



**BUPATI BIMA
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT**

PERATURAN BUPATI BIMA
NOMOR 20 TAHUN 2019

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SONDOSIA
KABUPATEN BIMA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BIMA,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sondosia Kabupaten Bima;

- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 69 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tingkat II dalam Wilayah Daerah-Daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
 2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek 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 5063);
 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 diubah beberapa kali 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. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit;
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Perijinan Rumah Sakit;
9. Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bima;
10. Peraturan Bupati Bima Nomor 60 Tahun 2017 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Pokok dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Sondosia Kabupaten Bima;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SONDOSIA KABUPATEN BIMA.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Bima.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati beserta perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
3. Bupati adalah Bupati Bima.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Sondosia Kabupaten Bima.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sondosia Kabupaten Bima.
6. Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah peraturan organisasi rumah sakit (*Corporate Bylaws*) dan peraturan internal staf medis (*Medical Staff Bylaws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
7. Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah peraturan internal yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari Staf Medis di rumah sakit.
8. Tata Kelola Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di rumah sakit.
9. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara tegas diatur dalam lini organisasi lingkup RSUD Sondosia yang terdiri dari Direktur, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.
10. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak seseorang pegawai dalam organisasi RSUD Sondosia yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau ketrampilan tertentu.
11. Pejabat Pengelola Keuangan adalah Direktur RSUD Sondosia.
12. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah Spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
13. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan / atau jasa yang dihasilkan dan / jumlah dan kualitas pelaksanaan dan / atau jasa yang dihasilkan dan / atau digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
14. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
15. Tenaga Medis adalah dokter Umum, dokter gigi dan dokter spesialis.

16. Staf Medis adalah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis purna waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
17. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan;
18. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah Kelompok Staf Medis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya.
19. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat Inter Mediet, kamar bersalin, radiologi, laboratorium dan pelayanan penunjang lainnya.
20. Unit kerja adalah tempat staf administrasi, staf medik, profesi kesehatan dan profesi lainnya yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
21. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
22. Komite Etik adalah suatu perangkat organisasi non struktural yang dibentuk dalam rumah sakit untuk membentuk pimpinan rumah sakit dalam melaksanakan Kode Etik Rumah Sakit di Indonesia (KODERSI).
23. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
24. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis yang diberikan oleh Direktur untuk melakukan sederetan pelayanan medis tertentu dalam rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
25. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penetapan direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis (*White paper*) yang telah disetujui baginya.
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 telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
28. Privileging adalah proses yang dilakukan untuk memperoleh kewenangan klinik (*clinical privilege*) dari Direktur setelah dilakukan kredensialing atau rekredensialing.
29. Audit medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medic yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medic yang dilaksanakan oleh profesi medik
30. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
31. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.

Pasal 2

Peraturan Internal rumah sakit (*hospital bylaws*) dimaksudkan sebagai pedoman yang mengatur antara pemilik, manajemen, tenaga medis, paramedis, tenaga kesehatan lain serta seluruh komponen di rumah sakit agar dapat berjalan secara selaras, seimbang dalam menyusun kebijakan operasional rumah sakit.

Pasal 3

Tujuan ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah ;

- a. meningkatkan profesionalisme pelayanan kesehatan secara lebih efektif dan efisien, fleksibilitas dan akuntabilitas pengelolaan dana serta optimalisasi pemanfaatan teknologi; dan
- b. meningkatkan harmonisasi tata kerja, prosedur kerja, tugas dan fungsi serta Sumber Daya Manusia pada Rumah Sakit Umum Daerah Sondosia melalui pelayanan medis, asuhan/pelayanan, Keperawatan/Kebidanan, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan rujukan medis dan non medis, serta pelayanan administrasi dan keuangan dengan didasarkan pada praktek bisnis yang sehat.

BAB II TATA KELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu Umum

Pasal 4

- (1) Tata Kelola merupakan Peraturan Internal rumah sakit (*hospital bylaws*) yang terdiri dari Tata Kelola Organisasi dan Tata Kelola Staf Medis Bylaws (*Medical Staf Bylaws*) 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 ayat (1) menganut prinsip – prinsip antara lain:
 - a. Transparansi;
 - b. Akuntabilitas ;
 - c. Responsibilitas; dan
 - d. Independensi.

Pasal 5

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf a menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- (2) Prosedur Kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 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 4 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efisiensi dan efektifitas pencapaian tujuan organisasi.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf d, adalah merupakan pengaturan dalam pengelolaan dan kebijakan sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan baik secara kuantitatif dan kualitatif guna pencapaian tujuan organisasi yang efisien dan efektif, berdayaguna dan berhasil guna.

Pasal 6

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun berdasarkan kebebasan arus informasi agar dapat langsung diterima bagi pengguna yang membutuhkan dan dapat menumbuhkan kepercayaan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, system yang dipercayakan pada rumah sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak yang membutuhkan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf c, adalah merupakan kesesuaian atau kepatuhan didalam pengelolaan organisasi yang sehat sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (4) Indenpendensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf d, adalah bentuk kemandirian bentuk organisasi secara profesional tanpa adanya unsur kepentingan, pengaruh dan tekanan dari pihak lain yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 7

Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2), diwujudkan mulai dari pola perencanaan yang terukur, evaluasi dan pelaporan / pertanggungjawaban dalam system pengelolaan keuangan, pengelolaan aset, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen SDM dan manajemen pelayanan.

Bagian Kedua Tata Kelola

Paragraf 1 Identitas

Pasal 8

- (1) Nama Rumah sakit adalah "Rumah Sakit Umum Daerah Sondosia Kabupaten Bima".
- (2) Rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Rumah Sakit Kelas D.

Paragraf 2 Visi, Misi, Motto, Nilai-Nilai Dasar dan Falsafah

Pasal 9

Visi RSUD Sondosia Kabupaten Bima adalah Terwujudnya Bima Sehat dan Pelayanan Prima Tahun 2025.

Pasal 10

Misi RSUD Sondosia Kabupaten Bima sebagai berikut:

- a. menyelenggarakan pelayanan yang prima dan bermutu;
- b. menyelenggarakan pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien;
- c. menyelenggarakan pelayanan yang terjangkau; dan
- d. menyelenggarakan pelayanan yang bersahabat berpedoman pada "3S" (salam, sapa, senyum);

Pasal 11

Motto RSUD Sondosia adalah "BAKTI": Bersih, Aman, Kualitas, Tertib dan Informatif.

Pasal 12

- (1) Untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 dan Misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11, Rumah Sakit mempunyai tujuan strategis yaitu:
 - a. meningkatkan kualitas pelayanan dalam rangka mewujudkan sebagai rumah sakit unggulan, rujukan dan kebanggaan masyarakat Bima;
 - b. memenuhi tenaga dokter spesialis yang belum ada guna peningkatan pelayanan; dan
 - c. mengembangkan produk pelayanan dan sarana prasarana dalam rangka menjawab tuntutan, kebutuhan dan harapan masyarakat akan pelayanan yang lengkap, cepat, tepat dan Terjangkau.
- (2) Rumah sakit wajib mensosialisasikan visi, misi dan motto kepada seluruh pegawai, pengunjung dan masyarakat luas.
- (3) Sosialisasi visi, misi dan motto sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui:
 - a. secara verbal, dilaksanakan dengan cara: disampaikan/dibacakan pada saat apel, upacara dan/atau pada saat rapat di ruangan oleh manajemen, Pokja atau pejabat/personel yang ditunjuk.
 - b. secara visual, dilaksanakan dengan cara:
 1. dibuat di papan kayu ditempatkan di dinding depan ruang pendaftaran pasien;
 2. dicetak ukuran kuarto kemudian ditempel di kantor, ruangan pelayanan dan di tempat yang mudah dibaca oleh umum; dan
 3. dicetak pada booklet dan leaflet.
 - c. Secara elektronik, dilaksanakan dengan cara diunggah di situs RSUD Sondosia.
- (4) Perubahan visi, misi dan motto, dapat dilakukan menyesuaikan dengan perkembangan situasi keadaan dan tuntutan kebutuhan organisasi dan masyarakat.

Pasal 13

Nilai-nilai yang dianut oleh RSUD Sondosia Kabupaten Bima adalah Profesionalisme, Tanggung Jawab, dan Kerjasama dengan penjabaran sebagai berikut:

- a. Profesionalisme dalam melakukan tugas berlandaskan kaidah ilmiah, konseptual, analisis dan teknis dalam bekerja yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan serta tidak bertentangan dengan norma yang berlaku di masyarakat dengan ciri-ciri bertanggung jawab, inovatif, kreatif dan optimis serta didasari rasionalitas dan etika profesi;
- b. Tanggung Jawab dengan menggunakan kemampuan dan kemauan untuk menyelesaikan pekerjaan dengan baik dan tepat waktu serta berani memikul akibat atas putusan dan tindakan yang dilakukan; dan
- c. Kerjasama dengan semua *stakeholder* untuk mencapai hasil guna dan daya guna yang optimal.

Pasal 14

Falsafah RSUD Sondosia adalah:

- a. Bekerja dengan ikhlas, menjaga amanah dan semangat kebersamaan;
- b. Ramah, kasih sayang, saling menghargai dan keterbukaan; dan
- c. Kepuasan dan keselamatan pasien merupakan tujuan utama.

Paragraf 3
Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Dalam rangka pengawasan pengelolaan RSUD Sondosia dibentuk Dewan Pengawas yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (2) Unsur dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berjumlah 5 (lima) yang terdiri dari Sekretaris Daerah dan perangkat daerah dan/atau unit kerja yang membidangi:
 - a. pengelolaan keuangan daerah;
 - b. kesehatan;
 - c. hukum dan organisasi; dan
 - d. organisasi profesi bidang rumah sakit.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan RSUD.
- (4) Dewan Pengawas mempunyai fungsi:
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada bupati mengenai anggaran yang diusulkan Direktur;
 - b. melaporkan kepada bupati tentang kinerja rumah sakit;
 - c. memberikan nasehat kepada Direktur dalam melaksanakan pengelolaan rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - d. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja, baik keuangan maupun non-keuangan, serta membuktikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti;
 - e. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja;
 - f. menjamin adanya review berkala terhadap pelaksanaan misi rumah sakit;
 - g. memberikan saran atas strategi rumah sakit dan program yang terkait pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian, kemudian memberikan pengawasan terhadap mutu program;
 - h. memberikan saran dan/atau masukan dalam penetapan Direktur;
 - i. melakukan evaluasi kinerja terhadap Direktur paling sedikit setahun sekali;
 - j. memberikan saran atas rencana rumah sakit untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - k. menerima dan menindaklanjuti laporan tentang program mutu dan keselamatan pasien secara berkala;
 - l. memberikan pendapat dan saran mengenai rencana pengembangan rumah sakit;
 - m. mengawasi program-program kegiatan dirumah sakit.
- (5) Masa jabatan Dewan Pengawas adalah 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- (6) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati, apabila:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit; atau
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas rumah sakit.
- (7) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran pendapatan dan belanja daerah.

Paragraf 4
Struktur Organisasi dan Pejabat Pengelola RSUD Sondosia Kab Bima

Pasal 16

- (1) Struktur Organisasi RSUD Sondosia ditetapkan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Pejabat Pengelola RSUD Sondosia terdiri dari Direktur, Kasubag Tata Usaha, Kasi Pelayanan, Kasi Penunjang Pelayanan, Kasi Keperawatan dan Kasi Humas dan Hukum.
- (3) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola RSUD ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan.
- (4) Kompetensi dan kebutuhan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh Pejabat Pengelola RSUD berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
- (5) Pejabat Pengelola RSUD diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (6) Direktur bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan melalui Sekretaris Dinas terkait dengan operasional pengelolaan rumah sakit.

Paragraf 5

Tugas Pokok, Fungsi dan Wewenang Pejabat RSUD Sondosia

Pasal 17

Direktur mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.

Pasal 18

Direktur mempunyai fungsi:

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan rumah sakit;
- b. Penyelenggaraan pelayanan penunjang dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah;
- c. Pengendalian manajemen rumah sakit;
- d. Perumusan rencana dan program, monitoring, evaluasi, dan pelaporan di bidang Upaya Kesehatan Perorangan;
- e. Penyelenggaraan Pelayanan dan Rekam medik;
- f. Penyelenggaraan Pelayanan Keperawatan;
- g. Penyelenggaraan Pengembangan dan Penunjang Pelayanan Medis dan Non Medis;
- h. Penyelenggaraan Pelayanan Rujukan;
- i. Penyelenggaraan Pelaksanaan Pendidikan dan Pelatihan;
- j. Penyelenggaraan pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pengabdian terhadap masyarakat;
- k. Penyelenggaraan pengelolaan keuangan dan akuntansi;
- l. Perencanaan dan pelaporan pelaksanaan dan evaluasi Standar Operasional Prosedur (SOP) dan atau Standar Pelayanan (SP);
- m. Penyelenggaraan pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum;
- n. Pengkoordinasian, pengendalian, pengevaluasian dan pelaporan pelaksanaan kegiatan;
- o. Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 19

Direktur mempunyai wewenang dan tanggungjawab sebagai berikut:

- a. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
- b. menetapkan struktur organisasi dan tata kerja rumah sakit, lengkap dengan rincian tugasnya setelah mendapat persetujuan dari Kepala Dinas Kesehatan;
- c. mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;

- d. memutuskan dan menetapkan peraturan-peraturan rumah sakit guna melaksanakan ketentuan-ketentuan dalam peraturan internal dasar maupun peraruran perundang-undangan;
- e. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
- f. mendatangkan ahli, konsultan atau Lembaga independen apabila diperlukan;
- g. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat rumah sakit;
- h. menjamin kepatuhan terhadap kebijakan yang ditetapkan;
- i. menindaklanjuti setiap laporan dari lembaga pengawas dan regulator;
- j. melakukan berbagai proses untuk mengelola dan mengawasi/mengendalikan sumber daya manusia, sumber daya finansial dan sumber daya lainnya.

Pasal 20

Kepala Sub Bagian Tata Usaha sebagai Pejabat Keuangan bertanggung jawab kepada Direktur mengenai keuangan, perencanaan dan evaluasi, serta umum dan kepegawaian, mempunyai tugas dan kewajiban sebagai berikut:

- a. kebenaran pelaksanaan kebijakan perencanaan, evaluasi, dan pengembangan, perbendaharaan, Akuntansi, verifikasi dan mobilisasi dana;
- b. kebenaran rencana kerja bidang keuangan RSUD;
- c. ketepatan dan kebenaran prosedur kerja bidang keuangan RSUD;
- d. kelancaran efektifitas dan efisiensi pelayanan keuangan;
- e. ketepatan laporan kegiatan keuangan;
- f. menyiapkan DPA/RKA;
- g. melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
- h. menyelenggarakan pengelolaan kas;
- i. melakukan pengelolaan utang-piutang;
- j. menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
- k. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
- l. kebenaran dan ketepatan rencana kerja pengelolaan Sumber Daya Manusia;
- m. ketepatan dan kebenaran rencana kerja umum;
- n. ketepatan dan kebenaran rencana kerja rumah tangga.

Pasal 21

Kepala Seksi Pelayanan selaku pejabat teknis pelayanan dan rekam medik serta pengembangan pelayanan bertanggung jawab kepada Direktur menyangkut hal-hal di bawah ini:

- a. kebenaran rancangan kebijakan pelayanan medis dan pengembangan pelayanan;
- b. ketepatan program dan kegiatan pelayanan medis dan pengembangan pelayanan;
- c. ketepatan tata cara kerja pelayanan medis dan pengembangan pelayanan;
- d. ketepatan dan kebenaran kegiatan rekam medik;
- e. ketepatan laporan berkala dan laporan tahunan pelayanan medis dan pengembangan pelayanan;
- f. pelaksanaan penanganan pengaduan keluhan pelanggan.

Pasal 22

Kepala Seksi Keperawatan selaku pejabat teknis keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur menyangkut hal-hal di bawah ini:

- a. kebenaran rancangan kebijakan pelayanan keperawatan, etika dan asuhan keperawatan;
- b. ketepatan program dan kegiatan pelayanan keperawatan, etika dan asuhan keperawatan;
- c. ketepatan tata cara kerja pelayanan keperawatan, etika dan asuhan keperawatan;

- d. ketepatan laporan berkala. dan laporan tahunan pelayanan keperawatan, etika dan asuhan keperawatan;
- e. kelancaran dan ketertiban urusan ketatausahaan dan kerumahtanggaan pelayanan keperawatan, etika dan asuhan keperawatan.

Pasal 23

Kepala Seksi Penunjang Pelayanan selaku pejabat teknis penunjang pelayanan bertanggung jawab kepada Direktur menyangkut hal-hal di bawah ini:

- a. kebenaran kebijaksanaan sarana prasarana dan pelayanan penunjang dan ketelitian, keteraturan dan ketertiban pengguna fasilitas pelayanan penunjang;
- b. ketepatan program sarana prasarana dan pelayanan penunjang;
- c. kelancaran tata cara kerja layanan sarana prasarana dan pelayanan penunjang;
- d. ketepatan laporan berkala dan laporan khusus di lingkungan sarana prasarana dan pelayanan penunjang.
- e. pengembangan mutu dan pengolahan data rumah sakit.

Paragraf 6

Pengelompokan Fungsi Pelayanan dan Fungsi Pendukung

Pasal 24

- (1) Untuk tersedianya fasilitas dan terselenggaranya kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan, dibentuk instalasi-instalasi yang merupakan unit-unit pelaksana pelayanan.
- (2) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan pelayanan.
- (3) Instalasi dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur serta bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Kepala Instalasi dibantu oleh tenaga tenaga fungsional dan atau tenaga non medis, baik pegawai negeri sipil maupun non pegawai negeri sipil
- (5) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dengan mengingat sumber daya yang tersedia di RSUD Sondosia, meliputi sumber daya manusia, sarana prasarana dan memperhatikan kebutuhan masyarakat.
- (6) Instalasi yang ada di RSUD Sondosia, yaitu:
 - a. Instalasi Gawat Darurat;
 - b. Instalasi Rawat Jalan;
 - c. Instalasi Rawat Inap;
 - d. Instalasi Laboratorium;
 - e. Instalasi Radiologi;
 - f. Instalasi Farmasi;
 - g. Instalasi Gizi;
 - h. Instalasi Rekam Medik;
 - i. Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit.
- (7) Pelaksana kegiatan pelayanan adalah pejabat fungsional RSUD Sondosia, terdiri dari sejumlah tenaga medis paramedis fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.:
 - a. masing-masing tenaga fungsional, berada di lingkungan unit kerja RSUD Sondosia sesuai kompetensinya;
 - b. jumlah tenaga fungsional ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja;
 - c. jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan;
- e. dalam melaksanakan tugasnya, staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan bekerja sama antar tenaga profesional lain yang terkait.
- (8) Pelaksana kegiatan pendukung pelayanan adalah:
- semua pejabat struktural;
 - semua sumber daya strategis yang ada di bidang-bidang dan sekretariat;
 - kegiatan pendukung antara lain sistem keuangan, SDM, teknologi, informasi dan lain-lain.

Pasal 25

Untuk menunjang pengelolaan kegiatan pelayanan RSUD Sondosia, Direktur membentuk Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit, Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit, Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, Komite Etik, Komite Farmasi dan Terapi, Komite Rekam medik, Komite Profesi Kesehatan Lainnya serta Satuan Pemeriksaan Internal (SPI).

Pasal 26

- Komite Medik adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari ketua kelompok staf medis fungsional atau yang mewakili, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - para anggota Komite Medik memilih dan menetapkan ketua, wakil ketua dan sekretaris di antara anggota Komite Medik;
 - jabatan Ketua Komite Medik merupakan jabatan non struktural yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur;
 - ketua, wakil ketua dan sekretaris Komite Medik mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan sesudah masa bakti berakhir akan diadakan pemilihan kembali.
- Komite Medik mempunyai tugas membantu Direktur di dalam menyusun Standar Pelayanan Medik dan memantau pelaksanaannya, melaksanakan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota staf medis fungsional, mengembangkan program pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, memberikan saran dan masukan kepada Direktur perihal pengembangan pelayanan medik.
- Dalam melaksanakan tugasnya, Komite Medik dibantu oleh wakil ketua dan sekeretaris juga dibantu oleh Panitia yang anggotanya terdiri dari staf medis fungsional dan tenaga profesi lainnya secara *ex officio*.
- Panitia sebagaimana dimaksud pada ayat (3), merupakan kelompok kerja khusus di dalam Komite Medik yang dibentuk berdasarkan kebutuhan RSUD Sondosia untuk mengatasi masalah khusus.
- Pembentukan wakil ketua dan sekretaris Komite Medik serta panitia ditetapkan oleh Direktur atas usul Ketua Komite Medik.

Pasal 27

- Komite Keperawatan adalah kelompok tenaga keperawatan yang keanggotaannya dipilih dari ketua atau anggota Kelompok Staf Perawat Fungsional (SPF), dengan ketentuan sebagai berikut:
 - Para anggota Komite Keperawatan memilih dan menetapkan Ketua di antara anggota Komite Keperawatan;
 - Ketua Komite Keperawatan terpilih, memilih dan menunjuk Wakil Ketua, Sekretaris dan Perangkat lainnya yang dianggap perlu;

- c. Jabatan Ketua Komite Keperawatan merupakan jabatan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur;
 - d. Ketua, wakil ketua, sekretaris dan pengurus Komite Keperawatan mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan sesudah masa bakti akan diadakan pemilihan kembali,
- (2) Komite Keperawatan mempunyai tugas membantu Direktur menyusun Standar Pelayanan Keperawatan dan memantau pelaksanaan, melaksanakan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota SPF, mengembangkan program pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan dan memberikan masukan kepada Direktur perihal pengembangan pelayanan keperawatan.
 - (3) Dalam melaksanakan tugas Komite Keperawatan di samping dibantu oleh wakil ketua dan sekretaris serta pengurus lainnya juga dibantu oleh panitia yang anggotanya terdiri dari anggota SPF dan tenaga profesi lainnya secara *ex officio*.
 - (4) Panitia sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) adalah merupakan kelompok kerja khusus di dalam Komite Keperawatan yang dibentuk berdasarkan kebutuhan RSUD untuk mengatasi masalah khusus.
 - (5) Pembentukan panitia di dalam Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur atas usulan Ketua Komite Keperawatan berdasarkan pertimbangan Kepala Seksi Pelayanan.
 - (6) Dalam menjalankan tugas, Komite Keperawatan diharapkan selalu menjalin kerja sama secara horisontal dengan instalasi terkait, Kasi Perawatan dan Kasi Pelayanan.

Pasal 28

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (KPPI) adalah wadah non struktural yang diberi kewenangan dalam menjalankan program dan menentukan sikap pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit
- (2) Pembentukan KPPI ditetapkan oleh Direktur untuk masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (3) KPPI mempunyai tugas membantu Direktur:
 - a. Menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI;
 - b. Melaksanakan sosialisasi kebijakan PPIRS, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit;
 - c. Membuat SPO PPI;
 - d. Menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;
 - e. Bekerjasama dengan Tim PPI dalam melakukan investigasi masalah atau KLB infeksi nosokomial;
 - f. Memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - g. Memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI;
 - h. Mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;
 - i. Mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dalam PPI;
 - j. Melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan.
 - k. Menerima laporan dari Tim PPI dan membuat laporan kepada Direktur;
 - l. Berkoordinasi dengan unit terkait lain;
 - m. Memberikan usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pantauan kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarluaskan data resistensi antibiotika;
 - n. Menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja (K3);
 - o. Turut menyusun kebijakan *clinical governance* dan *patient safety*;

- p. Mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodic mengkaji kembali rencana manajemen PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit;
 - q. Memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI;
 - r. Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
 - s. Melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/monitoring surveilans proses.
 - t. Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- (4) Dalam melaksanakan tugas KPPI di samping dibantu oleh wakil ketua dan sekretaris serta pengurus lainnya juga dibantu oleh Tim PPI.
- (5) Tim PPI terdiri dari Perawat PPI/*Infection Prevention and Control Nurse* (IPCN) dan satu dokter PPI setiap 5 (lima) Perawat PPI.

Pasal 29

- (1) Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (Komite K3RS) adalah wadah non struktural yang dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (2) Komite K3RS mempunyai tugas membantu Direktur:
- a. Membagi sarana kesehatan dan penunjangnya berdasarkan bahaya potensial yang ada dalam kerangka penyusunan rencana program peningkatan K3;
 - b. Membuat Petunjuk Pelaksanaan (Juklak) dan Petunjuk Teknis (Juknis) K3 di sarana kesehatan dan pendukungnya;
 - c. Memberdayakan K3 di sarana kesehatan dan pendukungnya;
 - d. Menjaga kelangsungan program K3 di sarana kesehatan dan pendukungnya dengan melakukan perencanaan program, implementasi, evaluasi dan pembinaan.

Pasal 30

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (Komite PMKP) adalah wadah non struktural yang dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (2) Komite PMKP mempunyai tugas membantu Direktur:
- a. Menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP);
 - b. Mengumpulkan, menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator mutu klinis rumah sakit maupun indikator mutu manajerial rumah sakit, serta indikator keselamatan pasien;
 - c. Mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh Direktur dengan fokus utama pada penggunaan PPK, clinical pathway dan indikator mutu kunci;
 - d. Melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi;
 - e. Melakukan validasi data PMKP secara internal dan dilakukan secara periodik;
 - f. Menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara regular melalui rapat staf;
 - g. Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program PMKP.

Pasal 31

- (1) Komite Etik merupakan wadah non struktural dalam rangka membantu Direktur menerapkan kode etik dan hukum di rumah sakit.
- (2) Komite Etik dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (3) Komite Etik mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan *medicoetikolegal* dan etik pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etik kedokteran, etik rumah sakit serta penyelesaian pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan Hospital Bylaws serta Medical Staff Bylaws, gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum rumah sakit.

Pasal 32

- (1) Komite Farmasi dan Terapi merupakan wadah non struktural terdiri dari dokter dan apoteker untuk membantu Direktur dalam menentukan kebijakan penggunaan obat dan pengobatan.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas membantu Direktur:
 - a. Memberikan rekomendasi dalam pemilihan penggunaan obat-obatan;
 - b. Menyusun formularium yang menjadi dasar dalam penggunaan obat-obatan di RS dan apabila perlu dapat diadakan perubahan secara berkala;
 - c. Menyusun standar terapi bersama-sama dengan staf medik;
 - d. Melaksanakan evaluasi penulisan resep dan penggunaan obat generic bersama-sama dengan Instalasi Farmasi.

Pasal 33

- (1) Komite Rekam medik merupakan wadah non struktural untuk membantu Direktur dalam memberikan pelayanan rekam medik yang optimal.
- (2) Komite Rekam medik dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (3) Komite Rekam medik mempunyai tugas membantu Direktur:
 - a. Menentukan standar dan kebijakan pelayanan rekam medik;
 - b. Mengusulkan bentuk formulir rekam medik;
 - c. Mengusulkan upaya yang perlu dalam penanggulangan masalah pelayanan rekam medik;
 - d. Menganalisis secara teratur isi rekam medik untuk menentukan apakah informasi klinis sudah cukup dalam asuhan pasien.
 - e. Menentukan standar dan kebijakan pelayanan radiologi, laboratorium, gizi, promosi kesehatan dan pelayanan

Pasal 34

- (1) Komite Tenaga Profesi Kesehatan Lainnya merupakan wadah non struktural untuk membantu Direktur dalam memberikan pelayanan radiologi, laboratorium, gizi, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan lain yang ada di lingkungan rumah sakit.
- (2) Komite Tenaga Profesi Kesehatan Lainnya dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (3) Komite Tenaga Profesi Kesehatan Lainnya mempunyai tugas membantu Direktur:
 - a. Menentukan standar dan kebijakan pelayanan radiologi, laboratorium, gizi, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan lain yang ada di lingkungan rumah sakit;

- b. Melaksanakan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan radiologi, laboratorium, gizi, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan lain yang ada di lingkungan rumah sakit.

Pasal 35

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal adalah Kelompok Jabatan Fungsional yang bertugas membantu Direktur melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan sumber daya RSUD Sondosia Kab Bima untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan manfaat.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal dipimpin oleh seorang Ketua yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Fungsi pengendalian internal RSUD Sondosia Kab Bima meliputi:
 - a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktifitas; dan
 - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat,
- (4) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi pengawas internal antara lain ;
 - a. mempunyai etika, integritas dan kapabilitas yang memadai;
 - b. memiliki pendidikan dan/atau pengalaman teknis sebagai pemeriksa;
 - c. mempunyai sikap independen dan obyektif terhadap obyek yang diaudit.

Paragraf 7 Prosedur Kerja

Pasal 36

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan RSUD Sondosia wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi sesuai tugas masing-masing.
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan RSUD Sondosia wajib mengawasi bawahan dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahannya dan memberikan bimbingan sesuai petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.
- (4) Semua kegiatan pelayanan dan pendukungnya diatur dengan prosedur kerja baku berupa Standar Prosedur Operasional menurut ketentuan Akreditasi RSUD.
- (5) Prinsip prosedur kerja adalah jelas kebijakannya, mengutamakan kepentingan dan keselamatan pelanggan, konsisten, sesuai dengan falsafah tujuannya jelas pelaksanaannya, jelas tanggungjawabnya dan ada evaluasi mutu dan kinerjanya.

Paragraf 8 Standar Pelayanan Minimal

Pasal 37

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh RSUD Sondosia menetapkan Standar Pelayanan Minimal dengan Peraturan Bupati.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diusulkan oleh Direktur.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan keselamatan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

- (4) Standar pelayanan minimal harus memenuhi persyaratan:
 - a. fokus pada jenis pelayanan;
 - b. terukur;
 - c. dapat dicapai;
 - d. relevan dan dapat diandalkan; dan
 - e. tepat waktu.
- (5) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi RSUD.
- (6) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (7) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf e, merupakan kegiatan nyata. dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (8) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi RSUD.
- (9) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada pasal (4) buruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Paragraf 9

Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Pasal 38

- (1) Pegawai Rumah Sakit terdiri dari Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil.
- (2) Penerimaan pegawai:
 - a. Penerimaan pegawai yang berstatus Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - b. Penerimaan Pegawai Non PNS dilakukan melalui mekanisme rekrutmen, *Outsourcing*, Kerja Sama Operasional (KSO), magang, atau cara-cara lain yang efektif dan efisien;
 - c. Penerimaan Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan cara seleksi, yaitu Seleksi Administrasi, Psikotest, Seleksi Akademik dan Keterampilan, Wawancara, dan Medical Check Up;
- (3) *Outsourcing* Pegawai
 - a. Pelaksanaan *Outsourcing* pegawai dilaksanakan berdasar kebutuhan tenaga yang ditetapkan oleh Direktur;
 - b. Mekanisme *Outsourcing* dilaksanakan oleh Panitia Pengadaan Barang/Jasa sesuai ketentuan yang berlaku;
- (4) Kerja Sama Operasional (KSO)
 - a. Pelaksanaan Kerja Sama operasional dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan;
 - b. Mekanisme Kerja Sama operasional dilaksanakan oleh Direktur dengan pihak ketiga;

Pasal 39

- (1) Kenaikan Pangkat PNS adalah merupakan penghargaan yang diberikan atas prestafasi kerja dan pengabdian Pegawai Negeri Sipil terhadap negara. Pemberian kenaikan pangkat diberikan berdasarkan sistem kenaikan pangkat regular dan kenaikan pangkat pillhan;
- (2) Kenaikan Pangkat Non PNS adalah merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja Pegawai Non PNS terhadap kinerja RSUD Sondosia Kab Bima yang diberikan berdasarkan sistem remunerasi Rumah Sakit.

- d. staf medis tamu (*visiting doctor*), yaitu dokter dari luar rumah sakit yang karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus oleh rumah sakit untuk melakukan atau membantu melakukan penanganan atas kasus-kasus yang tidak dapat difangani sendiri oleh staf medis rumah sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru;
 - e. staf medis pengganti, yaitu dokter yang menggantikan dokter yang berhalangan dengan keahlian sejenis.
 - f. Staf medis dokter kontrak, yaitu dokter yang direkrut oleh rumah sakit sebagai dokter kontrak.
- (2) Untuk dapat menjadi Staf Medis baik dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi maupun dokter gigi spesialis harus mempunyai kompetensi yang dibutuhkan, memiliki surat tanda registrasi (STR) sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku, sehat jasmani dan rohani serta memiliki perilaku yang baik;
- (3) Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan status sebagai dokter tetap berhak:
- a. Memperoleh kesejahteraan sesuai peraturan yang berlaku, terdiri atas:
 - Penghasilan yang layak serta tidak melanggar ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah.
 - Penghasilan selama pensiun sesuai ketentuan yang bertaku di Rumah Sakit;
 - Status kepegawaian yang jelas dan pasti;
 - Kenaikan pangkat sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit serta peraturan kepegawaian ;
 - Pengembangan pengetahuan dan ketrampilan ;
 - Pengembangan karir sesuai kemampuan individu dan ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit ;
 - Cuti tahunan, cuti Sakit, cuti besar dan cuti diluar tanggungan Negara sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah;
 - Cuti bersalin bagi dokter perempuan sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah;
 - Cuti karena alasan penting berkenaan sifat pekerjaannya sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah;
 - Cuti diluar tanggungan negara karena alasan-alasan pribadi yang penting dan mendesak sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah.
 - b. Mendapatkan lingkungan kerja yang sehat serta perlindungan terhadap:
 - Kecelakaan kerja;
 - Pemeriksaan kesehatan rutin dan khusus sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah;
 - Perawatan kesehatan selama Sakit sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit ;
 - Santunan terhadap kecelakaan kerja yang menimpa sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah;
 - Bantuan hukum selama menjalani proses hukum.
 - c. Menggunakan fasilitas yang dimiliki Rumah Sakit untuk melakukan pelayanan kesehatan berdasarkan standar mutu pelayanan yang tinggi.
 - d. Melakukan konsultasi kepada dokter lain yang tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit;
 - e. Mengusulkan kepada Direktur untuk mendatangkan dokter tamu (*visiting doctor*) yang tidak tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit, baik untuk kepentingan konsultasi atau untuk membantu melaksanakan sebagian pekerjaan yang tidak dapat dilaksanakannya;
- (4) Selain memperoleh hak sebagaimana tersebut pada ayat (3), Staf Medis Rumah Sakit mempunyai kewajiban sebagai berikut:
- a. Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang bertaku;
 - b. Mentaati semua Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);

Pasal 41

- (1) Rotasi PNS adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai yang dilaksanakan dengan mekanisme Baperjakat
- (2) Rotasi Non PNS adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai yang dilaksanakan atas pertimbangan Direktur.

Pasal 42

- Rotasi sebagaimana tersebut pada Pasal 40 dilaksanakan dengan pertimbangan:
- a. Penempatan seseorang pada pekerjaan sesuai dengan basic pendidikan dan ketrampilannya;
 - b. Masa kerja pada suatu unit kerja tertentu;
 - c. Pengalaman seseorang pada bidang tugas tertentu dimasa lalu;
 - d. Penempatan pegawai pada bidang tugas tertentu untuk menunjang karir pegawai yang bersangkutan; dan
 - e. Kondisi fisik dan psikis pegawai.

Pasal 43

- (1) Pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari pegawai negeri sipil (PNS) dan atau non PNS yang profesional sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (3) Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari PNS disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Pengangkatan dan pemberhentian pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.
- (5) Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS, diatur lebih lanjut dengan keputusan Bupati.

Pasal 44

- (1) Disiplin adalah suatu kondisi yang tercapai dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban yang dituangkan dalam:
 - a. Daftar hadir;

- b. Laporan Kegiatan;
- c. Daftar Penilaian Pekerjaan Pegawai (DP3);

- (2) Tingkatan dan Jenis Hukuman Disiplin Pegawai, meliputi:
- a. Hukuman Disiplin Ringan, yang terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis, dan pernyataan tidak puas secara tertulis;
 - b. Hukuman Disiplin Sedang, yang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun;
 - c. Hukuman Disiplin Berat yang terdiri dari penurunan pangkat yang setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai PNS, dan pemberhentian tidak hormat sebagai PNS;

Paragraf 10
Penatausahaan Keuangan

Pasal 45

- (1) Penatausahaan Keuangan Rumah Sakit selain dana penerimaan operasional, tetap berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Untuk keperluan pengendalian/pengelolaan keuangan dan barang Rumah Sakit, dipergunakan penata usahaan menurut sistem akuntansi.

Pasal 48

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbalan hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif atau pola tarif sesuai jenis layanan.
- (5) Tarif layanan diusulkan oleh Direktur kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (6) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (7) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (8) Bupati dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (7), dapat membentuk tim.
- (9) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (8), ditetapkan oleh Bupati yang keanggotaannya dapat berasal dari:
 - a. Pembina teknis;
 - b. Pembina keuangan;
 - c. Unsur perguruan tinggi;
 - d. Lembaga profesi.
- (10) Peraturan Bupati mengenai tarif layanan dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (11) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (10), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (12) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (10) dan ayat (11), berpedoman pada ketentuan ayat (5) sampai dengan ayat (9).

Bagian Kesebelas
Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 49

- (1) Tanah dan bangunan disertifikatkan atas nama Pemerintah Kabupaten.
- (2) Tanah dan Bangunan yang tidak digunakan dalam rangka tugas pelayanan dan fungsi Rumah Sakit, dapat dialihgunakan oleh Direktur dengan persetujuan Bupati.
- (3) Aset tetap tidak boleh dialihkan dan atau dihapuskan kecuali atas persetujuan pejabat berwanang berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3), merupakan aset berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 bulan, untuk digunakan dalam pelayanan kepada masyarakat.
- (5) Hasil pengalihan aset sebagaimana pada ayat (2) dan (3), merupakan pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (6) Barang inventaris milik Rumah Sakit dapat dihapus dan atau dialihkan atas dasar pertimbangan ekonomis, dengan cara, ditukar dan atau dijual.
- (7) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan barang habis pakai, barang untuk diolah atau dijual dan barang lain yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.
- (8) Hasil penjualan barang dimaksud pada ayat (6) merupakan pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (9) Direktur beserta pejabat di bawahnya secara berjenjang harus memelihara seluruh aset Rumah Sakit dengan tertib efektif dan efisien sehingga mempunyai masa manfaat yang sebanyak-banyaknya termasuk teknologinya dan akurasi dari sarana prasarana Rumah Sakit.

Bagian Kedua Belas
Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit

Pasal 50

- (1) Direktur menunjuk pejabat yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan lingkungan Rumah Sakit yang meliputi:
 - a. Kebersihan lingkungan Rumah Sakit selama 24 jam meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet/ kamar mandi
 - b. Pengelolaan sampah medik dan domestik
 - c. Pengelolaan limbah cair
 - d. Pengamatan area bebas rokok
 - e. Memperluas area taman dan tanaman penghijauan untuk mengurangi pemanasan global
- (2) Direktur menyusun kebijakan pengelolaan lingkungan yang memperhatikan kesehatan

- (3) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam pasal 52 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
- (4) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam pasal 52 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.
- (5) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam pasal 52 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (6) Independensi sebagaimana dimaksud dalam pasal 52 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.
- (7) Produktivitas merupakan kemampuan menggunakan semua potensi yang dipunyai secara efektif dan efisien guna mendapatkan hasil yang optimal.

Bagian Keempat belas
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 52

- (1) Pembinaan teknis RSUD Sondosia Kab Bima dilakukan oleh kepala daerah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Bima
- (2) Pembinaan teknis RSUD-Unit Kerja dilakukan oleh kepala OPD yang bertanggungjawab atas urusan pemerintah yang bersangkutan.
- (3) Pembinaan keuangan RSUD Sondosia Kab Bima dilakukan oleh PPKD.

Pasal 53

- (1) Pengawasan operasional RSUD Sondosia Kab Bima dilakukan oleh pengawas internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah pimpinan RSUD Sondosia Kab Bima.

Pasal 54

Pengawas internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 ayat (2), dapat dibentuk dengan mempertimbangkan:

- a. Keseimbangan antara manfaat dan beban;
- b. Kompleksitas manajemen; dan
- c. Volume dan/atau jangkauan pelayanan.

Pasal 55

- (1) Internal auditor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 ayat (2), bersama-sama jajaran manajemen RSUD Sondosia Kab Bima menciptakan dan meningkatkan pengendalian Internal RSUD Sondosia Kab Bima.
- (2) Fungsi pengendalian Internal RSUD Sondosia Kab Bima sebagaimana dimaksud pada ayat (1), membantu manajemen RSUD Sondosia Kab Bima dalam hal:
 - a. Pengamanan harta kekayaan;
 - b. Mendapatkan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. Mendapatkan efisiensi dan produktivitas; dan
 - d. Mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat.

- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi internal auditor, antara lain:
- a. mempunyai etika, integritas dan kapabilitas yang memadai;
 - b. memiliki pendidikan dan / atau pengalaman teknis sebagai pemeriksa;
 - c. mempunyai sikap independen dan obyektif terhadap obyek yang diaudit.

Bagian Kelima belas
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 56

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja RSUD Sondosia Kab Bima dilakukan setiap tahun oleh kepala daerah dan / atau dewan pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan RSUD Sondosia Kab Bima sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.

Pasal 57

Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 ayat (1), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan RSUD Sondosia Kab Bima dalam:

1. Memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
2. Memenuhi kewajiban jangka pendeknya (Likuiditas);
3. Memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas);
4. Kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.

Pasal 58

Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (1), dapat diukur berdasarkan perspektif, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

BAB III
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK (MEDICAL STAFF BYLAWS)

Bagian Kesatu
Kategori Staf Medis

Pasal 59

- (1) Staf medis yang bergabung dengan rumah sakit dikelompokkan ke dalam kategori:
 - a. staf medis organik, yaitu dokter yang direkrut oleh rumah Sakit sebagai pegawai tetap dan berkedudukan sebagai sub-ordinal; yaitu bekerja untuk dan atas nama rumah sakit serta bertanggung-Jawab kepada lembaga tersebut;
 - b. staf medis mitra, yaitu dokter yang direkrut oleh rumah Sakit sebagai mitra yang kedudukannya sederajat dengan rumah sakit, bertanggung jawab dan bertanggung-gugat secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di rumah sakit atau sesuai kesepakatan yang disetujui bersama;
 - c. staf medis konsultan, yaitu dokter yang karena keahliannya direkrut oleh rumah Sakit untuk memberikan konsultasi tanpa merawat (consultation only) atau untuk memberikan konsultasi dan merawat (consultation with management);

- c. Mentaati etika yang ada, antara lain etika Rumah Sakit, etika profesi Kedokteran, etika Staf Medis dan etika antara Rumah Sakit dengan pihak lain;
 - d. Melaksanakan klausul-klausul dalam perjanjian antara Rumah Sakit dengan Staf Medis atau antara Rumah Sakit dengan pihak lain;
 - e. Memberi layanan medis dengan mutu tinggi kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya serta bersedia dihubungi atau dipanggil setiap saat apabila kondisi pasien yang bersangkutan berada dalam keadaan darurat;
 - f. Memberikan pertolongan darurat kepada pasien lain yang bukan menjadi tanggung jawabnya apabila kondisi klinis pasien tersebut berada dalam keadaan darurat;
 - g. Menjaga citra Rumah Sakit serta berperilaku sopan terhadap Direktur, manajer, staf medis lain, profesi lain, pasien, keluarga pasien serta pengunjung;
 - h. Menjalin kerja sama yang harmonis dengan profesi lain yang berada di Rumah Sakit dan mentaati kode etik profesi mereka;
 - i. Menyelesaikan semua kewajiban administrasi sesuai peraturan yang berlaku;
 - j. Menghadiri rapat-rapat yang diadakan oleh Direktur atau komite medis;
 - k. Hadir dalam dengar pendapat (hearing) yang diadakan oleh Direktur, komite medis atau tim yang dibentuk oleh Rumah Sakit yang berkaitan dengan penanganan pasien/ kasus;
 - l. Menunjukkan loyalitas kepada Rumah Sakit;
 - m. Membantu Rumah Sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan;
 - n. Mentaati kewajiban-kewajiban lain yang ditetapkan di kemudian hari antara lain sebagai dosen pembimbing terhadap semua fakultas kedokteran yang bekerja sama dengan Rumah Sakit.
- (5) Dalam melaksanakan pelayanan, Staf Medis mempunyai kewajiban terhadap pasien yang ditanganinya untuk:
- a. Melakukan upaya dengan sungguh-sungguh dan profesional sesuai standar mutu yang tinggi;
 - b. Segera merujuk ke dokter atau praktisi kesehatan lain yang dapat diterima apabila Staf Medis tidak mampu lagi untuk meneruskan upaya kesehatan terhadap pasien baik karena keterbatasan kemampuan, peralatan, waktu maupun karena alasan lain yang masuk akal;
 - c. Menjalin kerjasama dan komunikasi yang baik dengan pasien;
 - d. Menjalin kerjasama yang baik dan harmonis dengan tenaga kesehatan lainnya;
 - e. Memenuhi apa yang menurut etika dan hukum menjadi hak pasien;
 - f. Menghormati kepentingan-kepentingan lain dari pasien;
 - g. Menghormati kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat secara khusus dengan pasien;
 - h. Menerbitkan surat keterangan yang diperlukan bagi kepentingan pasien;
 - i. Menghormati kerahasiaan (konfidensial) medis pasien;
 - j. Memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya dan sejujur-jujurnya kepada pasien tentang kondisi kesehatannya dengan mempertimbangkan aspek psikologi.
 - k. Apabila karena sesuatu hal yang menyebabkan tidak dapat melaksanakan kewajiban menangani pasien untuk sementara waktu, maka wajib memberi tahu atau ijin kepada Direktur serta wajib menunjuk dokter pengganti (mempunyai keahlian sejenis dengannya).
 - l. Dalam hal Staf Medis bekerja sebagai dokter mitra, maka sepenuhnya bertanggung jawab atas segala bentuk kerugian yang dialami oleh pasien sebagai akibat dari kesalahan medis yang dilakukannya kecuali ada kesepakatan tersendiri yang menentukan lain.

Bagian Kedua Kewenangan Klinis

Pasal 60

Ketentuan tentang kewenangan klinis bagi masing-masing dokter, dokter gigi termasuk prosedur pemberian dan pengakhiran Kewenangan Klinis (Clinical Privileges) diatur lebih lanjut oleh masing-masing kelompok staf medis di bawah koordinasi Komite Medis.

Bagian Ketiga Pengorganisasian

Pasal 61

- (1) Dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis (purna waktu dan paruh waktu) yang bekerja di unit pelayanan rumah sakit wajib menjadi anggota Staf Medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas Staf Medis dikelompokkan sesuai spesifikasi atau keahliannya atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus.
- (3) Setiap Kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter.
- (4) Pengelompokan Staf Medis berdasarkan spesialisasi/ keahlian adalah tenaga dokter dengan spesialisasi keahlian yang sama dikelompokkan ke dalam 1 (satu) Kelompok Staf Medis.
- (5) Pengelompokan Staf Medis dengan cara lain dengan pertimbangan khusus dapat dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut:
 - a. Penggabungan tenaga dokter spesialis dengan spesialisasi keahlian yang berbeda. Penggabungan ini dilakukan karena jumlah dokter spesialis tersebut kurang dari 2 (dua) orang sehingga tidak memungkinkan untuk membentuk Staf Medis sendiri. Penggabungan harus memperhatikan kemiripan disiplin ilmu tersebut dan wajib diikuti dengan pembagian dan tugas dan wewenang yang jelas yang dituangkan di dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis rumah Sakit.
 - b. Penggabungan tenaga dokter spesialis dengan memperhatikan tugas dan kewenangan dokter spesialis tersebut. Penggabungan ini dilakukan karena jumlah dokter spesialis yang sangat terbatas sehingga tidak memungkinkan masing-masing jenis spesialisasi keahlian membentuk Kelompok Staf Medis tersendiri. Karena itu rumah sakit hanya membentuk 2 (dua) Kelompok Staf Medis yaitu Kelompok Staf Medis bedah dan Kelompok Staf Medis Non Bedah. Dokter Spesialis yang melaksanakan tindakan medis operatif (misalnya dokter bedah, dokter obsgyn, dokter mata, dokter THT dan lain sebagainya) dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medis Bedah, sedangkan tenaga dokter yang hanya melaksanakan tindakan medis non operatif dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medis Non Bedah.
 - c. Pembentukan Staf Medis untuk Dokter Umum dapat dilakukan dengan membentuk kelompok Staf Medis Dokter Umum sendiri atau bergabung dengan kelompok staf medis dimana dokter umum memberikan pelayanan. Penggabungan dokter umum dengan dokter spesialis dapat dilakukan apabila jumlah dokter spesialis masih kurang sehingga tidak memungkinkan membentuk kelompok staf medis sendiri. Penggabungan dokter umum dan dokter spesialis harus diikuti dengan pembagian tugas dan kewenangan yang jelas dituangkan dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis rumah sakit.

- d. Dokter gigi dapat menjadi Kelompok Staf Medis sendiri atau bergabung dengan kelompok staf medis bedah atau kelompok staf medis dokter umum-gigi. Penggabungan dilakukan apabila jumlah dokter gigi masih kurang dari 2 (dua) orang. Yang perlu diperhatikan, penggabungan dokter gigi dengan bidang spesialis lainnya wajib diikuti dengan pembagian tugas dan wewenang yang jelas yang dituangkan di dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis rumah sakit.

Bagian Keempat
Penempatan Dalam Kelompok Staf Medis

Pasal 62

- (1) Penempatan para Dokter ke dalam Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada Pasal 61, ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur atas usulan Komite Medis.
- (2) Dalam Surat Keputusan tersebut hendaknya dilengkapi dengan perjanjian kerja masing-masing dokter sehingga ada kejelasan tugas, fungsi dan kewenangannya.

Bagian Kelima
Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis

Pasal 63

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- (2) Ketua Kelompok Staf Medis dapat dokter purna waktu atau dokter paruh waktu.
- (3) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medis. Proses pemilihan ini wajib melibatkan Komite Medis dan Direktur. Setelah proses pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis selesai maka penetapan sebagai Ketua Kelompok Staf Medis disahkan dengan Surat Keputusan Direktur.
- (4) Lama masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya berturut-turut.

Bagian Keenam
Tugas Fungsi Ketua Kelompok dan Hubungan kerja

Pasal 64

- (1) Tugas Ketua Kelompok Staf Medis adalah menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja staf medis yang dipimpinnya.
- (2) Uraian tugas dan wewenang ditetapkan secara individu untuk masing-masing dokter.
- (3) Kelompok Staf Medis secara administratif bertanggung jawab kepada Direktur, sedangkan secara fungsional sebagai profesi bertanggung jawab kepada Komite Medis melalui Ketua Kelompok Staf Medis.

Bagian Ketujuh
Penilaian

Pasal 65

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administrative, misalnya mengenai disiplin kepegawaian, motivasi kerja dan lain sebagainya dilakukan oleh Direktur .

- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian, misalnya audit medis, *peer review*, disiplin profesi, etika profesi dan lain sebagainya dilakukan oleh Komite Medis.
- (3) Berdasarkan ayat (1) dan ayat (2) staf medis yang memberikan pelayanan medik menetap di unit kerja tertentu secara fungsional profesi tetap menjadi tanggung jawab Komite Medis khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu dan secara administrasi di bawah kepala instalasi.

Bagian Kedelapan Fungsi dan Tugas Staf Medis

Pasal 66

- (1) Merujuk pasien ke dokter Umum, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan.
- (2) Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal.
- (3) Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.
- (4) Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.
- (5) Menunjuk staf medis lain dalam keahlian yang sama sebagai pengganti apabila berhalangan, jika tidak harus dikonfirmasi kepada pasien yang bersangkutan.
- (6) Memberikan penjelasan secara lengkap kepada pasien sebelum persetujuan tindakan disetujui pasien (*informed consent*).
- (7) Membuat rekam medis dan mematuhi petunjuk pelaksanaannya.
- (8) Menyelenggarakan pengendali mutu dan pengendali biaya.
- (9) Mematuhi kebijakan rumah sakit tentang obat dan formularium rumah sakit.

Bagian Kesembilan Staf Medis Fungsional

Pasal 67

- (1) Staf Medis Fungsional adalah kelompok Dokter dan Dokter Gigi yang bekerja di instalasi dalam jabatan fungsional ;
- (2) Staf Medis Fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan, pelatihan serta penelitian dan pengembangan ;
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya staf Medis Fungsional dikelompokkan sesuai dengan keahliannya ;
- (4) Kelompok dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota kelompoknya untuk masa bhakti tertentu;
- (5) Rumah Sakit Umum Daerah, Ketua Kelompok diangkat oleh Kepala Daerah atas usul Direktur.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai Staf Medis Fungsional diatur dalam Keputusan Direktur.

Bagian Kesepuluh Kerahasiaan dan Informasi Medis

Pasal 68

- (1) Rumah Sakit:
 - a. Rumah Sakit berhak membuat peraturan yang berlaku sesuai dengan kondisi keadaan yang ada di Rumah Sakit.

- b. Rumah sakit wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan peraturan yang berlaku.
 - c. Isi dokumen rekam medik dapat diberikan kepada pasien ataupun pihak lain atas izin pasien.
 - d. Isi dokumen rekam medik dapat diberikan untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dokter:
- a. Mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya.
 - b. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.
 - c. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika.
- (3) Pasien:
- a. Berhak mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur sikap tindakan sebagai pasien.
 - b. Memberikan informasi yang lengkap dan Jujur tentang masalah kesehatannya.
 - c. Mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis antara lain:
 - Diagnosis dan tata cara tindakan medis;
 - Tujuan tindakan medis yang dilakukan;
 - Alternatif tindakan lain dan risikonya;
 - Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
 - Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
 - d. Meminta konsultasi kepada dokter lain (*second opinion*) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya.
 - e. Mendapatkan isi rekam medis.
 - f. Membuka isi rekam medik untuk kepentingan peradilan.

Bagian Kesebelas
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 69

- (1) Proses penyelesaian kasus yang terjadi dan muncul dalam kegiatan pelayanan medis dilaksanakan secara berjenjang:
- a. Laporan kejadian (oleh siapapun) harus menjadi perhatian staf medis di lingkungan itu, untuk selanjutnya disampaikan ke ketua kelompok staf medis, komite medis dan Direktur.
 - b. Ketua kelompok staf medis berkepentingan untuk menjaga martabat kelompoknya di kalangan sesama staf medis maupun di kalangan staf lain di rumah sakit, perlu menghubungi yang bersangkutan untuk memperoleh informasi pembandingan.
 - c. Komite Medis memperhatikan mekanisme audit medis melalui kerjasama baik dengan Direktur, untuk mendorong pengumpulan data dari unsur terkait (staf keperawatan, staf laboratorium, staf radiologi, Bagian rekam medis ataupun dokter jaga).
 - d. Pada keadaan data yang diperlukan dinilai sudah lengkap, harus dilaksanakan secepatnya rapat klinik multi-disiplin dengan atau tanpa mengundang peer group (audit tahap pertama);
 - e. Rapat klinik sedemikian mempertajam kajian diagnosis, prosedur pelayanan, ketepatan tindakan pengobatan (audit tahap kedua dilakukan di komite medik).
 - f. Hasil rapat klinik harus menjadi pelajaran untuk perbaikan mutu;
 - g. Komite Medis memberikan rekomendasi sanksi profesional dan atau administratif kepada Direktur.
- (2) Evaluasi penampilan kinerja praktek dokter dilakukan melalui *peer review*, audit medis atau program peningkatan mutu.

- (3) Kelompok Staf Medis mempunyai tanggung jawab memberikan masukan kepada Direktur Rumah Sakit mengenai hal-hal yang terkait dengan praktik kedokteran. Misalnya mengenal perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, temuan terapi yang baru dan lain-lain.

Bagian Keduabelas
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 70

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif, misalnya mengenai disiplin kepegawatan, motivasi kerja dan lain sebagainya dilakukan oleh Direktur;
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian, misalnya audit medis, *peer review*, disiplin profesi, etika profesi dan lain sebagainya dilakukan oleh Komite Medis.
- (3) Berdasarkan ayat (1) dan ayat (2) staf medis yang memberikan pelayanan medik menetap di unit pelayanan tertentu secara-fungsional profesi tetap menjadi tanggung jawab Komite Medis khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu dan secara administrasi di bawah Kepala instalasi.

BAB IV
PENUTUP

Pasal 71

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) ini yang terdiri dari Peraturan Internal Koorporate (*Corporate Bylaws*) dan Peraturan internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) berlaku sejak tanggal ditetapkan.
- (2) Peraturan Internal Rumah Sakit akan ditinjau kembali secara periodik dalam kurun waktu tertentu.
- (3) Perubahan peraturan dapat dilakukan oleh Bupati atas usul Direktur.

Pasal 72

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

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

Ditetapkan di Bima
pada tanggal, 27 mls 2019

BUPATI BIMA,

Ttd.

Hj. INDAH DHAMAYANTI PUTRI

Diundangkan di Bima
pada tanggal, 27 - 05 - 2019

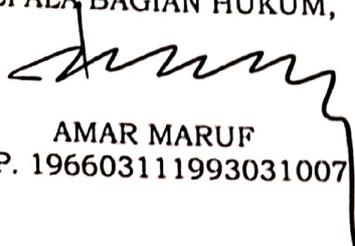
SEKERTARIS DAERAH
KABUPATEN BIMA,

Ttd.

H.M. TAUFIK HAK

BERITA DAERAH KABUPATEN BIMA TAHUN 2019 NOMOR ...145

Salinan sesuai dengan aslinya,
KEPALA BAGIAN HUKUM,



AMAR MARUF
NIP. 196603111993031007