baku mutu limbah cair; dan
 - 3) pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan.

Paragraf 3

Nilai, Motto dan Logo Rumah Sakit

Pasal 11

Nilai-nilai Rumah Sakit adalah profesional dalam memberikan pelayanan, jujur dalam bersikap dan bertindak, ikhlas dan santun dalam memberikan pelayanan.

Pasal 12

Motto Rumah Sakit adalah "Melayani Dengan Ikhlas".

Pasal 13

Logo Rumah Sakit adalah logo Pemerintah Kabupaten yaitu:



Bagian Ketiga
Pemilik

Pasal 14

- (1) Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Kabupaten.
- (2) Kewenangan Pemilik terhadap Rumah Sakit sebagai berikut:
 - a. menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola, *Hospital Bylaws*, Standar Pelayanan Minimal, Pengelolaan Keuangan, Tarif Pelayanan, Jasa Pelayanan, Pengelolaan SDM Rumah Sakit;
 - b. mengangkat dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;
 - c. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
 - d. mengesahkan Rencana Strategis Bisnis dan Rencana Bisnis dan Anggaran melalui Dewan Pengawas; dan
 - e. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

Bagian Keempat
Dewan Pengawas

Paragraf 1
Pembentukan

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit kerja non struktural yang bersifat independen, bertanggung jawab kepada Pemilik.
- (2) Dewan Pengawas di bentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Paragraf 2

Fungsi, tugas dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 17

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16, Dewan Pengawas bertugas:

- a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. mengawasi kepatuhan dalam pengelolaan keuangan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Pemilik paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun dan sewaktu-waktu atas permintaan Pemilik.

Pasal 18

Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

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

Paragraf 3

Sekretariat Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Paragraf 4

Rapat-Rapat Dewan Pengawas

Pasal 20

- (1) Dewan Pengawas melaksanakan rapat rutin paling sedikit 3 (tiga) bulan sekali, yang waktu dan tempatnya ditetapkan oleh Ketua Dewan Pengawas.
- (2) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Setiap undangan rapat yang disampaikan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), harus melampirkan salinan:
 - a. agenda rapat;
 - b. risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. risalah rapat khusus yang lalu.

Pasal 21

- (1) Ketua Dewan Pengawas mengundang rapat khusus Dewan Pengawas dalam hal:
 - a. kepentingan Dewan Pengawas; atau
 - b. permintaan Direktur.
- (2) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada peserta rapat paling lambat dua puluh empat jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 22

- (1) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam satu tahun kalender.
- (2) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.
- (3) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan tertulis kepada para anggota Dewan Pengawas dan undangan lain paling sedikit empat belas hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 23

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

Pasal 24

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

Pasal 25

Dalam hal ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka dalam hal kuorum telah tercapai, anggota dewan pengawas memilih pejabat ketua untuk memimpin rapat.

Pasal 26

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

Pasal 27

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

Pasal 28

- (1) Pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara dengan tata cara sebagai berikut:
 - a. setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan, atau bila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
 - b. putusan rapat didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
 - c. dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka ketua berwenang memutuskan;
 - d. suara yang diperhitungkan hanyalah berasal dari anggota Dewan Pengawas yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 29

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana yang ditentukan dalam Peraturan ini.

- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi.

Paragraf 5
Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 30

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

Paragraf 6
Persyaratan Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 31

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

- a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakitan, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
- d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
- e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
- f. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Pemilik.

Paragraf 7
Pengakhiran dan Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas

Pasal 32

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

Pasal 33

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 dan Pasal 31.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Bagian Kelima
Pengelola Rumah Sakit

Paragraf 1
Pejabat Pengelola

Pasal 34

Pengelola adalah pimpinan Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit sebagai Badan Layanan Umum Daerah yang terdiri dari Pemimpin, Pejabat Keuangan, dan Pejabat teknis.

Pasal 35

Pemimpin adalah Direktur yang bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan.

Pasal 36

- (1) Pejabat Keuangan adalah Kepala Bagian Tata Usaha yang bertanggung jawab kepada Pimpinan menyangkut pengelolaan keuangan, administrasi kepegawaian, tata naskah dinas dan rumah tangga Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Pejabat Keuangan dibantu oleh Kepala Sub Bagian.

Pasal 37

- (1) Pejabat Teknis adalah Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Bidang Keperawatan, dan Kepala Bidang Mutu Pelayanan yang bertanggung jawab kepada Pimpinan atas semua kegiatan pelayanan kesehatan, meliputi pelayanan medis, penunjang medis, keperawatan, mutu, standarisasi, administrasi, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Pejabat Teknis dibantu oleh Kepala Seksi.

Pasal 38

- (1) Komposisi Pengelola dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati.

Pasal 39

- (1) Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Pengangkatan dan penempatan Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (3) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh Pengelola, berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
- (4) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Paragraf 2

Persyaratan Jabatan

Pasal 40

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Pengelola adalah:

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakit;

- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengelola dan mengembangkan Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil yang bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan Rumah Sakit;
- e. saat diusulkan berpangkat minimal sesuai eselonering jabatan yang diusulkan;
- f. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pencapaian visi dan misi Rumah Sakit; dan
- g. bersedia menandatangani fakta integritas.

Paragraf 3

Kewajiban dan Tanggungjawab Direktur

Pasal 41

Direktur mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit sesuai visi, misi dan tujuan organisasi dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. menyusun Rencana Strategis Bisnis dan Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit;
- c. mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis sesuai ketentuan;
- d. menetapkan pejabat lainya sesuai kebutuhan Rumah Sakit selain pejabat yang ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan;
- e. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta kinerja keuangan Rumah Sakit;
- f. memelihara, mengelola dan meningkatkan sumber daya Rumah Sakit;
- g. mewakili Rumah Sakit di dalam dan di luar pengadilan;
- h. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha sebagaimana yang telah digariskan;
- i. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
- j. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai aturan perundang-undangan;
- k. menetapkan struktur organisasi dan tata kerja Rumah Sakit, lengkap dengan rincian tugasnya setelah mendapat persetujuan dari Bupati;
- l. mengangkat dan memberhentikan pegawai Rumah Sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;

- m. memutuskan dan menetapkan peraturan-peraturan Rumah Sakit guna melaksanakan ketentuan-ketentuan dalam peraturan internal dasar maupun peraturan perundang-undangan;
- n. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
- o. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
- p. mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan; dan
- q. meminta pertanggung-jawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat Rumah Sakit.

Pasal 42

Tanggung jawab Direktur mengenai hal-hal berikut ini:

- a. ketepatan kebijaksanaan berbasis visi dan misi Rumah Sakit;
- b. kelancaran, efektifitas dan efisiensi seluruh kegiatan Rumah Sakit;
- c. kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya.

Pasal 43

Tugas pokok dan fungsi Pejabat Pengelola ditetapkan oleh Bupati dan dirinci dalam suatu uraian tugas pokok dan fungsi sesuai ketentuan yang berlaku.

Pasal 44

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

Pasal 45

- (1) Apabila salah satu atau beberapa Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis berhalangan dalam menjalankan tugasnya maka kekosongan jabatan tersebut diangkat sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

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

Pasal 46

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

Bagian Keenam

Organisasi Pelaksana

Paragraf 1

Instalasi

Pasal 47

- (1) Guna melaksanakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
- (5) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.

Pasal 48

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

Pasal 49

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya kepada direktur.

Paragraf 2

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 50

- (1) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok jabatan fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketujuh

Organisasi Pendukung

Paragraf 1

Satuan Pengawas Internal

Pasal 51

- (1) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pengawas Internal bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal harus memenuhi persyaratan:
 - a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahnya, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. tidak pernah mendapat hukuman disiplin dari atasan atau pejabat berwenang;
 - c. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggara Rumah Sakit; dan
 - d. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Direktur.

- (4) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
- a. tidak melaksanakan tugas dengan baik; atau
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan; atau
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; atau
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap;
 - f. terkena tindakan disiplin berat dari atasan atau pejabat berwenang;
 - g. adanya kebijakan dari Pemilik atau Direktur.

Pasal 52

- (1) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pengawas Internal adalah :
- a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi Rumah Sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
 - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan Rumah Sakit;
 - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :
 - 1) informasi penting Rumah Sakit terjamin keamanannya;
 - 2) fungsi sekretariat Rumah Sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif;
 - 3) penyajian laporan-laporan Rumah Sakit memenuhi peraturan perundang-undangan;
 - d. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Satuan Pengawas Internal berfungsi sebagai unit monitoring yang bersifat independen untuk:
- a. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
 - b. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal;
 - c. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan Rumah Sakit;
- (3) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.

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

Paragraf 2
Komite Medik

Pasal 53

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

Pasal 54

- (1) Personalia komite medik dapat untuk memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan komite medik didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan.

Paragraf 3
Komite Keperawatan

Pasal 55

- (1) Guna membantu Direktur dalam menyusun Standar Asuhan Keperawatan dan memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan (*previlege*) perawat dan bidan, mengembangkan pelayanan keperawatan, program pendidikan, pelatihan dan penelitian serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan, maka dibentuk Komite Keperawatan.
- (2) Susunan organisasi komite keperawatan terdiri dari ketua, sekretaris, dan Sub Komite;
- (3) Ketua, sekretaris dan ketua subkomite ditetapkan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun, dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku serta masukan dari staf keperawatan Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris komite dan ketua subkomite keperawatan ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua komite keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan Rumah Sakit.
- (5) Anggota komite keperawatan terbagi ke dalam subkomite, yang terdiri dari:
- a. Sub komite kredensial; yang bertugas menapis profesionalisme staf keperawatan;
 - b. Sub komite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf keperawatan; dan
 - c. Sub komite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf keperawatan.

Pasal 56

- (1) Komite keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), komite keperawatan mempunyai fungsi :
 - a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
 - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
 - c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;
 - d. penggalan inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
 - e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki; dan
 - f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

Pasal 57

Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56, komite keperawatan mempunyai kewenangan:

- a. membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (Panitia *Adhoc*) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan;
- b. mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
- c. mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- d. membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir;
- e. memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

Pasal 58

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Keperawatan terdiri dari rapat kerja, rapat rutin, rapat pleno, dan sidang tahunan.
- (3) Rapat Kerja terdiri dari:
 - a. rapat kerja dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat kerja dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite

Keperawatan; sub komite, kasi keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala unit keperawatan; dan

- c. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.

(4) Rapat Rutin terdiri dari:

- a. rapat rutin dilaksanakan dalam 3 (tiga) bulan sekali dan bersifat terbuka;
- b. rapat rutin dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh sekretaris komite keperawatan, sub komite, kasi keperawatan, dan kepala unit keperawatan; dan
- c. agenda rapat rutin adalah membahas masalah- masalah Keperawatan;

(5) Rapat Pleno terdiri dari:

- a. rapat pleno diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
- b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan Kasi Keperawatan;
- c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.

(6) Sidang Tahunan terdiri dari:

- a. sidang tahunan diadakan satu kali dalam setahun;
- b. sidang tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh sekretaris komite keperawatan, sub komite, kasi keperawatan, dan kepala unit keperawatan;
- c. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu; dan
- d. keputusan yang diambil harus disetujui sekurang- kurangnya oleh 2/3 peserta yang hadir.

Pasal 59

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Keperawatan diatur dalam Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff ByLaws*) yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 4

Komite Etik dan Hukum

Pasal 60

- (1) Susunan organisasi Komite Etik dan Hukum terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Seksi-Seksi.

- (2) Ketua, Sekretaris dan Seksi ditetapkan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun, dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku serta masukan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit.
- (3) Anggota Komite Etik dan Hukum terbagi ke dalam Seksi-Seksi, yang terdiri dari:
 - a. Seksi Etik; yang bertugas menjaga etika dan perilaku seluruh pegawai Rumah Sakit;
 - b. Seksi Hukum yang bertugas membantu permasalahan medikolegal di Rumah Sakit;

Pasal 61

Tugas Komite Etik dan Hukum adalah membantu Direktur dalam mensosialisasikan kewajiban, tata aturan etik dan hukum Rumah Sakit kepada semua unsur di Rumah Sakit.

Pasal 62

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud Pasal 61, Komite Etik dan Hukum berfungsi :

- a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi medikoetiko-legal, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;
- b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit;
- c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit;

Pasal 63

Kewajiban Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud Pasal 61 meliputi:

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

Pasal 64

Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 61 dan Pasal 62, Komite Etik dan Hukum mempunyai kewenangan:

- a. mengusulkan rencana kegiatan tahunan dan lima tahunan;
- b. mengusulkan sanksi kepada Direktur terhadap pegawai melakukan pelanggaran etik dan hukum;
- c. mensosialisasikan tata aturan yang berhubungan dengan etik dan hukum yang berlaku di Rumah Sakit kepada pegawai Rumah Sakit;

- d. memberikan pertimbangan hukum kepada Direktur diminta atau tidak guna perbaikan manajemen pelayanan di Rumah Sakit.

Pasal 65

- (1) Komite Etik dan Hukum beserta Pejabat Pengelola melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi etik dan hukum.
- (2) Rapat etik dan hukum terdiri dari rapat kerja, rapat rutin dan rapat khusus.
- (3) Rapat Kerja terdiri dari:
 - a. rapat kerja dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat kerja dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Sub Komite, Pejabat Pengelola, Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan; dan
 - c. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja etik dan hukum untuk masa 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat Rutin terdiri dari:
 - a. rapat rutin dilaksanakan dalam 3 (tiga) bulan sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat rutin dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Sub Komite, Pejabat Pengelola, Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan; dan
 - c. agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah etika dan hukum;
- (5) Rapat pleno terdiri dari:
 - a. rapat pleno diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
 - b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Sub Komite dan Pejabat Pengelola serta Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan terkait; dan
 - c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin pegawai Rumah Sakit Non Medis dan Non Keperawatan.

Pasal 66

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

Paragraf 5

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 67

- (1) Susunan organisasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Seksi-Seksi.

- (2) Keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terbagi kedalam Seksi-Seksi, yaitu seksi penyuluhan kesehatan dan seksi pengendalian dan kridensial.
- (3) Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang pelayanan medis dan keperawatan Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris dan Seksi-Seksi diusulkan oleh Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan oleh Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang pelayanan medis dan keperawatan Rumah Sakit.

Pasal 68

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai tugas pokok membantu Direktur memberikan pertimbangan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai fungsi :
 - a. menyusun, menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi Rumah Sakit;
 - b. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB);
 - c. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
 - d. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi
 - e. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - f. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa Rumah Sakit;
 - g. menerima laporan atas kegiatan dan membuat laporan berkala kepada Direktur;
- (3) Seksi Penyuluhan Kesehatan, mempunyai tugas:
 - a. menyusun rencana kerja tahunan;
 - b. melakukan koordinasi dengan unit lain dalam melakukan tugas guna sinkronisasi;
 - c. melakukan penyuluhan secara rutin dan insidental;
 - d. memberikan saran dan masukan dalam proses pelayanan;
 - e. membuat laporan kegiatan secara rutin dan insidental kepada Ketua Komite untuk diteruskan kepada Direktur.

- (4) Seksi Pengendalian dan Kredensial, mempunyai tugas:
- menyusun rencana kerja tahunan;
 - melakukan koordinasi dengan unit lain dalam melakukan tugas guna sinkronisasi;
 - menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
 - merekomendasikan tahapan proses kredensial;
 - merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun; dan
 - membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.

Pasal 69

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diatur dalam Peraturan Internal Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 6

Komite Farmasi Dan Terapi

Pasal 70

- Susunan organisasi Komite Farmasi Dan Terapi terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Koordinator.
- Keanggotaan Komite Farmasi Dan Terapi terbagi kedalam Koordinator.
- Ketua Komite Farmasi Dan Terapi diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang pelayanan medis dan keperawatan Rumah Sakit.
- Sekretaris dan Koordinator diusulkan oleh Ketua Komite Farmasi Dan Terapi ditetapkan oleh Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Bidang pelayanan medis dan Bagian Tata Usaha Rumah Sakit.

Pasal 71

- Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
 - membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium Rumah Sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
 - melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
 - melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;

- d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam Rumah Sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
- e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
- f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus;
- g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.

Pasal 72

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Farmasi dan Terapi diatur dalam Peraturan Internal Komite Farmasi dan Terapi yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 7

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 73

- (1) Susunan organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Koordinator.
- (2) Keanggotaan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien terbagi kedalam koordinator, yaitu koordinator peningkatan mutu, koordinator manajemen resiko, dan koordinator keselamatan pasien.
- (3) Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang pelayanan medis dan keperawatan Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris dan Koordinator diusulkan oleh Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ke Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang pelayanan medis dan keperawatan Rumah Sakit.

Pasal 74

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- (2) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas:
 - a. meningkatkan mutu layanan di semua bidang layanan rumah sakit.
 - b. mengembangkan program keselamatan pasien rumah sakit.
 - c. menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien.
 - d. menjalankan peran, motivator, edukator, konsultasi, evaluasi dan monitoring program keselamatan pasien rumah sakit.

- e. bersama-sama bagian diklat rumah sakit melakukan pelatihan internal Keselamatan Pasien.
 - f. melakukan pencatatan pelaporan, analisa masalah terkait dengan kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian sentinel.
- (3) Tugas Koordinator Peningkatan Mutu, yaitu :
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Klinik;
 - b. mengevaluasi implementasi standar prosedur operasional Pelayanan;
 - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu klinik;
 - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu klinik;
 - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal Rumah Sakit tentang pencapaian indikator mutu klinik;
 - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian indikator mutu klinik;
 - g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
 - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
 - i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
 - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (4) Tugas Koordinator Manajemen Resiko, yaitu :
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Manajemen;
 - b. mengevaluasi implementasi standar prosedur operasional administrasi dan sumber daya;
 - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu manajemen;
 - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu manajemen;
 - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal Rumah Sakit tentang pencapaian indikator manajemen;
 - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen;

- g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
 - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
 - i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali;
 - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (5) Tugas Koordinator Keselamatan Pasien, yaitu:
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
 - b. melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
 - c. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Perhimpunan Rumah sakit Seluruh Indonesia (KKPRS-PERSI);
 - d. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
 - e. secara berkala membuat laporan kegiatan ke pimpinan Rumah Sakit.

Bagian Kedelapan

Tata Kerja

Pasal 75

Dalam melaksanakan tugas setiap pimpinan dilingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*cross function approach*) secara vertikal dan horisontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

Pasal 76

Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan.

Pasal 77

Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.

Pasal 78

Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.

Pasal 79

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

Pasal 80

Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi, Kepala Sub Bagian dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya.

Pasal 81

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

Pasal 82

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

Bagian Kesembilan Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Paragraf 1 Tujuan Pengelolaan

Pasal 83

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

Pasal 84

Sumber daya manusia Rumah Sakit dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil.

Paragraf 2 Pengangkatan Pegawai

Pasal 85

- (1) Pegawai Rumah Sakit yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dapat dipekerjakan secara tetap atau tidak tetap.
- (2) Pengangkatan Pegawai Negeri Sipil disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pengangkatan pegawai Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi, dalam peningkatan pelayanan dan sesuai dengan kebutuhan.

- (4) Mekanisme pengangkatan Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Paragraf 3
Pemberhentian Pegawai

Pasal 86

- (1) Pemberhentian Pegawai Negeri Sipil diatur menurut peraturan perundangan-undangan tentang pemberhentian Pegawai Negeri Sipil.
- (2) Pemberhentian Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bagian Kesepuluh
Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 87

- (1) Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri dari sarana prasarana gedung, dan jalan dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengelolaan sumber daya sebagaimana dimaksud ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.

Bagian Kesebelas
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 88

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit, Bupati menetapkan standar pelayanan minimal Rumah Sakit.
- (2) Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mempertimbangkan jenis dan mutu pelayanan.

Pasal 89

Standar pelayanan minimal wajib memperhatikan asas sebagai berikut :

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

Bagian Keduabelas
Prinsip Tata Kelola

Pasal 90

- (1) Rumah sakit beroperasi berdasarkan pola tata kelola atau peraturan internal, yang memuat antara lain:
 - a. struktur organisasi;
 - b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi yang logis; dan
 - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhatikan prinsip antara lain:
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas; dan
 - d. independensi.

Pasal 91

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (1) huruf a menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab dan wewenang dalam organisasi.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (1) huruf b menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektivitas pencapaian organisasi.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/ kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif dan produktif.

Pasal 92

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.

- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta terhadap perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.
- (5) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.

BAB III

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK (*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

Bagian Kesatu Maksud Dan Tujuan

Pasal 93

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff ByLaws*) dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis berbasis keselamatan pasien.

Pasal 94

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff ByLaws*) mempunyai tujuan:

- a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (*patient safety*);
- b. memungkinkan dikembangkan berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional;
- c. menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut staf medis; dan
- d. mengontrol serta menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan Pemerintah dan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Organisasi Staf Medis dan Tanggungjawab

Pasal 95

- (1) Organisasi staf medis merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Rumah Sakit.
- (2) Organisasi staf medis Rumah Sakit bertanggungjawab dan berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dalam rangka membantu pencapaian tujuan pemerintah di bidang kesehatan.

Bagian Ketiga
Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

Pasal 96

- (1) Keanggotaan Staf Medis merupakan privilege yang dapat diberikan kepada dokter dan dokter gigi yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.

Pasal 97

Untuk dapat bergabung dengan Rumah Sakit sebagai Staf Medis maka dokter atau dokter gigi harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP), kesehatan jasmani dan rohani yang laik (fit) untuk melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya serta memiliki prilaku yang baik.

Pasal 98

Tatalaksana pengangkatan dan pengangkatan kembali Staf Medis Rumah Sakit adalah dengan mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur berdasarkan pertimbangan dari Komite Medik dapat mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan tersebut.

Pasal 99

Bagi Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Kontrak, Staf Medis Mitra atau Staf Medis Relawan sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan.

Pasal 100

Lama masa kerja sebagai staf medis Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- a. untuk Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil adalah sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan;
- b. untuk Staf Medis Organik Non Pegawai Negeri Sipil adalah selama 3 (tiga) bulan dan dapat perbaharui kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;
- c. untuk Staf Medis Mitra adalah selama 1 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan; dan
- d. untuk Staf Medis Relawan (voluntir) adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih menghendaki dan memenuhi semua persyaratan.

Pasal 101

Dokter Spesialis Konsultan adalah Dokter yang karena keahliannya direkrut oleh Rumah Sakit untuk memberikan konsultasi kepada Staf Medis Fungsional lain yang memerlukan dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien.

Pasal 102

Dokter Staf Pengajar adalah Dokter yang mempunyai status tenaga pengajar, baik dari status kepegawaian Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan atau Kementerian lain yang dipekerjakan dan atau diperbantukan untuk menjadi pendidik dan atau pengajar bagi peserta didik di bidang kesehatan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keempat Kategori Staf Medis

Pasal 103

Staf Medis yang telah bergabung dengan Rumah Sakit dikelompokkan ke dalam kategori:

- a. staf Medis Kontrak, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai staf medis kontrak, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;
- b. staf Medis Organik, yaitu dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;
- c. staf Medis Mitra, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan setingkat dengan Rumah Sakit, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit;
- d. staf Medis Relawan, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit atas dasar keinginan mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama rumah sakit, dan bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab sesuai ketentuan; dan
- e. staf Medis Tamu, yaitu dokter yang tidak tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit, tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Pasal 104

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya diperluas maka Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa

sertifikat pelatihan dan/ atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.

- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 105

Dokter Instalasi Gawat Darurat adalah Dokter Umum dan Dokter Spesialis yang terlatih menangani kegawatdaruratan sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh Rumah Sakit, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dan kewenangan di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 106

Peserta pendidikan dokter spesialis adalah Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 107

Peserta Magang adalah dokter atau perawat yang mengikuti pelatihan keprofesian berbasis pada pelayanan primer guna meningkatkan kompetensi, meningkatkan kinerja dan menerapkan standar profesi pada praktik kedokteran dan keperawatan dan melakukan kerja praktek dengan supervisi dari dokter spesialis atau perawat senior dalam jangka waktu tertentu dengan tujuan mencari pengalaman kerja.

Bagian Kelima Kewenangan Klinik

Pasal 108

- (1) Setiap Dokter yang diterima sebagai Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari staf medis yang bersangkutan dengan memperhatikan kondisi di rumah sakit.
- (3) Dalam hal ada kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari Kolegium terkait.

- (4) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bersifat final.

Pasal 109

Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 108 ayat (1) dievaluasi terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

Pasal 110

Kewenangan klinik sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.

Pasal 111

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan (*emergency care*) di luar kewenangan klinik reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Keenam Pembinaan

Pasal 112

Dalam hal Staf Medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan atau kematian maka Komite Medik dapat melakukan penelitian.

Pasal 113

- (1) Bila hasil penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 membuktikan kebenaran maka Komite Medik dapat mengusulkan kepada Direktur untuk dikenai sanksi berupa sanksi administratif.
- (2) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (3) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Keputusan, untuk selanjutnya Direktur memiliki waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
- (4) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bersifat final.

Bagian Ketujuh Pengorganisasian Staf Medis Fungsional

Pasal 114

Semua Dokter yang melaksanakan praktik kedokteran di unit-unit pelayanan Rumah Sakit, termasuk unit-unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan Rumah Sakit, wajib menjadi anggota staf medis.

Pasal 115

- (1) Dalam melaksanakan tugas maka Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian yang sama.
- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok Staf Medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 116

Fungsi Staf Medis Rumah Sakit adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.

Pasal 117

Tugas Staf Medis Rumah Sakit adalah:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- b. membuat rekam medis secara faktual, tepat waktu, aktual dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan/ atau pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran;
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 118

Tanggung jawab Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah:

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan;
- b. melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang Dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;
- d. memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;

- f. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur dan/atau Bidang Pelayanan Medik tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinik, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu;
- g. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen terkait.

Pasal 119

Kewajiban Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah:

- a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medis;
- b. menyusun indikator mutu klinik;
- c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggota.

Pasal 120

Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis

- a. kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota;
- b. Ketua Kelompok Staf Medis dapat dijabat oleh Dokter Organik.
- c. Ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- d. Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur.
- e. Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Bagian Kedelapan Penilaian

Pasal 121

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (3) Staf medis yang memberikan pelayanan medis dan menetap di rumah sakit secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Bagian Kesembilan
Komite Medik

Paragraf 1
Pembentukan

Pasal 122

pembentukan Komite Medik ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun, serta bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 122

- (1) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.

Pasal 123

- (1) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Komite medik wajib memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukan kepada Direktur.
- (3) Direktur bersama komite medik untuk menyusun pengaturan layanan medis (*medical staff rules and regulations*) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk Rumah Sakit hingga keluar dari Rumah Sakit.

Pasal 124

Ketentuan lebih lanjut tentang pembentukan komite medik diatur dan ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 2

Susunan, Tugas, Fungsi, dan Kewenangan

Pasal 125

Susunan organisasi komite medik terdiri dari ketua, sekretaris, dan sub komite.

Pasal 126

- (1) Ketua komite medik ditetapkan oleh direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (2) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.

Pasal 127

Persyaratan untuk menjadi Ketua komite medik adalah:

- a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;

- b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
- c. peka terhadap perkembangan kerumah-sakitan;
- d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
- e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
- f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

Pasal 128

- (1) Sekretaris komite medik dapat menjadi Ketua dari salah satu sub komite.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris komite medik dapat dibantu oleh tenaga administrasi/staf sekretariat penuh waktu.

Pasal 129

- (1) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh direktur dengan mempertimbangkan sikap profesionalisme, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

Pasal 130

- (1) Anggota komite medik terbagi kedalam sub komite;
- (2) Sub komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. sub komite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. sub komite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. sub komite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Pasal 131

Susunan organisasi sub komite terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.

Pasal 132

Sub komite mempunyai kegiatan sebagai berikut:

- a. menyusun kebijakan dan prosedur kerja;
- b. membuat laporan berkala dan laporan tahunan yang berisi evaluasi kerja selama setahun yang baru saja dilalui disertai rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya.

Pasal 133

Tugas dan tanggungjawab sub komite kredensial adalah:

- a. melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis;
- b. membuat rekomendasi hasil review;

- c. membuat laporan kepada Komite Medik
- d. melakukan review kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medik dalam rangka pemberian clinical privileges, reappointments dan penugasan staf medis pada unit kerja;
- e. membuat rencana kerja;
- f. melaksanakan rencana kerja;
- g. menyusun tata laksana dari instrumen kredensial;
- h. melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
- i. membuat laporan berkala kepada Komite Medis.

Pasal 134

Tugas dan tanggung jawab sub komite mutu profesi adalah:

- a. membuat rencana atau program kerja;
- b. melaksanakan rencana atau jadwal kegiatan;
- c. membuat panduan mutu pelayanan medis;
- d. melakukan pantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis;
- e. menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, output proses, dan outcome;
- f. melakukan koordinasi dengan Subkomite Peningkatan Mutu Rumah Sakit;
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 135

Tugas dan tanggungjawab sub komite etika dan disiplin profesi adalah:

- a. membuat rencana kerja;
- b. melaksanakan rencana kerja;
- c. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
- d. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
- e. mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika;
- f. melakukan koordinasi dengan komite etik dan hukum rumah sakit; dan
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 136

Kewenangan sub komite adalah sebagai berikut:

- a. untuk sub komite peningkatan mutu profesi melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi;

- b. untuk sub komite kredensial, melaksanakan kegiatan kredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi
- c. untuk sub komite etika dan disiplin profesi, melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi.

Pasal 137

Sub komite bertanggung-jawab kepada Ketua Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban.

Pasal 138

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 medis.

Pasal 139

Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian;
- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian terhadap:
 - 1) kompetensi;
 - 2) kesehatan fisik dan mental;
 - 3) perilaku; dan
 - 4) etika profesi.
- c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
- d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis;
- f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
- g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
- h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat klinis.

Pasal 140

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; dan
- d. rekomendasi pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.

Pasal 141

Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi, 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 profesional di rumah sakit; dan
- d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 142

Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur meliputi hal-hal yang berkaitan dengan:

- a. mutu pelayanan medis;
- b. pembinaan etik kedokteran; dan
- c. pengembangan profesi medis.

Pasal 143

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

Pasal 144

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, komite medik senantiasa melibatkan mitra bestari untuk mengambil keputusan profesional.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia adhoc.
- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh direktur berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (4) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (5) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Paragraf 3

Hubungan Komite Medik dengan Direktur

Pasal 145

Hubungan Komite Medik dengan Direktur adalah sebagai berikut:

- a. direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- b. komite medik bertanggungjawab kepada direktur.

Paragraf 4

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 146

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite medik dilakukan pihak-pihak yang bertanggungjawab sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

Paragraf 5
Rapat-Rapat

Pasal 147

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
 - a. rapat rutin bulanan, dilakukan minimal sekali setiap bulan;
 - b. rapat rutin bersama semua Kelompok Staf Medis dan atau dengan semua staf medis dilakukan minimal sekali setiap bulan;
 - c. rapat bersama Direktur dan Bidang Pelayanan dilakukan minimal sekali setiap bulan;
 - d. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sifatnya sangat mendesak; dan
 - e. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.
- (2) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.
- (3) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 148

- (1) Rapat khusus diadakan apabila:
 - a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medis;
 - c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medis atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medis kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 149

- (1) Rapat tahunan Komite Medis diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medis wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas hari) sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 150

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh Direktur, Bidang Pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.

Pasal 151

- (1) Keputusan rapat Kelompok Staf Medis dan atau Komite Medis didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medis yang hadir.

Pasal 152

- (1) Direktur rumah sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Kesepuluh Tindakan Korektif

Pasal 153

Dalam hal Staf Medis diduga melakukan layanan klinik di bawah standar maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan oleh Komite Medik untuk dilakukan penelitian.

Pasal 154

Bilamana hasil penelitian menunjukkan kebenaran adanya layanan klinik di bawah standar, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberikan sanksi dan pembinaan sesuai ketentuan.

Bagian Kesebelas
Pemberhentian Staf Medis

Pasal 155

Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil diberhentikan dengan hormat karena:

- a. telah memasuki masa pensiun;
- b. permintaan sendiri;
- c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai Staf Medis; dan
- d. berhalangan tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut.

Pasal 156

Staf Medis Mitra berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas persetujuan bersama.

Pasal 157

Staf Medis Mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja kembali untuk masa kontrak berikutnya setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.

Bagian Keduabelas

Sanksi

Pasal 158

Staf Medis Rumah Sakit, baik yang berstatus organik, mitra, maupun voluntir yang melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, peraturan rumah sakit, klausula-klausula dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.

Pasal 159

Pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur Rumah Sakit setelah mendengar pendapat dari Komite Medik dengan mempertimbangkan kadar kesalahannya, yang bentuknya dapat berupa:

- a. teguran lisan atau tertulis;
- b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
- c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis Organik; atau
- d. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

Bagian Ketigabelas
Kerahasiaan dan Informasi Medis

Pasal 160

(1) Rumah Sakit :

- a. berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku di rumah sakit;
- b. wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- c. dapat memberikan isi rekam medis kepada pasien ataupun pihak lain atas ijin pasien secara tertulis; dan
- d. dapat memberikan isi dokumen rekam medis untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundangundangan.

(2) Dokter rumah sakit:

- a. berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;
- b. wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
- c. wajib menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika hukum dan kedokteran.

(3) Pasien rumah sakit:

- a. berhak mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lain-lain hal yang berkaitan dengan pasien;
- b. wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah keschatannya;
- c. berhak mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan dokter, yaitu:
 - 1) diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medis;
 - 2) tujuan tindakan medis;
 - 3) tata-laksana tindakan medis;
 - 4) alternatif tindakan lain jika ada;
 - 5) risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 - 6) akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan;
 - 7) prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
 - 8) risiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medis.

BAB IV
PENUTUP
Pasal 161

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Muara Enim
pada tanggal 29 September 2016
BUPATI MUARA ENIM

MUZAKIR SAI SOHAR

Diundangkan di Muara Enim
pada tanggal 29 September 2016
SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN MUARA ENIM



HASANUDIN

BERITA DAERAH KABUPATEN MUARA ENIM TAHUN 2016 NOMOR 25