



BUPATI KUTAI BARAT  
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

PERATURAN BUPATI KUTAI BARAT  
NOMOR 1 TAHUN 2019

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (HOSPITAL BYLAWS) RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH HARAPAN INSAN SENDAWAR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KUTAI BARAT,

- Menimbang : a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, maka dari itu perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
- b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional maka perlu dibuatkan Peraturan Internal (Hospital Bylaws) Rumah Sakit 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 (Hospital Bylaws) Rumah Sakit Umum Daerah Harapan Insan Sendawar;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 47 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Nunukan, Kabupaten Malinau, Kabupaten Kutai barat, Kabupaten Kutai Timur, dan Kota Bontang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 175, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 3896), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 47 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Nunukan, Kabupaten Malinau, Kabupaten Kutai Barat, Kabupaten Kutai

3. Timur, dan Kota Bontang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3962);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. 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);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
9. 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);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159.b/1988 tentang Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);

13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor  
772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman  
Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL  
(HOSPITAL BYLAWS) RSUD HARAPAN INSAN  
SENDAWAR.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah kabupaten Kutai Barat.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati beserta perangkat daerah dan unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Kutai Barat.
4. Rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Harapan Insan Sendawar Milik Pemerintah kabupaten Kutai Barat yang selanjutnya disebut RSUD HIS.
5. Peraturan Internal (Hospital Bylaws) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
6. Peraturan internal korporasi (corporate bylaws) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (corporate governance) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.
7. Peraturan internal staf medis (medical staff bylaws) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (clinical governance) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
8. Pemilik RSUD Harapan Insan Sendawar adalah Pemerintah daerah;
9. Dewan Pengawas adalah Dewan yang mewakili Pemilik, terdiri dari Ketua dan Anggota yang bertugas melakukan Pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola dan memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola dalam menjalankan kegiatan pengelolaan Rumah Sakit;
10. Direktur adalah pimpinan tertinggi yaitu seseorang yang diangkat menjadi Direktur Rumah Sakit oleh Bupati;
11. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
12. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan medicoetikolegal dan etika pelayanan rumah sakit,

- penyelesaian masalah etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan "hospital bylaws" dan "medical stafbylaws", gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di RSUD HIS
13. Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di RSUD HIS;
  14. Kelompok Staf Medik (KSM) adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis (Staf Medik Fungsional) yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di RSUD HIS
  15. Rapat Rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
  16. Rapat Tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas setiap tahun sekali.
  17. Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas di luar jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan hal-hal yang dianggap khusus.
  18. Dokter adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan di RSUD HIS.
  19. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di RSUD HIS.
  20. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai RSUD HIS, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di RSUD HIS untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.
  21. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorar adalah dokter, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga honorar di RSUD HIS, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur/ Bupati dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.
  22. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I) adalah dokter yang sedang mengikuti pendidikan Dokter Spesialis.
  23. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD HIS atas usul Komite Medik.
  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 RSUD HIS kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di RSUD HIS berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan 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. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional 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. Pendidikan Sistem Magang adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di RSUD HIS dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis dan juga tenaga administrasi, di mana Peserta Didik didampingi oleh Tenaga Klinis dan Non Klinis.

## BAB II

### NAMA, VISI DAN MISI, NILAI, MOTTO, TUJUAN, STRATEGI DAN PROGRAM

#### Pasal 2

- (1) Nama rumah sakit ini adalah RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN INSAN SENDAWAR (RSUD HIS), milik Pemerintah Kabupaten Kutai Barat.
- (2) Visi Dan Misi:
  - a. Visi RSUD HIS adalah: Terwujudnya RSUD HIS yang handal, mandiri, dan sejahtera, menjadikan pilihan utama pelayanan kesehatan rujukan kabupaten Kutai Barat; dan
  - b. Misi RSUD HIS adalah:
    1. Memberikan pelayanan medis dan penunjang medis yang berkualitas dan profesional.
    2. Memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas dan profesional.
    3. Memberikan pelayanan administrasi dan manajemen rumah sakit yg akuntabel.
    4. Memberikan pelayanan penunjang medik dan non medik rumah sakit yang berkualitas.
- (3) Nilai/Filosofi:
  - a. Nilai-nilai yang dianut oleh RSUD Harapan Insan Sendawar adalah sikap kerja pegawai rumah sakit dalam melaksanakan tugas didasarkan atas nilai-nilai kerjasama, keterbukaan, bertanggungjawab dan tulus ikhlas; dan
  - b. Filosofi, RSUD Harapan Insan Sendawar merupakan Rumah Sakit Umum Daerah yang berorientasi sosial dengan tetap memberikan pelayanan kesehatan paripurna yang berkualitas dan memuaskan

kepada pasien atau pelanggan serta meningkatkan kesejahteraan seluruh pegawai.

- (4) Motto RSUD Harapan Insan Sendawar yaitu: CERDAS: (Cepat, Empati, Ramah, Dinamis, Akuntabel, Senyum):
  - a. C = Cepat, merupakan keakuratan waktu dan standar pelayanan yang telah ditetapkan;
  - b. E = Empati, adanya rasa kepedulian terhadap sesama dan lingkungan;
  - c. R = Ramah, adalah sifat santun harus diberikandalam setiap pelaksanaan pelayanan;
  - d. D = Dinamis, adalah penyesuaian terhadap perkembangan situasi dan kondisi dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan;
  - e. A = Akuntabel, adalah merupakan pertanggungjawaban secara terukur dalam pelaksanaan tugas-tugas baik secara terukur baik secara kuantitas serta kualitas dan sesuai dengan standar yang ditetapkan; dan
  - f. S = Senyum, adalah merupakan cerminan sifat ramah tamah sebagai petugas dalam memberikan pelayanan.
- (5) Tujuan Rumah Sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi pelayanan kesehatan fisik dan mental yang didasarkan kepada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial.
- (6) Strategi RSUD HIS adalah Mengoptimalkan potensi Sumber Daya Manusia (SDM) yang didukung oleh stake holder serta status sebagai PPK-BLUD untuk memenuhi standar pelayanan yang ditentukan sehingga terwujud pelayanan yang bermutu, prima dan unggul guna mempertahankan dan meningkatkan kepercayaan pelanggan (pasien) yang semakin sadar dan mampu dalam memelihara kesehatan.
- (7) Adapun Program-program indikatif sebagai berikut:
  - a. Meningkatkan mutu pelayanandan keselamatan pasien Rumah Sakit ;
  - b. Pengembangan layanan kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat;
  - c. Mengoptimalkan standar sarana dan prasarana rumah sakit;
  - d. Mengoptimalkan pemasaran rumah sakit;
  - e. Meningkatkan mutu pengelolaan keuangan; dan
  - f. Meningkatkan ketersediaan dan mutu SDM Rumah sakit.

### BAB III SEJARAH PENDIRIAN, KELAS, ALAMAT DAN LOGO

#### Pasal 3

- (1) Sejarah:
  - a. Rumah Sakit Umum Daerah “Harapan Insan Sendawar” yang selanjutnya disingkat RSUD. HIS, merupakan satu-satunya Rumah Sakit Pemerintah Kabupaten Kutai Barat. RSUD. HIS

berdiri diatas lahan seluas 28,5 ha, dan peresmian operasionalnya oleh Gubernur Kalimantan Timur Bapak Mayjend TNI (AD) H. Suwarna Abdul Fatah tanggal 14 Agustus tahun 2003;

- b. RSUD. HIS, merupakan pusat rujukan lebih dari 23 Puskesmas maupun sarana pelayanan kesehatan lain yang ada diwilayah Kutai Barat dan Mahakam Ulu;
  - c. Rumah Sakit Umum Daerah Harapan Insan Sendawar (RSUD HIS) Kabupaten Kutai Barat merupakan Lembaga Teknis Daerah (LTD) Pemerintah Kabupaten dalam Bidang Kesehatan yang berada dan bertanggungjawab kepada Bupati, melalui Sekretaris Daerah Kabupaten Kutai Barat;
  - d. Rumah Sakit Umum Daerah Harapan Insan Sendawar (RSUD HIS) Kabupaten Kutai Barat dibentuk berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Kutai Barat Nomor Nomor 09 Tahun 2008 pada tanggal 21 Agustus 2008, tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat;
  - e. Pada bulan April 2009 RSUD Harapan Insan Sendawar telah ditetapkan sebagai Rumah Sakit tipe C oleh Departemen Kesehatan RI melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 240/MENKES/SK/IV/2009 tanggal 2 April 2009 tentang Peningkatan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat Propinsi Kalimantan Timur; dan
  - f. Sebagai RS tipe C, RSUD Harapan Insan Sendawar memiliki 200 tempat tidur perawatan dan empat jenis pelayanan spesialis dasar yaitu Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Kandungan, Spesialis Bedah, Spesialis Anak, Spesialis Rehabilitasi Medik, Spesialis Patologi Klinik, Spesialis Anastesi, Spesialis Radiologi, dan Spesialis THT.
- (2) RSUD HIS adalah Rumah sakit umum type C;
- (3) Alamat RSUD HIS adalah di Jalan Mawar,Kampung Sekolaq Joleq,Kecamatan Sekolaq Darat,kabupaten Kutai Barat,propinsi Kalimantan Timur.
- (4) Logo RSUD HIS sebagai berikut:



Adapun arti dan maknanya adalah:

1. Segi enam merupakan simbol dari pengembangan ilmu teknik dengan dasar pengembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni.
2. Warna-warna:
  - a. Hijau :  
Mempunyai sifat keseimbangan dan selaras, membangkitkan ketenangan dan tempat mengumpulkan daya-daya baru.
  - b. Putih :

Mempunyai sifat kebaikan, kemurnian dengan kesan ketentraman dan kebersihan.

c. Kuning :

Memberi arti kehangatan dan rasa bahagia dan seolah ingin menimbulkan hasrat untuk belajar dengan optimis, penuh semangat dan ceria, juga warna kuning dapat merangsang aktivitas pikiran dan mental.

d. Merah :

Memberi arti pemberani penuh energy, melambungkan semangat dan tindakan serta hangat dan positif untuk bertahan hidup.

e. Coklat :

Memberikan arti pondasi, stabilitas, kehangatan, rasa aman, dan nyaman, rasa percaya, keagungan, ketabahan, serta kejujuran.

3. Garis :

- a. Horisontal : memberi ketenangan
- b. Vertikal : kekuatan dan kemegahan
- c. Diagonal : sesuatu yang bergerak secara dinamis

#### BAB IV KEDUDUKAN RUMAH SAKIT

##### Pasal 4

RSUD HIS berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah dan merupakan unsur pendukung atas tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan.

##### Pasal 5

Rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 merupakan Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai dengan kelasnya.

#### BAB V TUGAS DAN FUNGSI RUMAH SAKIT

##### Pasal 6

- (1) Tugas pokok Rumah Sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (2) Fungsi Rumah Sakit dalam menunaikan tugas sebagaimana dimaksud diatas yaitu:
  - a. Perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan;



- b. Pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan pemerintah daerah di bidang pelayanan kesehatan;
- c. Penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan;
- d. Pelayanan medis;
- e. Pelayanan penunjang medis dan non medis;
- f. Pelayanan keperawatan;
- g. Pelayanan rujukan;
- h. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
- i. Pengelolaan keuangan dan akuntansi; dan
- j. Pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

BAB VI  
KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH DAERAH

Bagian Kesatu  
Kewenangan Pemerintah Daerah

Pasal 7

- (1) Menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola, Hospital Bylaws dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit beserta perubahannya.
- (2) Menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit.
- (3) Menunjuk atau menetapkan direksi rumah sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja tiap-tiap individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku.
- (4) Menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang, serta melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala minimal setahun sekali.
- (5) Menetapkan struktur organisasi rumah sakit.
- (6) menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit.
- (7) Bertanggungjawab dan berwenang memberikan arahan kebijakan rumah sakit.
- (8) Bertanggungjawab dan berwenang menetapkan visi serta misi rumah sakit, memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit, serta *me-review* secara berkala misi rumah sakit.
- (9) Bertanggungjawab dan berwenang menilai dan menyetujui rencana anggaran.
- (10) Bertanggungjawab dan berwenang menyetujui rencana strategi rumah sakit.

- (11) Bertanggungjawab dan berwenang mengawasi serta membina pelaksanaan rencana strategis.
- (12) Bertanggungjawab dan berwenang menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan penelitian serta mengawasi kualitas program program tersebut.
- (13) Bertanggungjawab dan berwenang menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima.
- (14) Bertanggungjawab dan berwenang mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya.
- (15) Bertanggungjawab dan berwenang mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan rumah sakit.
- (16) Bertanggungjawab dan berwenang mengawasi serta menjaga hak dan kewajiban rumah sakit dilaksanakan oleh rumah sakit.
- (17) Bertanggungjawab dan berwenang mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua  
Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

Pasal 8

- (1) Pemerintah bertanggungjawab menutup defisit anggaran rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen.
- (2) Pemerintah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

BAB VII  
PENGORGANISASIAN RUMAH SAKIT DAN STRUKTUR ORGANISASI

Pasal 9

- (1) Susunan organisasi Rumah Sakit, terdiri dari:
  - a. Dewan Pengawas;
  - b. Direktur;
  - c. Bidang;
  - d. Bagian;
  - e. Seksi;
  - f. Sub Bagian;
  - g. Satuan Pemeriksa Internal (SPI);
  - h. Komite-komite;
  - i. Kelompok Staf Medik (KSM);
  - j. Instalasi-Instalasi;
  - k. Kelompok Jabatan Fungsional; dan

1. Unit-unit.
- (2) Bidang dipimpin Kepala Bidang berada di bawah dan bertanggungjawab langsung kepada Direktur meliputi:
  - a. Bidang Pelayanan Medik terdiri dari:
    1. Seksi Pelayanan Medik Rawat Jalan dan Rawat Inap; dan
    2. Seksi Pengendalian Mutu Pelayanan Medik.  
Seksi dipimpin Kepala Seksi berada dibawah dan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Bidang.
  - b. Bidang Keperawatan terdiri dari:
    1. Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan dan Rawat Inap; dan
    2. Seksi Pengendalian Mutu Pelayanan Keperawatan.  
Seksi dipimpin Kepala Seksi berada dibawah dan bertanggungjawab langsung kepada Kepala Bidang.
  - c. Bidang Penunjang Medik dan Non Medik terdiri dari:
    1. Seksi Penunjang Medik; dan
    2. Seksi PenunjangNon Medik.  
Seksi dipimpin Kepala Seksi berada dibawah dan bertanggungjawab langsung kepada Kepala Bidang
- (3) Bagian dipimpin Kepala Bagian berada dibawah dan bertanggungjawab langsung kepada Direktur meliputi:

Bagian Tata Usaha terdiri dari:

  - a. Sub Bagian Umum dan kepegawaian;
  - b. Sub Bagian Keuangan; dan
  - c. Sub Bagian Perencanaan Program.  
Sub Bagian dipimpin Kepala Sub Bagian berada di bawah dan bertanggungjawab langsung kepada Kepala Bagian.
- (4) Struktur Organisasi terlampir yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VIII  
DEWAN PENGAWAS  
Bagian Kesatu  
Organisasi  
Pasal 10

- (1) Dewan Pengawas pada RSUD HIS dibentuk dengan Keputusan Bupati.
- (2) Pembentukan dan susunan keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan dengan Surat Keputusan Bupati.
- (3) Jumlah anggota Dewan Pengawas sebanyak 5 (lima) orang dan seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (4) Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:

- a. Sekretaris Daerah Kutai Barat sebagai Ketua.
  - b. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Barat sebagai Anggota.
  - c. Perwakilan dari Masyarakat Adat.
  - d. Ketua Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Kabupaten Kutai Barat.
  - e. Ketua dari perwakilan organisasi profesi kesehatan lainnya.
- (5) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu:
- a. Memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota pengelola rumah sakit, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah dihukum melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
  - c. Mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Bagian Kedua  
Pengangkatan dan Pemberhentian

Pasal 11

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas bisa bersamaan atau tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola rumah sakit.
- (3) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati.
- (4) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), apabila:
  - a. Tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. Tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
  - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit atau; dan
  - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

Bagian Ketiga  
Ketua dan Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh bupati atas usul Direktur Rumah Sakit.

- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Bupati mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan atas usul Direktur Rumah Sakit.
- (3) Tugas Ketua Dewan Pengawas adalah:
  - a. Memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
  - b. Memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal (Hospital Bylaws/Statuta) RSUD HIS melalui Rapat Dewan Pengawas;
  - c. Bekerja sama dengan Pengelola Rumah Sakit untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas. Bilamana rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka Ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu; dan
  - d. Melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c di atas, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (5) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas atas beban Rumah Sakit.
- (6) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas, sedangkan Sekretaris Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

## BAB IX TUGAS, KEWAJIBAN DAN WEWENANG

### Bagian Kesatu Tugas Dewan Pengawas

#### Pasal 13

Dewan Pengawas berfungsi sebagai governing body Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakititan secara internal di rumah sakit. Dalam melaksanakan fungsi tersebut di atas, maka 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;

- h. Mengawasi Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) RSUD HIS sesuai ketentuan perundang-undangan; dan
- i. Menyetujui dan mengawasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.

Bagian Kedua  
Kewajiban Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban:
  - a. Memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Strategi Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola RSUD HIS;
  - b. Mengikuti perkembangan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah RSUD HIS, memberikan pendapat dan saran kepadabupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah RSUD HIS ;
  - c. Memberi nasehat kepada Pejabat Pengelola RSUD HIS dalam melaksanakan pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
  - d. Memberikan masukan, saran, atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja Badan Layanan Umum Daerah RSUD HIS kepada Pejabat Pengelola; dan
  - e. Melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- (2) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e disampaikan sebagai berikut:
  - a. Laporan semester pertama paling lambat 30 hari setelah periode semester berakhir; dan
  - b. Laporan semester kedua (tahunan) paling lambat 40 hari setelah tahun anggaran berakhir.
- (3) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya memuat:
  - a. Penilaian terhadap Renstra, RBA dan pelaksanaannya;
  - b. Penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan lainnya;
  - c. Penilaian ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan;
  - d. Permasalahan-permasalahan pengelolaan BLUD dan solusinya; dan
  - e. Saran dan rekomendasi.
- (4) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, antara lain terkait dengan:
  - a. Penurunan kinerja BLUD;
  - b. Pemberhentian pimpinan BLUD sebelum berakhirnya masa jabatan;

- c. Pergantian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas; dan
  - d. Berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
- (5) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan ayat (4) ditandatangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas.

Bagian Ketiga  
Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 15

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. Menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur RSUD HIS.
- b. Menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal RSUD HIS dengan sepengetahuan Direktur RSUD HIS dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut.
- c. Meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD HIS dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance).
- d. Memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan rumah sakit.
- e. Meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di RSUD HIS terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal RSUD HIS (hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance);
- f. Berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal RSUD HIS (hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance) untuk ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten Kutai Barat; dan
- g. Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSUD HIS.

BAB X  
TATA KERJA DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu  
Rapat Rutin

Pasal 16

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di RSUD HIS.

- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit tiga kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (4) harus melampirkan:
  - a. 1 (satu) salinan agenda;
  - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
  - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Bagian Kedua  
Rapat khusus

Pasal 17

- (1) Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
  - a. Ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
  - b. Ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit dua orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (2) butir b di atas, harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (4) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan. Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Bagian Ketiga  
Rapat Tahunan

Pasal 18

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam satu tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan RSUD HIS, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.



Bagian Keempat  
Undangan Rapat

Pasal 19

Setiap rapat dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Bagian Kelima  
Peserta Rapat

Pasal 20

Setiap rapat rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik dan pihak lain yang ada di lingkungan RSUD HIS atau dari luar lingkungan Rumah Sakit apabila diperlukan.

Bagian Keenam  
Pejabat Ketua

Pasal 21

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

Bagian Ketujuh  
Kuorum

Pasal 22

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

Bagian Kedelapan  
Risalah Rapat

Pasal 23

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan/ditanda tangani oleh ketua Dewan Pengawas dalam waktu maksimal empat belas hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut yang berupa rekomendasi agar dilaksanakan oleh RSUD HIS.

Bagian Kesembilan  
Pemungutan Suara

Pasal 24

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Bagian Kesepuluh  
Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 25

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

Bagian Kesebelas  
Cap

Pasal 26

Cap Dewan Pengawas berbentuk bulat, seperti gambar berikut:

Bagian Keduabelas  
Peran Terhadap Kelompok Staf Medik

Pasal 27

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Kelompok Staf Medik (KSM)

untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan Visi, Misi, Falsafah dan Tujuan RSUD HIS.

- (2) Peran terhadap Kelompok Staf Medik (KSM) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus-menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam Organisasi Komite Medik Rumah Sakit melalui Subkomite kredensial, Komite Mutu Profesi dan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

## BAB XI PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT

### Pasal 28

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah seluruh pejabat struktural baik Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi maupun Kepala Sub Bagian pada Rumah Sakit yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada RSUD HIS.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (3) Direktur bertanggungjawab terhadap operasional rumah sakit kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (4) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (5) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Bupati.
- (6) Direktur diangkat dan diberhentikan berdasarkan keputusan Bupati.
- (7) Direktur secara teknis berkoordinasi dengan kepala Dinas Kesehatan dan secara teknis operasional bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (8) Persyaratan untuk menjadi Direktur adalah Orang yang ahli dibidang Manajemen rumah sakit, pendidikan terakhir minimal dokter dan/ dokter gigi.
- (9) Standar kompetensi Direktur:
  - a. Seorang tenaga medis pegawai Negeri Sipil yang mempunyai kemampuan dan keahlian dalam bidang perumahnyasakit;
  - b. Berpangkat minimal Pembina Tk I (IV/a);
  - c. Berpengalaman menjabat kepala Bidang/bagian di RSUD HIS minimal 1 Tahun; dan
  - d. Mengikuti pelatihan-pelatihan Kepemimpinan, Rencana strategis Bisnis, Rencana Aksi Strategis, Rencana tahunan, Tata kelola Rumah Sakit, Standar pelayanan Minimal, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi Rumah Sakit, Pengelolaan Sumber daya Manusia.

### Pasal 29

- (1) Kabag Tata Usaha di angkat dan diberhentikan berdasarkan Keputusan Bupati.
- (2) Kabag Tata Usaha sebagai Pembina kepegawaian dan keuangan RSUD HIS bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Standar kompetensi Kabag Tata Usaha:
  - a. Seorang pegawai negeri sipil berpendidikan Minimal Strata 1 (S1)
  - b. Berpangkat minimal Penata Tk I (III/d)
  - c. Berpengalaman dibidang Tata Usaha minimal 3 Tahun
  - d. Mengikuti pelatihan-pelatihan dibidang kepemimpinan dan kewirausahaan, Rencanastrategis, Rencana Implementasai, dan rencana tahunan, Sistem Rekrutmen pegawai, Sistem Remunerasi, sistemInformasi Rencana Bisnis Anggaran.

### Pasal 30

- (1) Kepala Bidang di angkat dan diberhentikan berdasarkan keputusan Bupati.
- (2) Kepala bidang sebagai Pembina dibidang Pelayanan, Perawatan, dan Penunjang diRSUD HIS, Bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Persyaratan untuk menjadi kepala bidang adalah orang yang ahli di bidang Pelayanan medis, Keperawatan, serta penunjang kegiatan di RSUD HIS.
- (4) Standar Kompetensi Kepala Bidang:
  - a. Seorang Pegawai Negeri Sipil berpendidikan minimal S1.
  - b. Berpangkat minimal Penata Tk 1 (III/d).
  - c. Berpengalaman di bidang Pelayanan medik dan keperawatan minimal 3 Tahun.
  - d. Mengikuti Pelatihan-pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, Manajemen keperawatan, Standar Pelayanan Minimal, Rencana Strategis Tata kelola Rumah Sakit, Sistem Remunerasi, Pengelolaan SDM Keperawatan.

### Pasal 31

- (1) Kepala sub Bagian dan kepala seksi diangkat dan diberhentikan berdasarkan keputusanBupati.
- (2) Kepala Sub Bagian dan kepala seksi sebagai pelaksana kegiatan di Bagiidan BidangMasing-masing.
- (3) Persyaratan Untuk menjadi kepala seksi adalah orang yang ahli di BidangPelayanan medik, Keperawatan dan Penunjang di RSUD HIS.
- (4) Standar kompetisi Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi:
  - a. Seorang Pegawai Negeri Sipil berpendidikan minimal D3.
  - b. Berpangkat minimal Penata (III/c).

- c. Berpengalaman di bidang keperawatan, Pelayanan Kesehatan, dan Ketatausahaan minimal 3 Tahun.
- d. Mengikuti Pelatihan-pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, Manajemenkeperawatan, Standar Pelayanan Minimal, Rencana Strategis Tata kelola Rumah Sakit, Sistem Remunerasi, dan Pengelolaan SDM Keperawatan.

BAB XII  
TUGAS POKOK PEJABAT PENGELOLA

Bagian Kesatu  
Direktur

Pasal 32

- (1) Direktur mempunyai tugas pokok untuk memimpin pelaksanaan tugas pengelolaan RSUD HIS sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direktur mempunyai tugas:
  - a. Memimpin dan mengurus rumah sakit sesuai dengan tujuan rumah sakit yang telah ditetapkan;
  - b. Mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait dengan rumah sakit;
  - c. Menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan;
  - d. Menetapkan regulasi rumah sakit;
  - e. Menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
  - f. Menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal.
  - g. Menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan
    - a. Menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
    - b. Mengkoordinasikan penyusunan rencana dan program kerja Rumah Sakit;
    - c. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas-tugas kepada bawahan;
    - d. Mengevaluasi, mengendalikan dan membina pelaksanaan tugas bawahan;
    - e. Memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
    - f. Melaksanakan sistem pengendalian intern;
    - g. Menilai hasil kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;

- h. Melaksanakan tugas kedinasan lain yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - i. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Direktur Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan rumah sakit yang dibantu oleh kepala Bagian Tata Usaha.
- (4) Evaluasi/penilaian kinerja Direktur dilakukan oleh Bupati paling sedikit satu kali dalam setahun.
- (5) Direktur rumah sakit yang merupakan Aparatur Sipil Negara menjadi pejabat (kuasa) pengguna anggaran/barang daerah

Bagian Kedua  
Bidang Pelayanan Medik

Pasal 33

- (1) Kepala Bidang Pelayanan Medik mempunyai tugas:
- a. Menyusun rencana dan program kerja bidang;
  - b. Mengkoordinasikan rencana dan program kerja bidang;
  - c. Mengkoordinasikan para kepala seksi;
  - d. Memberi petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
  - e. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - f. Melaksanakan penerapan mekanisme pengaturan dan pengelolaan kegiatan pelayanan medik;
  - g. Menyusun rencana kebutuhan sumber daya berupa sarana prasarana, tenaga, peralatan medis dan kebutuhan lainnya;
  - h. Mengkoordinasikan pelaksanaan pelayanan medis di instalasi terkait;
  - i. Mengkoordinasikan penyusunan dan mengawasi pelaksanaan Medical Staf By Laws;
  - j. Mengkoordinasikan instalasi terkait lainnya untuk memberikan informasi/ penjelasan dan meminta persetujuan (informed consent) atas tindakan medis yang dilaksanakan;
  - k. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahannya;
  - l. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan;
  - m. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur;
  - n. Para kepala bidang/divisi tersebut agar dilibatkan dalam mendefinisikan operasional misi RS;

- o. Bekerja-sama dengan kepala bidang/bagian lain untuk mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi; dan
  - p. Melaksanakan Misi dan regulasi yang ditetapkan oleh Bupati.
- (2) Kepala Seksi Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap mempunyai tugas:
- a. Menyusun rencana dan program kerja bawahan;
  - b. Memberikan petunjuk kepada bawahan;
  - c. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - d. Menyusun dan menyiapkan standar prosedur operasional (SPO) tentang standar tenaga, standar sarana prasarana sebagai pedoman dan bimbingan pelaksanaan program;
  - e. Melaksanakan koordinasi dalam penyusunan kebutuhan sumber daya berupa sarana prasarana, tenaga, peralatan medis, bahan dan kebutuhan lainnya sesuai dengan strategi rumah sakit serta prosedur dan peraturan yang berlaku;
  - f. Mengkoordinasikan instalasi rawat jalan, rawat inap, IGD, bedah serta instalasi terkait lainnya untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan standar pelayanan dan kode etik profesi serta kode etik Rumah Sakit;
  - g. Mengkoordinasikan instalasi rawat jalan, rawat inap, IGD, bedah serta instalasi terkait lainnya untuk memberikan informasi dan meminta persetujuan kepada pasien/keluarga atas tindakan medis atau terapi yang akan diberikan pasien;
  - h. Melaksanakan penyusunan prosedur pelayanan medik;
  - i. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - j. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - k. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas baik secara lisan maupun tertulis kepada Kepala Bidang.
- (3) Kepala Seksi Pengendalian Mutu Pelayanan Medik mempunyai tugas:
- a. Menyusun rencana dan program kerja bawahan;
  - b. Memberikan petunjuk kepada bawahan;
  - c. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - d. menyusun dan menyiapkan standar prosedur operasional (SPO) tentang standar tenaga, standar sarana sebagai pedoman dan bimbingan pelaksanaan program;
  - e. Mengkoordinasikan instalasi rawat jalan, rawat inap, IGD, bedah serta instalasi terkait lainnya untuk melaksanakan pengembangan dan pengendalian mutu pelayanan medis;
  - f. Memantau, membimbing dan menilai pelaksanaan standar pelayanan medik;

- g. Melaksanakan koordinasi dalam penyusunan pedoman pelaksanaan penerapan pengendalian mutu pelayanan medik;
- h. Merencanakan program pendidikan dan pengembangan profesi;
- i. Melaksanakan uji kompetensi dan mengorientasikan tenaga baru maupun pindahan;
- j. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
- k. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- l. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas baik secara lisan maupun tertulis kepada Kepala Bidang.

Bagian Ketiga  
Bidang Keperawatan  
Pasal 34

- (1) Kepala Bidang Keperawatan mempunyai tugas:
- a. Menyusun rencana dan program kerja bidang;
  - b. Mengkoordinasikan rencana dan program kerja bidang;
  - c. Memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
  - d. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - e. Mengkoordinasikan pengaturan kegiatan pelayanan perawatan di seluruh instalasi terkait;
  - f. Mengkoordinasikan rencana pelaksanaan dan evaluasi dan asuhan pelayanan keperawatan di instalasi rumah sakit;
  - g. Mengadakan pemantauan pengawasan evaluasi dan mutu pelayanan asuhan keperawatan sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan;
  - h. Menyusun rencana kebutuhan sumber daya berupa sarana prasarana, tenaga, peralatan keperawatan dan bahan kebutuhan lainnya;
  - i. Menyiapkan, mengatur dan melakukan pengawasan serta evaluasi kebutuhan peralatan/logistik pelayanan dan asuhan keperawatan;
  - j. Melaksanakan penerapan mekanisme pengaturan dan pengelolaan kegiatan pelayanan keperawatan;
  - k. Menyusun dan menerapkan pelaksanaan standar prosedur operasional (SPO) dan ijin kerja tenaga perawat;
  - l. Mengevaluasi kegiatan hasil kerja dan laporan untuk bahan perencanaan berikutnya;
  - m. Melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - n. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;



- o. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - p. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur.
  - q. Bersama sama direktur terlibat dalam mendefinisikan operasional misi RS.
  - r. Bekerja-sama dengan kepala bidang/bagian lain untuk mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.
  - s. Melaksanakan Misi dan regulasi yang ditetapkan oleh Bupati.
- (2) Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan dan Rawat Inap mempunyai tugas:
- a. Menyusun rencana dan program kerja seksi;
  - b. Memberikan petunjuk kepada bawahan;
  - c. Menyusun dan menyiapkan standar prosedur operasional (SPO) tentang pelayanan keperawatan dan etika profesi;
  - d. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - e. Menyiapkan Pedoman Standar Asuhan Keperawatan;
  - f. Melaksanakan koordinasi, pembinaan dan pengendalian kegiatan, penyusunan alat keperawatan;
  - g. Melaksanakan penyusunan rencana kerja, bimbingan pelayanan dan asuhan keperawatan;
  - h. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - i. Melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - j. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - k. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas baik secara lisan maupun tertulis kepada Kepala Bidang.
- (3) Kepala Seksi Pengendalian Mutu Pelayanan Keperawatan mempunyai tugas:
- a. Menyusun rencana dan program kerja seksi;
  - b. Memberikan petunjuk kepada bawahan;
  - c. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - d. Melaksanakan koordinasi dalam penyusunan pedoman pelaksanaan penerapan dan pengendalian mutu pelayanan asuhan keperawatan pengembangan profesi dan etika keperawatan;
  - e. Merencanakan program pendidikan dan pengembangan profesi keperawatan;
  - f. Melaksanakan pengembangan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan;

- g. Memantau, membimbing dan menilai pelaksanaan pelayanan dan asuhan keperawatan;
- h. Melaksanakan orientasi serta uji kompetensi bagi tenaga baru maupun tenaga pindahan;
- i. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggung jawabkan hasil kerja bawahan;
- j. Melaksanakan sistem pengendalian intern;
- k. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- l. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas baik secara lisan maupun tertulis kepada Kepala Bidang.

Bagian Keempat  
Bidang Penunjang Medik dan Non Medik

Pasal 35

- (1) Kepala Bidang Penunjang Medik dan Non Medik mempunyai tugas:
- a. Menyusun rencana dan program kerja bidang;
  - b. Mengkoordinasikan rencana dan program kerja bidang;
  - c. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - d. Mengkoordinasikan para kepala seksi;
  - e. Membimbing dan memberikan petunjuk kepada kepala seksi dan bawahan;
  - f. Mengkoordinasikan kegiatan dan pemeliharaan peralatan kesehatan, Pemeliharaan Sarana, Pengelolaan Limbah Medik, diagnostik (laboratorium dan radiologi), farmasi, gizi, Rekam Medik, sterilisasi, Laundry, dan Pemulasaraan Jenazah;
  - g. Mengevaluasi kegiatan hasil kerja dan laporan untuk bahan perencanaan berikutnya;
  - h. Melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - i. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggung jawabkan hasil kerja bawahan;
  - j. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - k. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas baik secara lisan maupun tertulis kepada direktur.
  - l. Bersama sama direktur terlibat dalam mendefinisikan operasional misi RS.
  - m. Bekerja-sama dengan kepala bidang/bagian lain untuk mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.
  - n. Melaksanakan Misi dan regulasi yang ditetapkan oleh Bupati.
- (2) Kepala Seksi Penunjang Non Medik mempunyai tugas:

- a. Menyusun rencana dan program kerja seksi;
  - b. Memberikan petunjuk kepada bawahan;
  - c. Menyusun dan melaksanakan standar prosedur operasional (SPO) tentang pemeliharaan sarana, pengelolaan limbah medis, Laundry, sterilisasi alat kesehatan, dan Ambulance;
  - d. Menyusun program pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian sarana dan prasarana alat kesehatan;
  - e. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan penggunaan serta pemeliharaan dan sterilisasi alat kesehatan;
  - f. Merencanakan kebutuhan pemeliharaan dan sterilitas peralatan kesehatan;
  - g. Melaksanakan pengelolaan kegiatan pemeliharaan dan sterilitas seluruh peralatan kesehatan yang dimiliki oleh rumah sakit;
  - h. Melaksanakan pemeliharaan sterilisasi ruang OK Rumah Sakit;
  - i. Melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - j. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - k. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - l. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bidang.
- (3) Kepala Seksi Penunjang Medik:
- a. Menyusun rencana dan program kerja seksi;
  - b. Memberikan petunjuk kepada bawahan;
  - c. Menyusun dan menyiapkan standar prosedur operasional (SPO) tentang penunjang diagnostik (Laboratorium dan Radiologi), Rehabilitasi Medik, instalasi farmasi, instalasi gizi dan Pemulasaraan Jenazah;
  - d. Menyusun program pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan pengelolaan diagnostik, optik, instalasi farmasi, instalasi gizi dan Pemulasaraan Jenazah;
  - e. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - f. Melaksanakan kegiatan pengelolaan diagnostik, Rehabilitasi Medik, instalasi farmasi, instalasi gizi dan Pemulasaraan Jenazah;
  - g. Melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - h. Menilai prestasi kerja bawahan dan bertanggung jawabkan hasil kerja bawahan;
  - i. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - j. Melaporkan hasil pelaksanaan kepada Kepala Bidang.

Bagian Kelima  
Bagian Tata Usaha

Pasal 36

- (1) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas:
- a. Mengkoordinir penyusunan dan perencanaan program;
  - b. Mengkoordinir pelaksanaan urusan administrasi kepegawaian;
  - c. Mengkoordinir penyusunan anggaran dan pengelolaan keuangan;
  - d. Mengkoordinir penataan administrasi dan tata usaha;
  - e. Mengkoordinir penataan dan pemutakhiran system database dan kearsipan;
  - f. Mengkoordinir pelaksanaan koordinasi, komunikasi dan informasi antara bidang/bagian;
  - g. Mengkoordinasikan rencana dan program kerja bagian;
  - h. Mengkoordinasikan pada Kepala Sub Bagian;
  - i. Mengatur dan mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - j. Membimbing dan memberi petunjuk kepada Kepala Sub Bagian;
  - k. Melaksanakan penatausahaan urusan tata usaha dan kearsipan;
  - l. Melaksanakan urusan Rumah Tangga dan perlengkapannya;
  - m. Melaksanakan pengelolaan urusan kepegawaian serta penyelenggaraan Diklat;
  - n. Melaksanakan pengawasan terhadap kebersihan, kenyamanan dan keamanan Rumah Sakit;
  - o. Melaksanakan kegiatan protokoler;
  - p. Menghimpun dan mempelajari peraturan perundangan, kebijakan teknis, pedoman dan petunjuk teknis serta melaksanakan penyelenggaraan kerjasama dan MOU dengan pihak pemerintah, swasta atau lembaga lainnya;
  - q. Melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - r. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggung jawabkan hasil kerja bawahan;
  - t. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan;
  - u. Bersama sama direktur terlibat dalam mendefinisikan operasional misi RS;
  - v. Bekerja-sama dengan kepala bidang/bagian lain untuk mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi; dan
  - w. Melaksanakan Misi dan regulasi yang ditetapkan oleh Bupati.
- (2) Kepala Sub Bagian Umum Kepegawaian mempunyai tugas:
- a. Menyusun rencana dan program kerja Sub Bagian;

- b. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
- c. Membimbing dan memberikan petunjuk kepada bawahan;
- d. Menyusun standar prosedur operasional (SPO) dan rencana kebutuhan rumah tangga dan barang;
- e. Memelihara kenyamanan, keamanan, ketertiban, dan kebersihan kantor;
- f. Menyelenggarakan urusan tata usaha/surat menyurat, kearsipan dan keprotokolan, rumah tangga dan perlengkapannya;
- g. Melaksanakan pengendalian naskah dinas yang masuk dan keluar rumah sakit;
- h. Melakukan pengendalian dan pengawasan konsumsi;
- i. Menghimpun dan mempelajari peraturan perundangan, kebijakan teknis, pedoman dan petunjuk teknis serta melaksanakan penyelenggaraan kerjasama dan MOU dengan pihak pemerintah, swasta atau lembaga lainnya;
- j. Menyusun dan meneliti rancangan produk hukum;
- k. Melaksanakan sistem pengendalian intern;
- l. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggung jawabkan hasil kerja bawahan;
- m. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- n. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepala Kepala Bagian.
- o. Menyusun standar prosedur operasional (SPO) tentang administrasi kepegawaian dan rencana program kerja Sub Bagian;
- p. Membuat buku penjaminan pegawai;
- q. Mengadakan koordinasi dengan unit terkait dalam rangka perencanaan diklat pegawai;
- r. Mengkoordinasikan dengan instansi terkait untuk penyelenggaraan dan pelaksanaan diklat pegawai;
- s. Menyelenggarakan, melaksanakan, dan mengelola administrasi kepegawaian, kesejahteraan pegawai, dan pendidikan pelatihan pegawai;
- t. Menyiapkan bahan usul kepangkatan, pembinaan, pemberhentian, mutasi, kenaikan pangkat, kenaikan gaji berkala, kartu pegawai, jaminan kesehatan, taspen;
- u. Membuat konsep usul pengangkatan, pemindahan, pemberhentian, mutasi, kenaikan pangkat termasuk kenaikan pangkat melalui angka kredit jabatan fungsional, gaji berkala, cuti, penghargaan dan usul lainnya;
- v. Melakukan analisis jabatan pegawai;
- w. Membuat rekapitulasi absensi pegawai;
- x. Membuat, menghimpun dan memelihara daftar urut kepangkatan (DUK);

- y. Menyiapkan blanko-blanko kepegawaian;
  - z. Menyiapkan rekapitulasi prosedur kepegawaian secara periodik;
  - aa. Menata dan menyimpan berkas kepegawaian;
  - bb. Menyelenggarakan kegiatan upacara bendera baik kedinasan maupun kenegaraan atau nasional;
  - cc. Melaksanakan sistem pengendalian intern; dan
  - dd. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan.
- (3) Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Program Rumah Sakit mempunyai tugas:
- a. Menyusun rencana dan program kerja Sub Bagian;
  - b. Memberikan petunjuk kepada bawahan;
  - c. Melaksanakan penyiapan bahan dan melaksanakan koordinasi dalam penyusunan rencana strategis pembangunan, rencana program, Rencana Bisnis Anggaran (RBA, dan pengembangan Rumah Sakit Umum Daerah;
  - d. Menyiapkan rumusan kebijakan program kerja dan rencana kerja kegiatan;
  - e. Menyiapkan dan menyusun bahan pengembangan kerjasama lintas sektor;
  - f. Menyelenggarakan system informasi manajemen dan pelaporan;
  - g. Melaksanakan koordinasi, sinkronisasi penyusunan rencana kegiatan tahunan Rumah Sakit Umum Daerah;
  - h. Melaksanakan monitoring dan koordinasi dalam rangka penyusunan bahan evaluasi dan laporan kegiatan;
  - i. Menyiapkan bahan dan sarana pertimbangan kepada pimpinan dalam rangka pengendalian dan pengembangan serta pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah;
  - j. Melakukan evaluasi pelaksanaan rencana dan program pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah;
  - k. Melakukan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Intansi Pemerintah (LAKIP);
  - l. Menyusun penetapan kinerja rumah sakit;
  - m. Mengatur mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - n. Melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - o. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggung jawabkan hasil kerja bawahan;
  - p. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan;
  - q. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bagian; dan
  - r. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Bagian Tata Usaha sesuai dengan bidang tugasnya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (4) Kepala sub Bagian Keuangan mempunyai tugas:
- a. Menyusun rencana dan program kerja Bagian;
  - b. Mengkoordinasikan rencana dan program kerja Bagian;
  - c. Mengkoordinasikan para Kepala Sub Bagian;
  - d. Membimbing dan memberi petunjuk kepada Kepala Sub Bagian dan bawahan;
  - e. Menyusun rencana anggaran biaya langsung dan tak langsung;
  - f. Menyusun perencanaan pendapatan dan keuangan;
  - g. Menyusun retribusi pelayanan, remunerasi/jasa pelayanan dan unit cost;
  - h. Menyelenggarakan tata usaha keuangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan pedoman yang telah ditetapkan;
  - i. Mengatur mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - j. Melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - k. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - l. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan;
  - m. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Wakil Direktur; dan
  - n. Menyusun laporan keuangan dan laporan kinerja keuangan BLUD.
- (5) Perbendaharaan mempunyai tugas:
- a. Menyusun rencana dan program kerja Sub Bagian;
  - b. Melaksanakan tugas penyusunan anggaran belanja rumah sakit baik anggaran langsung maupun anggaran tidak langsung;
  - c. Mengatur mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - d. Membimbing dan memberikan petunjuk kepada bawahan;
  - e. Mengeluarkan uang yang bersumber dari anggaran langsung dan tidak langsung sesuai dengan anggaran, otorisasi, verifikasi, pembukuan dan pertanggungjawaban keuangan;
  - f. Membayar tagihan-tagihan lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - g. Membayar gaji dan insentif pegawai dilingkungan rumah sakit;
  - h. Melaksanakan sistim pengendalian intern dan membuat laporan keuangan yang dibutuhkan pihak internal maupun eksternal;
  - i. Membantu pencatatan dan pelaporan keuangan serta meverifikasi seluruh pengeluaran rumah sakit;
  - j. Membuat jurnal umum, buku kas pengeluaran;

- k. Membuat laporan neraca, aktivitas R/K aliran kas dan realisasi anggaran serta catatan atas laporan keuangan dan Laporan Kinerja Keuangan BLUD;
- l. Melakukan verifikasi terhadap pengeluaran cek/BG/transfer dari kasir pengeluaran dengan rekening bank;
- m. Memverifikasi bukti pengeluaran berupa lembar order, lembar pengeluaran kas, legality form dan nota/kwitansi;
- n. Melakukan pemeriksaan dan penelitian terhadap anggaran langsung dan tak langsung;
- o. Mengumpulkan, mengolah, menyajikan dan menganalisa data-data keuangan sehingga menjadi informasi yang akurat;
- p. Menyampaikan laporan pertanggungjawaban mengenai seluruh pengeluaran keuangan Rumah Sakit yang dituangkan dalam administrasi akuntansi;
- q. Menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggung jawabkan hasil kerja bawahan;
- r. Melaksanakan sistem pengendalian intern;
- s. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang dituaskan oleh atasan; dan
- t. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bagian

Bagian Keenam  
Wewenang Direktur

Pasal 37

Direktur mempunyai wewenang untuk:

- a. Memimpin dan mengelola Rumah Sakit sesuai dengan tujuan RSUD HIS dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. Menggunakan, memelihara dan mengelola aset Rumah Sakit;
- c. Mewakili Rumah Sakit baik di dalam dan di luar Pengadilan;
- d. Menetapkan kebijakan anggaran modal dan operasional rumah sakit;
- e. Menetapkan Kebijakan dan prosedur, menyetujui pendidikan, penelitian dan pengembangan para profesional dibidang kesehatan;
- f. Pengembangan usaha dalam mengelola RSUD HIS sebagaimana yang telah digariskan oleh Pemerintah Kabupaten Kutai Barat;
- g. Menyiapkan Rencana Jangka Panjang dan Rencana Bisnis dan Anggaran RSUD HIS;
- h. Mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi RSUD HIS sesuai dengan kelaziman yang berlaku bagi Rumah Sakit.
- i. Mengusulkan Organisasi dan Tata Kerja RSUD HIS lengkap dengan susunan jabatan dan rincian tugasnya untuk disetujui oleh bupati;
- j. Menyetujui kebijakan dan prosedur serta menyetujui pendidikan para profesional kesehatan dan penelitian.



- k. Mengangkat dan memberhentikan tenaga honorer dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- l. Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban tenaga honorer dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- m. Menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkalla.

BAB XIII  
SATUAN PEMERIKSA INTERNAL (SPI)

Pasal 38

- (1) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD HIS.
- (2) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Satuan Pemeriksa Internal terdiri dari:
  - a. Kepala;
  - b. Sekretaris;
  - c. Anggota:
    - 1. Auditor Unit Pelayanan Medik;
    - 2. Auditor Unit Penunjang Medik dan Non Medik;
    - 3. Auditor Keperawatan; dan
    - 4. Auditor Ketatausahaan.
- (4) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pemeriksa Internal (SPI) 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 dan perundang-undangan;
  - d. Melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur.
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (3), Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berfungsi:
  - a. Unit monitoring yang bersifat independen untuk :

1. Membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
  2. Melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
  3. Melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan rumah sakit;
- b. Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dalam melaksanakan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada Direktur
- (6) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (7) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

#### BAB XIV RAPAT DIREKSI

##### Pasal 39

- (1) Rapat Direksi diselenggarakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali.
- (2) Dalam rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan Rumah Sakit sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajibannya.
- (3) Keputusan Rapat Direksi diambil berdasarkan musyawarah mufakat, bila tidak tercapaikata mufakat maka diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (4) Untuk setiap rapat harus dibuat notulen dan daftar hadir.

#### BAB XV KOMITE-KOMITE

##### Pasal 40

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien maka perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah professional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), farmasi dan terapi serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Pembentukan komite-komite yaitu:
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Etik dan Hukum;
  - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
  - e. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
  - f. Komite Farmasi dan Terapi;
  - g. Komite Tenaga Kesehatan Lain dan;

- h. Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit.
- (3) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

BAB XVI  
KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu  
Pengorganisasian Komite Medik

Pasal 41

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

Bagian Kedua  
Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik

Pasal 42

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur RSUD HIS.
- (2) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:
- a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Subkomite.
- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di rumah sakit.
- (5) Anggota Komite Medik terbagi kedalam Subkomite.

Bagian Ketiga  
Pemilihan Komite Medik

Pasal 43

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit;
- (2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua-ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berda-sarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di rumah sakit.

Bagian Keempat  
Tugas dan Fungsi Komite Medik

Pasal 44

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara:

- a. Melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD HIS;
  - b. Memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. Menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (2) 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 yang berlaku;
  - b. Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    1. Kompetensi;
    2. Kesehatan fisik dan mental;
    3. Perilaku; dan
    4. Etika profesi.
  - c. Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
  - d. Wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
  - e. Penilaian dan pemutusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
  - 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 Penugasan Klinis.
- (3) 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 medik;
  - c. Rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik rumah sakit; dan
  - d. Rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik 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 perilaku profesional di rumah sakit; dan
  - d. Pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Bagian Kelima  
Wewenang Komite Medik

Pasal 45

- (1) Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis/delineation of clinical privilege.
- (2) Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis/clinical appointment.
- (3) Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis/clinical privilege.
- (4) Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis/ delineation of clinical privilege.
- (5) Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis.
- (6) Memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan.
- (7) Memberikan rekomendasi pendampingan/proctoring.
- (8) Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Bagian Keenam  
Sub Komite

Pasal 46

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite yang ada di RSUD HIS terdiri dari:
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

BAB XVII  
SUB KOMITE KREDENSIAL

Bagian Kesatu  
Komite Kredensial

Pasal 47

Untuk memproteksi masyarakat, Komite Medik memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf medik di rumah sakit melalui Sub Komite Kredensial.

Bagian Kedua  
Pengorganisasian Sub Komite Kredensial

Pasal 48

- (1) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan

- c. Anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi.
  - (3) Sub Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur Rumah Sakit. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan Kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan.
  - (4) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur RSUD HIS tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf medis.
  - (5) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

Bagian Ketiga  
Tata Kerja Sub Komite Kredensial

Pasal 49

- (1) Staf medis mengajukan permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur Rumah Sakit dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Komite Medik.
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (4) Pengkajian oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:
  - a. Kompetensi:
    1. Berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
    2. Kognitif;
    3. Afektif; dan
    4. Psikomotor;
  - b. Kompetensi fisik;
  - c. Kompetensi mental/perilaku; dan
  - d. Perilaku etis;
- (5) Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (6) Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara :
  - a. Menyusun daftar Kewenangan Klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
  - b. Mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan

- c. Mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik;
- (7) Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
  - (8) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa:
    - a. Kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
    - b. Kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
    - c. Kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
    - d. Kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
    - e. Kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/ dimodifikasi; dan
    - f. Kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri;
  - (9) Bagi staf medis yang ingin memulihkan Kewenangan Klinis yang dikurangi atau menam-bah Kewenangan Klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur Rumah Sakit. Selanjutnya, Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (proctoring)

## BAB XVIII SUB KOMITE MUTU PROFESI

### Bagian Kesatu Komite Mutu Profesi

#### Pasal 50

Untuk menjaga mutu profesi para staf medis, Komite Medik mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis melalui Sub Komite Mutu Profesi.

### Bagian Kedua Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi

#### Pasal 51

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

### Bagian Ketiga Tata Kerja Sub Komite Mutu Profesi

#### Pasal 52

- (1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu:

- a. Sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
  - b. Sebagai dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis/Clinical Privilege sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. Sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penanggu-han Kewenangan Klinis/Clinical Privilege; dan
  - d. Sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis:
- a. Pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
  - b. Penetapan standar dan kriteria;
  - c. Penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
  - d. Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
  - e. Melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
  - f. Menerapkan perbaikan; dan
  - g. Rencana reaudit.
- (3) Subkomite Mutu Profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis:
- a. Menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
  - b. Pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (death case), kasus sulit maupun kasus langka;
  - c. Setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
  - d. Notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip Sub Komite Mutu Profesi;
  - e. Sub Komite Mutu Profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Sub Komite Mutu Profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
  - f. Setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Sub Komite Mutu Profesi pertahun;
  - g. Sub Komite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
  - h. Menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya; dan



- i. Memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Manajemen.
- (4) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (proctoring) bagi staf medis yang membutuhkan:
- a. Menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis; dan
  - b. Komite medik berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (proctoring) tersebut.

## BAB XIX SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

### Bagian Kesatu Komite Etika Dan Disiplin Profesi

#### Pasal 53

Peran Komite Medik dalam upaya pendisiplinan staf medis dilakukan oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

### Bagian Kedua Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

#### Pasal 54

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

### Bagian Ketiga Tata Kerja Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

#### Pasal 55

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan:
  - a. Peraturan internal rumah sakit;
  - b. Peraturan internal staf medis;
  - c. Etika rumah sakit; dan
  - d. Norma etika medis dan norma-norma bioetika.
- (2) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu:
  - a. Pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - b. Prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. Daftar Kewenangan Klinis di rumah sakit;
  - d. Kode etik kedokteran Indonesia;

- e. Pedoman perilaku profesional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
  - f. Pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
  - g. Pedoman pelayanan medik/klinik; dan
  - h. Standar prosedur operasional asuhan medis.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi. Panel terdiri dari 3 orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
- a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
  - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur RSUD HIS atau Direktur Rumah Sakit terlapor.
- (4) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut:
- a. Sumber laporan:
    - 1. Perorangan:
      - a) Manajemen rumah sakit;
      - b) Staf medis lain;
      - c) Tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan; dan
      - d) Pasien atau keluarga pasien;
    - 2. Non perorangan:
      - a) Hasil konferensi kematian; dan
      - b) Hasil konferensi klinis;
  - b. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain:
    - 1. Kompetensi klinis;
    - 2. Penatalaksanaan kasus medis;
    - 3. Pelanggaran disiplin profesi;
    - 4. Penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit; dan
    - 5. Ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien;
  - c. Pemeriksaan:
    - 1. Dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
    - 2. Melalui proses pembuktian;
    - 3. Dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik;

4. Terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
  5. Panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
  6. Seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia;
- d. Keputusan:
- Keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur RSUD HIS melalui Komite Medik.
- e. Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi di rumah sakit berupa:
1. Peringatan tertulis;
  2. Limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
  3. Bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
  4. Pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.
  5. Pelaksanaan Keputusan:  
keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur RSUD HIS oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.
- (5) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesi-onalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medik.
- (6) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Bagian Keempat  
Rapat Komite Medik

Pasal 56

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :

- a. Rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan staf medis yang diselenggarakan setiap 1(satu) bulan sekali;
  - b. Rapat koordinasi dengan pejabat pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
  - c. Rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya urgent; dan
  - d. Rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahunan.
- (2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris apabila ketua tidak dapat hadir;
  - (3) Rapat Rutin 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 dalam batas waktu 15 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum;
  - (4) Setiap Rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik;
  - (5) Keputusan rapat komite medik didasarkan atas suara terbanyak;
  - (6) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang;
  - (7) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir;
  - (8) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat;
  - (9) 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 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Kelima  
Rapat Khusus

Pasal 57

- (1) Rapat khusus diadakan apabila :
  - a. Ada permintaan dan tanda tangan paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
  - b. Ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh komite medik; dan
  - c. Rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik, atau dalam hal kourum, tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua komite medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan;

- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut;
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf a harus dilakukan 7(tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Bagian Keenam  
Rapat Tahunan

Pasal 58

- (1) Rapat Tahunan Komite Medik diselenggarakan sekali dalam setahun;
- (2) Rapat Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

BAB XX  
KOMITE ETIK DAN HUKUM

Pasal 59

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk guna membantu Direktur untuk mensosialisasikan kewajiban rumah sakit kepada semua unsur yang ada di rumah sakit meliputi kewajiban umum rumah sakit, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap staf, menyelesaikan masalah medikolegal dan etika rumah sakit serta melakukan koordinasi dengan Bagian Hukum Sekretariat Daerah Kabupaten Kutai Barat dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemerintah Daerah kabupaten Kutai Barat dalam menyelesaikan masalah medikolegal.
- (2) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD HIS.
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala bagian dan Kepala bidang.
- (4) Dalam melaksanakan tugas Komite Etik dan Hukum berfungsi:
  - a. Menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi medikoetikolegal, baik internal maupun eksternal RSUD HIS;
  - b. Menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di RSUD HIS;
  - c. Menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di RSUD HIS; dan
  - d. Melaksanakan koordinasi dengan sub komite etik dan disiplin profesi medis dan keperawatan
- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (4) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB XXI  
KOMITE KEPERAWATAN

Bagian Kesatu  
Pengorganisasian Komite Keperawatan

Pasal 60

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan;

Bagian Kedua  
Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan

Pasal 61

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur RSUD HIS;
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite;
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan terbagi kedalam Subkomite.

Bagian Ketiga  
Pemilihan Pengurus Komite Keperawatan

Pasal 62

- (1) Ketua Komite Organisasi Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD HIS.
- (2) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD HIS.

Bagian Keempat  
Tugas dan Fungsi Komite Keperawatan

Pasal 63

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur Rumah Sakit 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. Penggalian 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;
- f. Penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

Bagian Kelima  
Wewenang Komite Keperawatan

Pasal 64

- (1) Membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (Panitia Ad Hoc) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan.
- (2) Mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi.
- (3) Mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan.
- (4) Membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir.
- (5) Memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

Bagian Keenam  
Sub Komite

Pasal 65

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur RSUD HIS berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite yang ada di RSUD HIS terdiri atas:
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.

Bagian Ketujuh  
Sub Komite Kredensial

Pasal 66

- (1) Sub Komite Kredensial mempunyai tugas:
  - a. Menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
  - b. Menyusun buku putih;
  - c. Menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
  - d. Merekomendasikan tahapan proses kredensial;
  - e. Merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
  - f. Melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun; dan

- g. Membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya team ad hoc, kepada semua komite keperawatan.

Bagian Kedelapan  
Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 67

- (1) Sub Komite Mutu Profesi mempunyai tugas:
  - a. Menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
  - b. Merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. Melakukan audit asuhan keperawatan; dan
  - d. Memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut pada ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya team add hoc kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

Bagian Kesembilan  
Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

Pasal 68

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mempunyai tugas:
  - a. Melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. Melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
  - d. Merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
  - e. Merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis; dan
  - f. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana tersebut Pada ayat (1), komite keperawatan membentuk team ad hoc baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja team ad hoc sebagaimana pada ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.



Bagian Kesepuluh  
Rapat

Pasal 69

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari: Rapat Kerja, Rapat Rutin, Rapat Pleno, dan Sidang tahunan.
- (3) Rapat Kerja:
  - a. Rapat Kerja Keperawatan dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
  - b. Rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan;
  - c. Sub komite, kasi keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan;
  - d. Agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat Rutin:
  - a. Rapat rutin keperawatan dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali diikuti oleh Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota Komite Keperawatan;
  - b. Agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah Keperawatan;
  - c. Rapat rutin Keperawatan dipimpin oleh Kepala Bidang Keperawatan atau Ketua Komite Keperawatan.
- (5) Rapat Pleno:
  - a. Rapat pleno keperawatan 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:
  - a. Sidang tahunan Keperawatan 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, Panitia-Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan;
  - c. Agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu;

- d. Keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 peserta yang hadir.

BAB XXII  
KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

Pasal 70

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ( PPI ) dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai tugas:
  - a. Memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
  - b. Menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit;
  - c. Melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi Rumah Sakit;
  - d. Merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
  - e. Membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi
  - f. Melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - g. Memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa rumah sakit;
  - h. Menerima laporan atas kegiatan tim PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktur;
- (3) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bagian dan Kepala Bidang.

BAB XXIII  
KOMITE FARMASI DAN TERAPI

Pasal 71

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
  - a. Membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
  - b. Melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;

- c. 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; dan
  - g. Membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
  - (4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bagian dan Kepala Bidang.

#### BAB XXIV

#### KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

##### Bagian Kesatu

##### Organisasi dan Keanggotaan

##### Pasal 72

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit;
- (2) Susunan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) terdiri dari :
  - a. Ketua Komite PMKP
  - b. Koordinator:
    1. Koordinator mutu klinik;
    2. Koordinator mutu manajemen; dan
    3. Koordinator keselamatan pasien.
- (3) Masa tugas Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) pada RSUD HIS selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Dalam pelaksanaan tugas Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) pada RSUD HIS bertanggungjawab kepada Direktur.

##### Bagian Kedua

##### Tugas Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

##### Pasal 73

- (1) Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) mempunyai tugas:
  - a. Menyusun kebijakan dan strategi dan membuat program Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;

- b. Melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
  - c. Mengevaluasi terhadap implementasi SPO Pelayanan dan administrasi, program penjamin mutu serta menjalankan peran dan melakukan motivator, edukator, konsultasi, monitoring, evaluasi implementasi program keselamatan pasien rumah sakit;
  - d. Menyusun dan mensosialisasikan laporan hasil pencapaian program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
  - e. Menyusun jadwal besar kegiatan akreditasi nasional dan internasional;
  - f. Memfasilitasi kegiatan terkait penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
  - g. Melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/komite/unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus pada pasien dan manajemen;
  - h. Bersama-sama dengan bagian diklat rumah sakit melakukan pelatihan internal mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
  - i. Menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik dan manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
  - j. Melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam RCA(Root Cause Analysis) dan FMEA (Failure Mode Effect Analysis);
  - k. Memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKPRS PERSI; dan
  - l. Mengkoordinir investigasi dan masalah terkait:
    - 1. Kondisi Potensial Cedera (KPC),
    - 2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC),
    - 3. Kejadian Tidak Cedera (KTC),
    - 4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan 5 Kejadian Sentinel.
- (2) Koordinator Mutu Klinik mempunyai tugas:
- a. Membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Klinik;
  - b. Mengevaluasi implementasi SPO 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; dan
  - j. Membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (3) Koordinator Mutu Manajemen mempunyai tugas:
- a. Membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Manajemen;
  - b. Mengevaluasi implementasi SPO 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; dan
  - j. Membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (4) Koordinator Keselamatan Pasien mempunyai tugas:
- 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 KKKRS PERSI;
  - d. Mengkoordinir investigasi dan masalah terkait Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel; dan
  - e. Secara berkala membuat laporan kegiatan ke pimpinan rumah sakit.

BAB XXV  
KELOMPOK STAF MEDIS

Pasal 74

- (1) Kelompok Staf Medis adalah kelompok dokter yang bekerja dibidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Kelompok Staf Medis mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya kelompok staf medis menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

BAB XXVI  
INSTALASI

Pasal 75

- (1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) RSUD HIS membentuk Instalasi yang terdiri dari:
  - a. Instalasi rawat jalan;
  - b. Instalasi rawat inap & bedah;
  - c. Instalasi gawat darurat;
  - d. Instalasi farmasi;
  - e. Instalasi pemeliharaan sarana;
  - f. Instalasi Gizi;
  - g. Instalasi Rehabilitasi Medik;
  - h. Instalasi Radiologi;
  - i. Instalasi laboratorium;
  - j. Instalasi CSSD;
  - k. Instalasi rekam medik;
  - l. Instalasi IPAL; dan
  - m. Instalasi Laundry.
- (3) Setiap penyusunan dan tata kerja instalasi rumah sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan cross functional approach secara vertikal dan horizontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.
- (4) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi.
- (6) Kepala Instalasi dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.

- (7) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Bidang.
- (8) Bidang yang bertanggungjawab terhadap instalasi akan ditetapkan berdasarkan surat keputusan Direktur.
- (9) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

BAB XXVII  
KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

Pasal 76

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan berdasarkan jabatan fungsional masing-masing sesuai dengan keahlian dan kebutuhan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Masing-masing tenaga fungsional dimaksud berada dilingkungan unit kerja rumah sakit sesuai kompetensinya.

BAB XXVIII  
TATA KERJA

Pasal 77

- (1) Dalam rangka melaksanakan tugas setiap pimpinan satuan unit kerja dilingkungan RSUD HIS 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;
- (2) Setiap pimpinan satuan unit kerja wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (3) Setiap pimpinan satuan unit kerja bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan;
- (4) Setiap pimpinan satuan unit kerja wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala;

- (5) Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan satuan unit kerja dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan;
- (6) Kepala Bidang, Kepala bagian, Kepala Seksi, Kepala Sub Bagian dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

BAB XXIX  
MAKSUD DAN TUJUAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK  
(MEDICAL STAFF BYLAWS)

Pasal 78

- (1) Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Medik adalah agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (Good Clinical Governance) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- (2) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medik meliputi:
  - a. Tercapainya kerjasama yang baik antara staf medik dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili diantara staf medis dengan Direktur Rumah Sakit;
  - b. Tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
  - c. Terciptanya tanggungjawab staf medik terhadap mutu pelayanan medis di Rumah Sakit;
  - d. Untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (peer group) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik yang dilandasi semangat bahwa hanya staf medik yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

BAB XXX  
KEWENANGAN KLINIS (CLINICAL PRIVILEGE)

Bagian Kesatu  
Kewenangan

Pasal 79

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur RSUD Harapan Insan Sendawar.
- (2) Kewenangan Klinis seperti dimaksud pada ayat (1) adalah berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur RSUD Harapan Insan Sendawar atas rekomendasi Komite Medik melalui Subkomite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota KSM.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota KSM untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.



- (5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) adalah Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur RSUD Harapan Insan Sendawar berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit asal dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di RSUD Harapan Insan Sendawar kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Subkomite Kredensial Komite Medik.

Bagian Kedua  
Proses Penilaian Kewenangan Klinis

Pasal 80

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis:

- a. Pendidikan:
  1. Lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi;
  2. Menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
- b. Perizinan (lisensi):
  1. Memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
  2. Memiliki ijin praktek dari Dinas Kesehatan kabupaten Kutai Barat yang masih berlaku.
  3. Kegiatan penjaminan mutu profesi:
    - a) Menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya;
    - b) Berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
  4. Kualifikasi personal:
    - a) Riwayat disiplin dan etik profesi;
    - b) Keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
    - c) Keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
    - d) Riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;
    - e) Memiliki asuransi proteksi profesi.
  5. Pengalaman di bidang keprofesian:
    1. Riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
    2. Riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Bagian Ketiga  
Pembatasan Kewenangan Klinis

Pasal 81

- (1) Komite Medik bila memandang perlu dapat memberi rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit agar Kewenangan Klinis anggota KSM dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Subkomite Kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota KSM tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di RSUD Harapan Insan Sendawar dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.
- (3) Subkomite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota KSM setelah terlebih dahulu:
  - a. Ketua KSM mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
  - b. Komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Subkomite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota KSM yang bersangkutan;
  - c. Subkomite Kredensial berhak memanggil anggota KSM yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan;
  - d. Subkomite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

Bagian Keempat  
Pencabutan Kewenangan Klinis

Pasal 82

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur RSUD Harapan Insan Sendawar atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila:
  - a. Adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - b. Adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi;
  - c. Mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

Bagian Kelima  
Pengakhiran Kewenangan Klinis

Pasal 83

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur RSUD Harapan Insan Sendawar atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (SPK):
  - a. Habis masa berlakunya;
  - b. Dicabut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 82 ayat (2).

BAB XXXI  
PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)

Pasal 84

- (1) Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan Klinis (SPK) dari Direktur RSUD Harapan Insan Sendawar berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap staf medis yang direkomendasikan Komite Medik.
- (2) Tanpa Surat Penugasan Klinis (SPK) maka seorang staf medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (member) staf medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di RSUD Harapan Insan Sendawar.

BAB XXXII  
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 85

Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan aturan-aturan profesi bagi staf medis secara tersendiri diluar Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff Bylaws). Aturan profesi tersebut antara lain:

- a. Pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. Kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai; dan
- c. Kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

BAB XXXIII  
TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL STAF  
MEDIS

Pasal 86

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff Bylaws) dapat dilakukan berdasarkan adanya perubahan peraturan perundang-undangan yang mendasarinya;

- (2) Waktu perubahan peraturan internal staf medis ini dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun;
- (3) Perubahan yang dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medik RSUD Harapan Insan Sendawar;
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis dan staf manajemen terkait melalui lokakarya dan terakhir disahkan oleh Direktur RSUD Harapan Insan Sendawar.

BAB XXXIV  
KERAHASIAAN INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu  
Kerahasiaan Informasi

Pasal 87

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien;
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan direktur/kepala bidang medik.

Bagian Kedua  
Informasi Medis

Pasal 88

- (1) Hak-hak pasien yang dimaksud adalah hak-hak pasien sebagaimana yang terdapat didalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- (2) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai:
  - a. Keadaan kesehatan pasien;
  - b. Rencana terapi dan alternatifnya;
  - c. Manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
  - d. Prognosis; dan
  - e. Kemungkinan Komplikasi.

Bagian Ketiga  
Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 89

- (1) Hak pasien meliputi:
  - a. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di RSUD Harapan Insan Sendawar;
  - b. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
  - c. Memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;

- d. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - e. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
  - f. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
  - g. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - h. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
  - i. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
  - j. Mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
  - k. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
  - l. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
  - m. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
  - n. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
  - o. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
  - p. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
  - q. Menggugat dan atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana, dan
  - r. Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kewajiban Pasien meliputi:
- a. Mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit ;
  - b. Memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
  - c. Mengikuti rencana pengobatan yang diadviskan oleh dokter termasuk instruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai dokter;
  - d. Memberlakukan staf rumah sakit dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan rumah sakit;

- e. Menghormati privasi orang lain dan barang milik rumah sakit;
- f. Tidak membawa alkohol dan obat-obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata kedalam Rumah Sakit;
- g. Menghormati bahwa Rumah Sakit adalah area bebas rokok;
- h. Mematuhi jam kunjungan dari Rumah sakit;
- i. Meninggalkan barang berharga di Rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Rumah Sakit;
- j. Memastikan bahwa kewajiban financial atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit; melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter;
- k. Bertanggungjawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokternya; dan
- l. Memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.

Bagian Keempat  
Hak dan Kewajiban Dokter

Pasal 90

(1) Hak dokter meliputi:

- a. Hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
- b. Hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
- c. Hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
- d. Hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di RSUD Harapan Insan Sendawar.

(2) Kewajiban Dokter meliputi:

- a. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
- b. Merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
- c. Merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
- d. Melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
- e. Menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

Bagian Kelima  
Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 91

(1) Hak Rumah Sakit meliputi:

- a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
  - b. Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
  - d. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e. Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
  - f. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
  - g. Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di RSUD Harapan Insan Sendawar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi:
- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan RSUD Harapan Insan Sendawar kepada masyarakat;
  - b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
  - c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
  - d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
  - e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
  - f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
  - g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di RSUD Harapan Insan Sendawar sebagai acuan dalam melayani pasien
  - h. Menyelenggarakan rekam medis;
  - i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
  - j. Melaksanakan sistem rujukan;
  - k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
  - l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
  - m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;

- n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. Melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (hospital by laws);
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

BAB XXXV  
KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

Pasal 92

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan;
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO);
- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kabag Tata Usaha RSUD Harapan Insan Sendawar;
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kabid Medik RSUD Harapan Insan Sendawar;
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku;
- (6) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali;
- (7) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/ panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hierarki struktural;
- (8) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana;



- (9) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan menggunakan Dokumen melalui catatan formulir Master List Dokumen Eksternal;
- (10) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi Dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis;
- (11) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedurmempgunakan buku registrasi dan master list yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha.

## BAB XXXVI KERJASAMA/KONTRAK

### Pasal 93

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama/kontrak;
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu;
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat:
  - a. Subjek kerja sama/kontrak;
  - b. Objek kerja sama/kontrak;
  - c. Ruang lingkup kerja sama/kontrak;
  - d. Hak dan kewajiban para pihak;
  - e. Monitoring mutu kontrak;
  - f. Jangka waktu kerja sama/kontrak;
  - g. Pengakhiran kerja sama/kontrak;
  - h. Keadaan memaksa;
  - i. Penyelesaian perselisihan;
- (4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat para pejabat yang berwenang yaitu:
  - a. Kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi pelayanan. Kabid Medik RSUD Harapan Insan Sendawar berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis;
  - b. Kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjejang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi administrasi sumber daya, Kabag Tata Usaha berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen.
- (5) Setelah dibubuhi paraf pada kedua belah pihak dan lanjut diberi nomor oleh para pihak.

- (6) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (7) Hasil kerja sama/kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau nonmaterial berupa keuntungan.
- (8) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa uang harus menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (9) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa barang harus dicatat sebagai aset rumah sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (10) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerja sama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
- (11) Evaluasi kerja sama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarkhi pejabat yang berwenang, dan tidak boleh menyebabkan putusnya kontinuitas pelayanan.
- (12) Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

## BAB XXXVII PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

### Bagian kesatu Perencanaan

#### Pasal 94

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Strategis (Renstra) Bisnis rumah sakit;
- (2) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan rumah sakit;
- (3) Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan;
- (4) Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan rumah sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik;
- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul;

- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisa dan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja;
- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun;
- (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Bagian Kedua  
Penganggaran

Pasal 95

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran tahunan yang berpedoman kepada renstra bisnis rumah sakit;
- (2) Penyusunan Renstra Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja daerah/Negara dan sumber-sumber pendapatan rumah sakit lainnya.

Pasal 96

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93, memuat:
  - a. Kinerja tahunan berjalan;
  - b. Asumsi makro dan mikro;
  - c. Target kinerja;
  - d. Analisis dan perkiraan biaya satuan;
  - e. Perkiraan harga;
  - f. Anggaran pendapatan dan biaya;
  - g. Besaran persentase ambang batas;
  - h. Prognosa laporan keuangan;
  - i. Perkiraan maju (forward estimate);
  - j. Rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. Ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat 1, disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Bagian Ketiga  
Persetujuan

Pasal 97

- (1) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud Pasal 94 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran Pasal 96 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan rumah sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

BAB XXXVIII  
AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN

Bagian Kesatu  
Akuntansi

Pasal 98

- (1) RSUD Harapan Insan Sendawar menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan RSUD Harapan Insan Sendawar harus dicatat dalam dokumen pendukungnya dikelola secara tertib.
- (3) RSUD Harapan Insan Sendawar menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.
- (4) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.
- (5) RSUD Harapan Insan Sendawar mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk Rumah Sakit.
- (6) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (7) Kebijakan akuntansi RSUD Harapan Insan Sendawar digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

Bagian Kedua  
Pelaporan dan Pertanggungjawaban

Pasal 99

- (1) Laporan keuangan RSUD Harapan Insan Sendawar terdiri dari:
  - a. Laporan neraca;
  - b. Laporan operasional;
  - c. Laporan arus kas;

- d. Laporan realisasi anggaran; dan
  - e. Catatan atas laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran rumah sakit.
  - (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
  - (4) Setiap triwulan RSUD Harapan Insan Sendawar menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.
  - (5) Setiap semesteran dan tahunan RSUD Harapan Insan Sendawar wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah melalui Direktur untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

#### BAB XXXIX

#### PEMBINAAN DAN PENGAWASAN, EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

##### Bagian Kesatu

##### Pembinaan dan Pengawasan

##### Pasal 100

- (1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (2) Pengawasan Operasional rumah sakit dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur RSUD Harapan Insan Sendawar.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh Bupati, PPKD, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

##### Bagian Kedua

##### Evaluasi dan Penilaian Kinerja

##### Pasal 101

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi RSUD Harapan Insan Sendawar. Review/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik RSUD Harapan Insan Sendawar.
- (2) Review/perubahan Visi dan Misi RSUD Harapan Insan Sendawar diajukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi RSUD Harapan Insan Sendawar.

- (3) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Bupati dan dipublikasikan oleh Kepala Sub Bagian umum RSUD Harapan Insan Sendawar.
- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur RSUD Harapan Insan Sendawar dilaksanakan melalui DP3 (Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan), dan selanjutnya berdasarkan Petunjuk Teknis Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan melalui SKP (Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil) yang mulai diterapkan pada tahun 2014.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA. Sesuai pula yang tercantum dalam BAB IV Laporan Akuntabilitas Kinerja Pasal 12 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, menyebutkan bahwa laporan Akuntabilitas Kinerja adalah laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggungjawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi.
- (7) Hasil pengukuran kinerja RSUD Harapan Insan Sendawar dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Bupati.
- (8) LAKIP RSUD Harapan Insan Sendawar berpedoman kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

BAB XXXX  
TUNTUTAN UMUM

Pasal 102

- (1) Dalam hal pegawai RSUD Harapan Insan Sendawar dituntut berkaitan dengan hukum pidana, maka itu didasarkan pada tuntutannya.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka RSUD Harapan Insan Sendawar bertanggungjawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka RSUD Harapan Insan Sendawar tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan.

BAB XXXXI  
KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 103

- (1) Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam Hospital Bylaws ini ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD Harapan Insan Sendawar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan RSUD Harapan Insan Sendawar ditetapkan Direktur RSUD Harapan Insan Sendawar sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB XXXXII  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 104

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku:

- a. Peraturan Bupati Kabupaten Kutai Barat Nomor 66 Tahun 2008 Tentang Tugas Pokok, Fungsi Dan Uraian Tugas Jabatan Struktural Dilingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Harapan Insan Sendawar (RSUD HIS);
- b. Peraturan Bupati Kabupaten Kutai Barat Nomor 30 Tahun 2011 Tentang Peraturan Internal RSUD HIS Kabupaten Kutai Barat (Hospital Bylaws);
- c. Peraturan Bupati Kabupaten Kutai Barat Nomor 48 Tahun 2012 Tentang Pengukuhan Visi, Misi, Falsafah, Tugas Dan Motto RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat;

dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 105

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahui, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Kutai Barat.

Ditetapkan di Sendawar,  
pada tanggal, 2 Januari 2019.

BUPATI KUTAI BARAT,

ttd

FX. YAPAN

Diundangkan di Sendawar,  
pada tanggal, 2 Januari 2019.

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KUTAI BARAT,

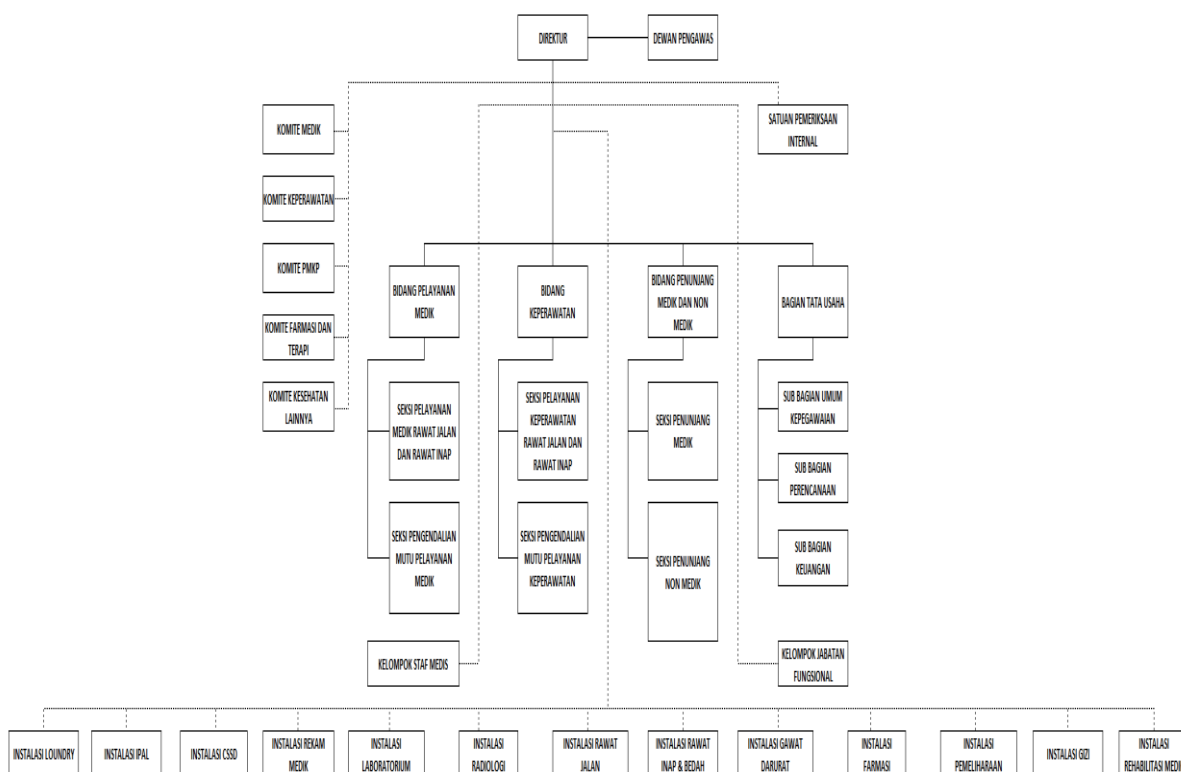
ttd

YACOB TULLUR



LAMPIRAN  
PERATURAN BUPATI KUTAI BARAT  
NOMOR 1 TAHUN 2019  
TENTANG  
PERATURAN INTERNAL (HOSPITAL  
BYLAWS) RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH HARAPAN INSAN  
SENDAWAR

STRUKTUR ORGANISASI



BUPATI KUTAI BARAT,

ttd

FX. YAPAN