



BUPATI MOJOKERTO PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI MOJOKERTO

NOMOR 57 TAHUN 2019

TENTANG

TATA KELOLA

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Prof. dr. SOEKANDAR

KABUPATEN MOJOKERTO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MOJOKERTO,

- Menimbang:
- a. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan bermutu sesuai dengan yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
 - b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 4 ayat (6) huruf b Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Pasal 2 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah maka perlu ditindaklanjuti penyusunan Tata Kelola bagi Rumah sakit Umum Daerah untuk melaksanakan Pola Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b, perlu menetapkan Peraturan Bupati Mojokerto tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. Soekandar Kabupaten Mojokerto;

Mengingat:

1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Timur juncto Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);
2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, tambahan Lembaran Negara republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
6. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
7. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);

8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 1441, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
9. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
10. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
11. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 132, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5434);
12. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 494);
13. 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 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5679);
14. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
15. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);

16. 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);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
18. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
19. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
20. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
21. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
22. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5135);
23. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);

24. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 63, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6037);
25. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
26. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
27. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
28. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor PER/02/M.PAN/1/2007 tentang Pedoman Organisasi Satuan Kerja di Lingkungan Instansi Pemerintah Yang Menerapkan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
29. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
30. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
31. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47/MENKES/PER/I/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit;
32. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah sakit;
33. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indoneia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah sakit;
34. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;

35. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2018 tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit;
36. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
37. Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2012 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Daerah Kabupaten Mojokerto Tahun 2012 Nomor 6, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Mojokerto Nomor 5).
38. Peraturan Bupati Mojokerto Nomor 67 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Nomor 21 Tahun 2011 tentang Penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi Organisasi dan Tata Kerja Rumah sakit Umum Daerah Prof. Dr. Soekandar Kabupaten Mojokerto;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: **PERATURAN BUPATI TENTANG POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Prof. dr. SOEKANDAR KABUPATEN MOJOKERTO.**

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Pola Tata Kelola ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Mojokerto.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Mojokerto.
3. Bupati adalah Bupati Mojokerto.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. Soekandar yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Mojokerto yang sudah ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dalam status penuh.
5. Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. Soekandar adalah Bupati Mojokerto.
6. Representasi pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. Soekandar adalah Dewan Pengawas.

7. Dewan Pengawas adalah suatu badan atau unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit, melakukan pengawasan terhadap operasional Rumah Sakit yang dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku
 8. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. Soekandar Kabupaten Mojokerto.
 9. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
 10. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
 11. Pola Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah peraturan yang mengatur hubungan antara pemerintah daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan Staf Medis Rumah Sakit beserta fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing.
 12. Tata Kelola Korporasi (*Corporate By Laws*) adalah peraturan yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Direksi dan Staf Medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing.
 13. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
- Sumber Daya Manusia Rumah Sakit terdiri atas Pejabat Pengelola dan Pegawai.

14. Jabatan struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub. Bagian dan Kepala Seksi.
15. Jabatan fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak seorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
16. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
17. Rencana Bisnis Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran.
18. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang dihasilkan dan/atau digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
19. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
20. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan Rumah Sakit.
21. Para medis adalah tenaga perawat dan bidan yang bekerja memberikan pelayanan kepada pasien baik secara langsung maupun tidak langsung.
22. Instalasi pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
23. Unit kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
24. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).

25. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit tersebut 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 revaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
28. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
29. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran atau administrasi pelayanan guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.
30. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
31. Komite Rumah Sakit adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur Utama sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
32. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit yang bertugas membantu Direktur Utama dalam menetapkan tata kelola klinis (*Medical Staf By Laws*) menuju *good clinical governance*.
33. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga perawat melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika serta disiplin profesi.
34. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan selain medis dan keperawatan, melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika serta disiplin profesi.

35. Komite Program Pengendalian Resistensi Antibiotika (PPRA) adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama menangani kasus infeksi secara multidisiplin dan terintegrasi.
36. Komite Farmasi dan Terapi (KFT) adalah wadah non struktural rumah sakit yang mewakili hubungan komunikasi antara staf medik dan staf farmasi, mempunyai fungsi utama menerbitkan kebijakan pelatihan obat, penggunaan obat dan evaluasinya.
37. Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Etik dan Hukum adalah unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit untuk penerapan etika rumah sakit dan hukum perumahsakit.
38. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah suatu perangkat organisasi non struktural yang dibentuk oleh Rumah Sakit untuk membantu Direktur dalam melaksanakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan serta menciptakan suatu sistem dimana Rumah Sakit membuat asuhan pasien lebih aman.
39. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah suatu organisasi non struktural yang dibentuk oleh Rumah Sakit untuk membantu Direktur dalam melaksanakan peningkatan pelayanan dan menciptakan suatu sistem untuk mencegah, meminimalkan kejadian infeksi nosokomial pada pasien, petugas, dan pengunjung rumah sakit.
40. Manajer Pelayanan Pasien (MPP) adalah profesional di rumah sakit yang bertugas kolaborasi untuk asesmen, perencanaan, fasilitas, koordinasi pelayanan, evaluasi dan advokasi untuk opsi dan pelayanan bagi pemenuhan kebutuhan komprehensif pasien dan keluarganya melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia sehingga member hasil asuhan pasien yang bermutu dengan biaya yang efektif.
41. Jasa Pelayanan adalah imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik dan atau pelayanan lainnya.
42. Kelompok Kerja adalah Tim yang dibentuk oleh Direktur dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas-tugas Rumah Sakit dengan keanggotaan yang berasal dari unit kerja dan atau instalasi lingkup Rumah Sakit.
43. Staf Medis Organik adalah dokter yang bergabung dengan rumah sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja

untuk dan atas nama rumah sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut.

44. Mitra Bestari adalah sekelompok tenaga keperawatan dengan reputasi dan kompetensi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan tenaga keperawatan.
45. Lahan Paktik Klinis adalah tempat praktik tenaga medis, tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan lainnya terhadap peserta didik dalam melaksanakan praktik klinik dalam jangka waktu tertentu.

BAB II

POLA TATA KELOLA

Pasal 2

- (1) Pola Tata Kelola merupakan peraturan internal, yang didalamnya memuat:
 - a. struktur organisasi;
 - b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan
 - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Pola Tata Kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. resposibilitas; dan
 - d. independensi.

Pasal 3

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.

- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompetensi untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.

Pasal 4

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak dan diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen Sumber Daya Manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat dengan perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

BAB III

POLA TATA KELOLA KORPORASI (CORPORATE BY LAWS)

Bagian Kesatu

Identitas

Pasal 5

- (1) Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah.
- (2) Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Non Pendidikan.
- (3) Alamat Rumah Sakit adalah di Jalan Hayam Wuruk Nomor 25 Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto.

Bagian Kedua
Falsafah, Visi, Misi, Motto, Tujuan, Sasaran Strategis, Nilai-nilai Dasar
dan Janji Layanan
Pasal 6

- (1) Falsafah Rumah Sakit adalah Pelayanan masyarakat secara profesional dan yang terbaik.
- (2) Visi Rumah Sakit adalah terwujudnya pelayanan kesehatan masyarakat yang berorientasi pada mutu dan biaya yang terjangkau.
- (3) Misi Rumah Sakit adalah :
 - a. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada semua lapisan masyarakat;
 - b. mendayagunakan sumber daya rumah sakit sebagai upaya pelayanan kepada masyarakat yang optimal;
 - c. memperluas jangkauan pelayanan rumah sakit; dan
 - d. mengelola rumah sakit dengan prinsip sosio ekonomi secara efektif dan efisien.
- (4) Motto Rumah Sakit adalah kami bangga melayani anda.
- (5) Tujuan strategis rumah sakit yaitu terwujudnya pelayanan kesehatan di rumah sakit yang optimal, tertib dan nyaman dengan selalu memperhatikan mutu dan kinerja yang baik serta menjunjung tinggi nilai sosial, profesi, dan etik.
- (6) Sasaran Strategis :
 - a. sinkronisasi antara kebijakan nasional dan daerah;
 - b. meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialisik dan paramedis disertai dengan peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan;
 - c. mengembangkan, menambah dan memelihara sarana dan prasarana peralatan medis (*medical equipment*), utamanya yang berkaitan dengan teknologi tinggi;
 - d. meningkatkan pelayanan dengan membuka spesialis/sub spesialis dan melengkapi sarana dan prasarana;
 - e. meningkatkan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efisiensi pelayanan serta melakukan kerjasama dengan pelayanan kesehatan lokal, nasional dan internasional;
 - f. melakukan efisiensi dan efektifitas pelayanan pada semua unit kerja dan unit kegiatan; dan

- g. melaksanakan akuntabilitas pelayanan secara berkesinambungan, melakukan audit medis, audit keuangan dan kelompok budaya kerja.
- (7) Nilai-nilai dasar rumah sakit adalah:
- a. komitmen;
 - b. kebersamaan;
 - c. keterbukaan;
 - d. kejujuran;
 - e. kepedulian; dan
 - f. profesionalisme.
- (8) Janji layanan memberikan pelayanan sesuai standar dengan mengutamakan keselamatan dan kenyamanan pasien.

Bagian Ketiga

Kedudukan, Tugas, dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 7

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Daerah yang merupakan Perangkat Daerah unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan, dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Rumah Sakit mempunyai tugas menyusun dan melaksanakan kebijakan daerah bidang pelayanan kesehatan perorangan di Rumah Sakit.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Rumah Sakit mempunyai fungsi :
 - a. Perumusan kebijakan teknis di bidang Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit;
 - b. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan Pemerintahan Daerah di bidang Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit;
 - c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit;
 - d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai bidang pelayanan kesehatan di bidang Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit.

Bagian Keempat
Kewajiban, Hak dan Wewenang

Pasal 8

Bupati sebagai pemilik Rumah Sakit, memiliki kewajiban sebagai berikut :

- a. 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;
- b. menunjuk atau menetapkan direksi rumah sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja tiap-tiap individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
- c. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang, serta melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala minimal setahun sekali;
- d. menetapkan struktur organisasi rumah sakit;
- e. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit;
- f. tanggung jawab dan kewenangan memberikan arahan kebijakan rumah sakit;

Pasal 9

Bupati memiliki hak sebagai berikut :

- a. melaksanakan segala wewenang yang tidak diserahkan kepada Dewan Pengawas dan/atau Pejabat Pengelola; dan
- b. memperoleh informasi mengenai Rumah Sakit secara tepat waktu dan teratur.

Pasal 10

Bupati memiliki wewenang sebagai berikut :

- a. mengangkat dan memberhentikan :
 1. Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas pada Rumah Sakit;
 2. Pejabat Pengelola dan Pejabat Struktural.
- b. menetapkan Struktur Organisasi Tata Kelola Rumah Sakit;
- c. melakukan evaluasi kinerja dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit paling sedikit setahun sekali;
- d. menetapkan tarif layanan Rumah Sakit;
- e. menyetujui atas modal (capital) Rumah Sakit;
- f. menyetujui investasi jangka panjang;
- g. menerima dan menindaklanjuti laporan tentang program mutu dan

- keselamatan pasien, keuangan dan standar pelayanan minimal secara berkala setiap 6 (enam) bulan;
- h. menetapkan penghapusan barang milik Rumah Sakit, tidak dapat digunakan, tidak dapat dimanfaatkan tidak dapat dipindahtangankan atau alasan lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - i. menetapkan penghapusan piutang Rumah Sakit secara mutlak dan bersyarat yang bernilai sampai dengan Rp. 5.000.000.000,- (lima milyar rupiah);
 - j. mengalihgunakan tanah dan bangunan yang tidak digunakan Rumah Sakit untuk penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit;
 - k. mengesahkan Visi dan Misi Rumah Sakit dan mengumumkan ke publik;
 - l. mendelegasikan Dewan Pengawas untuk mereview Visi dan Misi Rumah Sakit;
 - m. mendelegasikan kepada Direktur Rumah Sakit untuk :
 - 1. menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 - 2. menyetujui Rencana Strategis Rumah Sakit;
 - 3. menyetujui Strategi Rumah Sakit dan Program yang terkait dengan pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian, selanjutnya memberikan pengawasan terhadap mutu program;
 - 4. menyetujui Rencana Rumah Sakit untuk Mutu dan Keselamatan Pasien; dan
 - 5. menyetujui kebijakan dan prosedur tentang tata kelola.
 - n. mendelegasikan persetujuan RBA Rumah Sakit kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.

BAB IV

DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu

Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur Rumah Sakit.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan sesuai dengan besarnya pendapatan dan/atau nilai aset Rumah Sakit.

Bagian Kedua

Tugas, Kewajiban dan Fungsi Dewan Pengawas

Paragraf 1

Tugas Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan meliputi :
 - a. memantau perkembangan kegiatan BLUD;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
 - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - e. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai:
 1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD;dan
 3. Kinerja BLUD
- (2) Penilaian kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, diukur paling sedikit meliputi:
 - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (*rentabilitas*);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (*likuiditas*);
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (*solvabilitas*); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Penilaian kinerja non keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

Paragraf 2

Kewajiban Dewan Pengawas

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas berkewajiban:
 - a. memberikan arahan kebijakan rumah sakit;
 - b. menetapkan visi serta misi rumah sakit, memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit, serta *me-review* secara berkala misi rumah sakit;
 - c. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
 - d. menyetujui rencana strategi rumah sakit;
 - e. mengawasi serta membina pelaksanaan rencana strategis;
 - f. menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan penelitian serta mengawasi kualitas program program tersebut;
 - g. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
 - h. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - i. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan rumah sakit;
 - j. mengawasi serta menjaga hak dan kewajiban rumah sakit dilaksanakan oleh rumah sakit;
 - k. mengawasi kepatuhan penerapan etika
 - l. membuat laporan kinerja Dewan Pengawas kepada Bupati.
- (3) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilakukan secara berkala 2 (dua) kali dalam satu tahun dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas menyetujui dan mengawasi pelaksanaan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien melalui evaluasi bersama-sama Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Paragraf 3

Fungsi Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas berfungsi mewakili Bupati dalam melakukan pengawasan dan pengendalian secara internal yang dilakukan oleh pejabat pengelola.

- (2) Pengawasan dan pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pengawasan dan pengendalian terhadap wilayah administratif rumah sakit dalam lingkup kebijakan strategis dan kebijakan yang bersifat umum.
- (3) Dewan Pengawas memberikan persetujuan tentang visi dan misi Rumah Sakit, RSB, dan RBA.
- (4) Dewan Pengawas melakukan pengawasan dan pengendalian terhadap pengelolaan BLUD yang dilakukan oleh pejabat pengelola mengenai pelaksanaan RSB dan RBA.
- (5) Hasil pengawasan dan pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dituangkan dalam Keputusan Dewan Pengawas.
- (6) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) bersifat kolektif kolegial.

Bagian Ketiga

Keanggotaan dan Masa Jabatan Dewan Pengawas

Paragraf 1

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur-unsur :
 - a. 1 (satu) orang BLUD Pejabat Organisasi Perangkat Daerah (OPD) yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. 1 (satu) orang BLUD Pejabat Organisasi Perangkat Daerah (OPD) yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit, kecuali pada waktu pembentukan Rumah Sakit sebagai BLUD.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota Dewan Pengawas, yaitu :
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
 - d. memiliki pengetahuan yang memadai tentang tugas dan fungsi BLUD;
 - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);

- g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
- h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
- i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon Bupati atau calon wakil Bupati, dan/ atau calon anggota legislatif.

Paragraf 2

Masa Jabatan

Pasal 16

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati karena :
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundangundangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e. mengundurkan diri; dan
 - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau daerah.

Bagian Keempat
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas dan mengoordinir pemenuhan kebutuhan data untuk pelaporan Dewan Pengawas.

Bagian Kelima
Anggaran Dewan Pengawas

Pasal 18

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada BLUD dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA).

BAB V
ORGANISASI
Bagian Kesatu
Susunan Organisasi

Pasal 19

- (1) Susunan Organisasi Rumah Sakit terdiri dari :
 - a. Direktur;
 - b. Wakil Direktur Umum dan Keuangan membawahi :
 1. Bagian Umum
 - a) Sub. Bagian Administrasi dan Perlengkapan;
 - b) Sub. Bagian Kepegawaian.
 2. Bagian Keuangan
 - a) Sub. Bagian Anggaran dan Perbendaharaan;
 - b) Sub. Bagian Akuntansi dan Verifikasi.
 3. Bagian Pengembangan dan Evaluasi
 - a) Sub. Bagian Perencanaan dan Pengembangan;
 - b) Sub. Bagian Evaluasi dan Rekam Medis.
 - c. Wakil Direktur Pelayanan, membawahi dan :
 1. Bidang Pelayanan;

- a) Seksi Pelayanan Medis;
- b) Seksi Mutu Pelayanan dan Profesi Medis.
- 2. Bidang Keperawatan;
 - a) Seksi Pelayanan Keperawatan;
 - b) Seksi Mutu Pelayanan dan Profesi Keperawatan.
- 3. Bidang Penunjang;
 - a) Seksi Penunjang Medis;
 - b) Seksi Penunjang non Medis.
- (2) Bagian dipimpin oleh Kepala Bagian, dan Bidang dipimpin oleh Kepala Bidang yang berada dibawah dan bertanggungjawab langsung kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan dan Wakil Direktur Pelayanan.
- (3) Kepala Bagian membawahi Kepala Sub Bagian, dan Kepala Bidang membawahi Kepala Seksi.
- (4) Kepala Sub Bagian bertanggungjawab langsung kepada Kepala Bagian dan Kepala Seksi bertanggungjawab langsung Kepala Bidang.

Bagian Kedua

Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Kewenangan

Paragraf 1

Direktur

Pasal 21

- (1) Direktur, mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijaksanaan, mengkoordinasikan, mengendalikan, membina dan mengawasi seluruh kegiatan rumah sakit sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana pada ayat (1), Direktur mempunyai fungsi :
 - a. penyelenggaraan urusan administrasi dan perlengkapan, kepegawaian, ketatausahaan, rumah tangga, perpustakaan, perumusan peraturan perundang-undangan dan penyelesaian masalah hukum;
 - b. pelaksanaan perumusan anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit, perbendaharaan, mobilisasi dana, akuntansi dan verifikasi;
 - c. pelaksanaan perumusan rencana pengembangan, publikasi, pemasaran, sosialisasi, informasi dan evaluasi rumah sakit serta rekam medik;
 - d. pelaksanaan pemantauan, pengawasan, pengendalian semua penggunaan fasilitas dan kegiatan pelayanan medis terhadap penerapan standar profesi termasuk masalah *medico legal*;
 - e. pelaksanaan pemantauan, pengawasan, pengendalian semua

- penggunaan fasilitas dan kegiatan pelayanan keperawatan terhadap penerapan standar profesi/ asuhan keperawatan;
- f. penyelenggaraan koordinasi semua kebutuhan penunjang medis dan non medis serta melaksanakan pemantauan, pengawasan dan pengendalian penggunaan fasilitas dan kegiatan penunjang;
 - g. pelaksanaan evaluasi dan penyusunan laporan;
 - h. pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Bupati;
 - i. pemahaman semua peraturan perundangan terkait dengan Rumah Sakit;
 - j. pelaksanaan operasional Rumah Sakit dengan berpedoman pada peraturan perundangan;
 - k. penjaminan kepatuhan Rumah Sakit terhadap peraturan perundangan;
 - l. penetapan regulasi Rumah Sakit;
 - m. Pelaksanaan kepatuhan staf Rumah Sakit dalam implementasi semua regulasi RS yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
 - n. pemeriksaan dari badan audit eksternal;dn
 - o. penetapan proses untuk mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai peraturan perundangan.

(3) Tanggung jawab Direktur Rumah Sakit, meliputi:

- a. terlaksananya dan terkoordinasinya program kerja dan kegiatan;
- b. tersusunya laporan pertanggungjawaban kegiatan;
- c. disiplin dan kualitas kinerja bawahan;dan
- d. pengendalian, bimbingan dan penyelenggaraan kegiatan

(4) Kewenangan Direktur Rumah Sakit, meliputi :

- a. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di Rumah Sakit;
- b. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
- c. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit;
- d. mengusulkan, mengangkat dan memberhentikan pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. memberikan penghargaan kepada pegawai, yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;

- g. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- h. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dibawah Direktur kepada Bupati;
- i. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen manakala diperlukan;
- j. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- k. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- l. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
- m. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola dibawah Direktur;
- n. mengusulkan Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit dan Rencana Mutu dan Keselamatan pasien kepada Bupati.

(5) Syarat Jabatan menjadi Direktur sebagai berikut :

- a. Pangkat/ Gol : IV/a - Pembina
- b. Pendidikan : Magister (S2) Ilmu Kedokteran/Ilmu Kedokteran Gigi/Ilmu Kesehatan/ilmu yang relevan dengan jabatannya.
- c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Pim II
 - 2. Teknis :
 - a. Manajemen Progam dan penyusunan anggaran;
 - b. Manajemen Keuangan Negara;
 - c. Manajemen Personalia;
 - d. Manajemen pengadaan barang dan jasa;
 - e. Manajemen Ketatalaksanaan dan Kelembagaan Organisasi.

Paragraf 2

WAKIL DIREKTUR UMUM DAN KEUANGAN

Pasal 22

- (1) Wakil Direktur Umum dan Keuangan, mempunyai tugas pengawasan, pengendalian, koordinasi kegiatan umum, rumah tangga dan perlengkapan, perumusan rencana anggaran dan pengelolaan keuangan, perumusan rencana pengembangan dan evaluasi rumah sakit serta rekam medik.

- (2) Dalam melaksanakan tugas, tanggung jawab dan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (1) Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai fungsi:
- penyelenggaraan urusan administrasi dan perlengkapan, kepegawaian, ketatausahaan, rumah tangga, perpustakaan, perumusan perundang-undangan dan penyelesaian masalah hukum;
 - pelaksanaan kebijakan penyusunan Rencana Kegiatan dan Anggaran (RKA), Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) dan Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD);
 - pelaksanaan perumusan pengelolaan anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit, perbendaharaan, mobilisasi dana, akuntansi dan verifikasi;
 - penyelenggaraan sistem informasi management keuangan, akuntansi dan laporan keuangan;
 - pelaksanaan perumusan rencana pengembangan, publikasi, pemasaran, sosialisasi, informasi dan evaluasi rumah sakit serta;
 - pelaksanaan evaluasi dan penyusunan laporan; dan
 - pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Direktur.
- (3) Tanggung Jawab Wakil Direktur Umum dan Keuangan, meliputi :
- terlaksananya dan terkoordinasinya program kerja dan kegiatan
 - keberhasilan pelaksanaan program kerja dan kegiatan
 - kebenaran hasil pekerjaan ketepatan waktu penyelesaian tugas
 - tersusunnya laporan pertanggung jawaban kegiatan
 - keharmonisan suasana kerja
 - disiplin dan kualitas kerja bawahan
- (6) Wewenang Wakil Direktur Umum dan Keuangan meliputi :
- melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas
 - menilai kinerja dan prestasi bawahan
 - memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas
 - menandatangani laporan dan berkas surat
- (7) Syarat Jabatan Wakil Direktur Umum dan Keuangan sebagai berikut :
- Pangkat/ Gol :IV/a-Pembina
 - Pendidikan :
S2 (Pasca Sarjana) Manajemen
 - Kursus/ Diklat
 - Penjenjangan : Diklatpim III

2. Teknis :

- a. Manajemen program dan penyusunan anggaran.
- b. Manajemen keuangan daerah/ negara.
- c. Manajemen personalia.
- d. Manajemen pengadaan barang dan jasa.
- e. Manajemen ketenagakerjaan.

Paragraf 3

Bagian Umum

Pasal 23

- (1) Kepala Bagian Umum mempunyai tugas melaksanakan administrasi dan perlengkapan, kepegawaian, ketatausahaan, rumah tangga, perpustakaan, hubungan masyarakat dan bantuan hukum.
- (2) Dalam melaksanakan tugas Kepala Bagian Umum mempunyai fungsi :
 - a. pengelolaan administrasi ketatausahaan;
 - b. pengelolaan administrasi perlengkapan;
 - c. pengelolaan administrasi aset;
 - d. pengelolaan urusan keprotokolan;
 - e. pengelolaan urusan rumah tangga, surat menyurat dan kearsipan;
 - f. pemantauan, pengawasan dan pengendalian penggunaan fasilitas dan kegiatan di Instalasi Pemeliharaan Sarana;
 - g. pengelolaan administrasi kepegawaian dan kesejahteraan pegawai;
 - h. pengelolaan pengembangan potensi pegawai;
 - h. pengelolaan perpustakaan dinas di lingkup rumah sakit;
 - i. Pengelolaan hubungan masyarakat rumah sakit
 - j. pembinaan hukum organisasi/kelembagaan dan ketatalaksanaan;
 - k. penyiapan dan pengkoordinasian naskah kerja sama pihak internal maupun eksternal rumah sakit;
 - l. pelaksanaan kerjasama dengan pihak internal maupun eksternal rumah sakit;
 - m. mengkoordinir perencanaan, penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan bagi semua pegawai;
 - n. mengkoordinir perencanaan, penyelenggaraan kerjasama penggunaan fasilitas rumah sakit sebagai lahan praktik pendidikan dengan Pihak ke III (institusi pendidikan);
 - o. pelaksanaan evaluasi dan penyusunan laporan; dan
 - p. pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Umum dan Keuangan.

- (3) Tanggung Jawab Kepala Bagian Umum meliputi :
 - a. Terlaksananya dan terkoordinasinya program kerja dan kegiatan.
 - b. Tersusunnya laporan pertanggungjawaban kegiatan.
 - c. Disiplin dan kualitas kinerja bawahan.
 - d. Pengendalian, bimbingan dan penyelenggaraan kegiatan.
- (4) Wewenang Kepala Bagian Umum meliputi :
 - a. Menilai kinerja dan prestasi bawahan
 - b. Memberi teguran, sangsi kepada bawahan yg kurang disiplin dalam melaksanakan tugas
 - c. Menandatangani laporan dan berkas surat-surat
 - d. Meneliti dan menyempurnakan hasil kerja bawahan
- (5) Syarat Jabatan Kepala Bagian Umum sebagai berikut :
 - a. Pangkat/ Gol :III/d – Penata Tingkat I
 - b. Pendidikan :
Sarjana (S-1)
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat III
 - 2. Teknis :
 - a. Manajemen progam dan penyusunan anggaran.
 - b. Manajemen keuangan daerah/ negara.
 - c. Manajemen personalia.
 - d. Manajemen pengadaan barang dan jasa.
 - e. Manajemen pemerintahan umum.

Paragraf 4

Sub Bagian Administrasi Dan Perlengkapan

Pasal 24

- (1) Sub Bagian Administrasi dan Perlengkapan mempunyai tugas:
 - a. melaksanakan pengelolaan administrasi surat menyurat, pengarsipan dan pelayanan urusan kerumah tanggaan;
 - b. melaksanakan kegiatan keprotokolan;
 - c. melaksanakan pengadaan barang inventaris rumah sakit;
 - d. melaksanakan pemeliharaan, pengamanan dan pemantauan terhadap kondisi barang inventaris rumah sakit;
 - e. menghimpun dan mengelola data perlengkapan barang inventaris rumah sakit;
 - f. menyelenggarakan penghapusan barang milik daerah yang rusak berat;
 - g. menyelenggarakan keamanan dan ketertiban lingkungan rumah sakit;

- h. melaksanakan pengelolaan dan pelayanan perpustakaan dinas di lingkup rumah sakit;
 - i. menjalin komunikasi dan kerjasama dengan pihak internal maupun eksternal rumah sakit;
 - j. melaksanakan pengawasan, penggunaan, pemeliharaan dan pengurusan surat-surat kendaraan bagi semua kendaraan dinas;
 - k. melaksanakan penyediaan tempat dan perlengkapan keperluan rapat dan pertemuan dinas lainnya ;
 - l. melaksanakan pemantauan, pengawasan dan pengendalian penggunaan fasilitas dan kegiatan di Instalasi Pemeliharaan Sarana;
 - m. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan;
 - n. melaksanakan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Umum.
- (2) Tanggung Jawab Kepala Sub Bagian Administrasi Dan Perlengkapan meliputi :
- a. Pengumpulan data yang cepat dan akurat.
 - b. Penyelesaian tugas tepat waktu.
 - c. Distribusi tugas kepada bawahan.
- (3) Wewenang Kepala Sub Bagian Administrasi Dan Perlengkapan meliputi :
- a. Melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas urusan pemerintahan umum dan otonomi daerah.
 - b. Memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan.
 - c. Menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas.
 - d. Memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas.
 - e. Mengevaluasi laporan.
- (4) Syarat Jabatan Kepala Sub Bagian Administrasi Dan Perlengkapan sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol :III/b - Penata Muda Tk.I
 - b. Pendidikan :
Sarjana (S-1)
 - c. Kursus/ Diklat :
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat IV
 - 2. Teknis : Manajemen program dan penyusunan anggaran

Paragraf 5

Sub Bagian Kepegawaian

Pasal 25

- (1) Kepala Sub. Bagian Kepegawaian mempunyai tugas:
 - a. menghimpun peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan kepegawaian;
 - b. melaksanakan pengelolaan data dan administrasi kepegawaian yang meliputi pengangkatan, penempatan dalam jabatan, hukuman disiplin, pemindahan, pemberhentian, cuti, kenaikan gaji berkala, pemberian penghargaan atau tanda jasa dan segala sesuatu yang berkaitan dengan kepegawaian;
 - c. menyelenggarakan pembinaan terhadap pegawai dalam upaya peningkatan disiplin pegawai dan kesejahteraan pegawai;
 - d. menyusun dan mengkoordinir rencana pengembangan potensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan serta studi banding;
 - e. menyusun rencana penambahan pegawai sesuai kebutuhan;
 - f. menyelenggaraan kerjasama penggunaan fasilitas rumah sakit sebagai lahan praktik pendidikan dengan Pihak ketiga (institusi pendidikan);
 - g. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan;
 - h. melaksanakan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Umum
- (2) Tanggung Jawab Kepala Sub Bagian Kepegawaian meliputi :
 - a. pelaksanaan program dan pelaporan;
 - b. Pengumpulan data yang cepat dan akurat
 - c. Kebenaran hasil pekerjaan dan ketepatan waktu penyelesaian tugas;
 - d. Distribusi tugas kepada bawahan
 - e. Rencana dan realisasi kegiatan sub bagian kepegawaian
 - f. Peningkatan disiplin kerja bawahan
- (3) Wewenang Kepala Sub Bagian Kepegawaian meliputi :
 - a. melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas urusan kepegawaian
 - b. memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan;
 - c. menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas;
 - d. memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas;
 - e. Mengevaluasi laporan.

- (4) Syarat Jabatan Kepala Sub Bagian Kepegawaian sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol :III/b-Penata Muda Tingkat I
 - b. Pendidikan :
Sarjana (S-1)
 - c. Kursus/ Diklat
 1. Penjenjangan :Diklat Kepemimpinan Tingkat IV.
 2. Teknis :
 - a. Tata Naskah Dinas.
 - b. Manajemen kearsipan dan administrasi.
 - c. Manajemen kepegawaian.
 - d. Keprotokolan dan Kehumasan
 - e. Analisis jabatan dan analisis beban kerja.

Paragraf 6

Bagian Keuangan

Pasal 26

- (1) Kepala Bagian Keuangan, mempunyai tugas menyiapkan bahan untuk menyusun anggaran, mengelola keuangan, mobilisasi dana, menyusun laporan akuntansi keuangan dan verifikasi.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bagian Keuangan mempunyai fungsi :
 - a. pengkoordinasian penyusunan (RBA);
 - b. penyiapan RKA dan DPA-BLUD;
 - c. pelaksanaan pengelolaan pendapatan dan biaya;
 - d. penyelenggaraan pengelolaan kas;
 - e. pelaksanaan pengelolaan utang-piutang;
 - f. penyelenggaraan sistim informasi manajemen keuangan;
 - g. penyelenggaraan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan;
 - h. pelaksanaan evaluasi dan penyusunan laporan; dan
 - i. pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (3) Tanggung Jawab Kepala Bagian Keuangan meliputi :
 - a. Kebenaran dan ketelitian penyusunan anggaran pendapatan dan belanja dinas.
 - b. Kebenaran pengelolaan anggaran belanja.
 - c. Kebenaran dan ketelitian penyusunan laporan keuangan.
 - d. Ketepatan pengusulan pembayaran gaji dan kesejahteraan pegawai.
 - e. Keharmonisan suasana kerja.
 - f. Peningkatan disiplin kerja bawahan.
- (4) Wewenang Kepala Bagian Keuangan meliputi :
 - a. Mengelola anggaran rutin dan opsional.
 - b. Melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas.
 - c. Memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan.

- d. Menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas.
 - e. Memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas.
 - f. Mengevaluasi laporan..
- (5) Syarat Jabatan Kepala Bagian Keuangan sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol : III/c – Penata
 - b. Pendidikan :
Sarjana (S-1) Akuntansi/Ekonomi/Administrasi Negara/
Administrasi Niaga/ Ilmu Pemerintahan/ Hukum/ Sosial Politik.
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat IV.
 - 2. Teknis :
 - a. Manajemen program dan penyusunan anggaran.
 - b. Tata Naskah Dinas.
 - c. Manajemen kearsipan dan administrasi.
 - d. Keprotokolan dan Kehumasan
 - e. Analisis jabatan dan analisis beban kerja.

Paragraf 7

Sub Bagian Anggaran dan Perbendaharaan

Pasal 27

- (1) Kepala Sub Bagian Anggaran dan Perbendaharaan, mempunyai tugas :
- a. melaksanakan penyusunan RKA dan RBA serta perubahannya;
 - b. melaksanakan penyusunan DPA BLUD serta perubahannya;
 - c. melaksanakan pengelolaan pendapatan dan biaya rumah sakit;
 - d. melaksanakan pengelolaan kas yang diperoleh dari pelayanan rumah sakit;
 - e. melaksanakan pengelolaan penerimaan dari penjamin;
 - f. melaksanakan verifikasi realisasi anggaran pendapatan dan belanja;
 - g. melaksanakan sistem informasi manajemen keuangan;
 - h. melaksanakan penyusunan laporan pendapatan dan belanja rumah sakit;
 - i. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan; dan
 - j. melaksanakan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Keuangan.
- (2) Tanggung Jawab Kepala Sub Bagian Anggaran dan Perbendaharaan meliputi :
- a. Kebenaran dan ketelitian penyusunan anggaran pendapatan dan belanja dinas.
 - b. Kebenaran pengelolaan anggaran belanja.

- c. Kebenaran dan ketelitian penyusunan laporan keuangan.
 - d. Ketepatan pengusulan pembayaran gaji dan kesejahteraan pegawai.
 - e. Keharmonisan suasana kerja.
 - f. Peningkatan disiplin kerja bawahan.
- (3) Wewenang Kepala Sub Bagian Anggaran dan Perbendaharaan meliputi :
- a. Mengelola anggaran rutin dan operasional.
 - b. Melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas.
 - c. Memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan.
 - d. Menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas.
 - e. Memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas.
 - f. Mengevaluasi laporan.
- (4) Syarat Jabatan Kepala Sub Bagian Anggaran dan Perbendaharaan sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol : III/c – Penata
 - b. Pendidikan :
Sarjana (S-1) Akuntansi/ Ekonomi/ Administrasi Negara/
Administrasi Niaga/ Ilmu Pemerintahan/ Hukum/ Sosial Politik.
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat IV.
 - 2. Teknis :
 - a. Manajemen program dan penyusunan anggaran.
 - b. Manajemen Keuangan Negara
 - c. Manajemen kearsipan dan administrasi.
 - d. Tata Naskah Dinas
 - e. Manajemen pengadaan barang dan jasa

Paragraf 8

Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi

Pasal 28

- (1) Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi, mempunyai tugas :
- a. melaksanakan audit secara periodik;
 - b. menyusun laporan keuangan;
 - c. menyiapkan bahan koordinasi atau kerjasama dengan instansi/ lembaga lain guna mobilisasi dana;
 - d. melaksanakan pengelolaan hutang pada pihak ketiga dan piutang pendapatan;
 - e. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan; dan

- f. melaksanakan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Keuangan.
- (2) Tanggung Jawab Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi meliputi :
- a. Kebenaran dan ketelitian pemeriksaan anggaran pendapatan dan belanja dinas.
 - b. Kebenaran laporan pengelolaan anggaran belanja.
 - c. Kebenaran dan ketelitian verifikasi laporan keuangan
 - d. Ketepatan pengusulan pembayaran gaji dan kesejahteraan pegawai.
- (3) Wewenang Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi meliputi :
- a. Melakukan penelitian dan pemeriksaan realisasi anggaran.
 - b. Melakukan verifikasi dan audit secara periodik
 - c. Melakukan verifikasi laporan keuangan pembaharuan dan pencatatan.
 - d. Menyusun perumusan program kerja Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi .
 - e. Memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan.
 - f. Menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas.
 - g. Memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas.
 - h. Mengevaluasi laporan.
- (4) Syarat Jabatan Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol :III/b – Penata Muda Tingkat I
 - b. Pendidikan :
Sarjana (S-1) Akuntansi/ Ekonomi/ Administrasi Negara/
Administrasi Niaga/ Ilmu Pemerintahan/ Hukum/ Sosial Politik.
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat IV.
 - 2. Teknis :
 - a. Manajemen program dan penyusunan anggaran.
 - b. Manajemen Keuangan Negara
 - c. Manajemen kearsipan dan administrasi.
 - d. Tata Naskah Dinas
 - e. Manajemen pengadaan barang dan jasa

Paragraf 9

Bagian Pengembangan Dan Evaluasi

Pasal 29

- (1) Kepala Bagian Pengembangan dan Evaluasi, mempunyai tugas melaksanakan penyusunan rencana program, kegiatan dan sistem pelayanan rumah sakit, pengembangan sarana dan prasarana, evaluasi, monitoring, pengendalian dan pelaporan kegiatan pengembangan serta pengelolaan rekam medis.

- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bagian Pengembangan dan Evaluasi mempunyai fungsi :
- a. Penyusunan rencana program, kegiatan dan sistem pelayanan rumah sakit;
 - b. Mengelola dan menganalisis data dan informasi dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten, masyarakat umum dan organisasi non pemerintah yang berkaitan dengan rumah sakit;
 - c. Penyusunan rencana pengembangan sarana dan prasarana rumah sakit;
 - d. Penyusunan rencana kerjasama pengembangan rumah sakit dengan pihak ketiga;
 - e. Pelaksanaan kegiatan publikasi, sosialisasi dan pemasaran tentang produk rumah sakit;
 - f. Pengembangan penerapan sistem informasi manajemen serta teknologi di rumah sakit;
 - g. Pelaksanaan studi penelitian masalah-masalah pengembangan di rumah sakit;
 - h. Pelaksanaan pengelolaan rekam medis;
 - i. Pelaksanaan pengkajian evaluasi, monitoring, pengendalian serta penyusunan laporan program hasil kegiatan rumah sakit;
 - j. Pelaksanaan evaluasi dan penyusunan laporan; dan
 - k. Pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (3) Tanggung Jawab Kepala Bagian Pengembangan dan Evaluasi meliputi :
- a. Tersusunnya program kerja Rumah Sakit;
 - b. Tersusunnya laporan hasil evaluasi program dan kegiatan sebagai bentuk pertanggungjawaban.
 - c. Kebenaran dan ketepatan waktu penyelesaian tugas.
 - d. Keharmonisan suasana kerja.
 - e. Peningkatan disiplin kerja bawahan.
- (4) Wewenang Kepala Bagian Pengembangan dan Evaluasi meliputi :
- a. Pengumpulan data dari masing-masing bidang/bagian untuk diolah/ disusun sebagai bahan program kerja dan bahan laporan.
 - b. Melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas.
 - c. Memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan.
 - d. Memberi teguran kepada bawahan yang kurang disiplin dalam

- melaksanakan tugas.
- e. Meneliti, mengoreksi dan mengevaluasi laporan yang dibuat bawahan.
- (5) Syarat Jabatan Kepala Bagian Pengembangan dan Evaluasi sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol :III/c – Penata
 - b. Pendidikan :
Sarjana (S-1) Administrasi Negara/ Ilmu Pemerintahan/ Hukum/ Ekonomi/ Sosial Politik.
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan :Diklat Kepemimpinan Tingkat III.
 - 2. Teknis :
 - a. Manajemen program pengembangan
 - b. Manajemen perencanaan.

Paragraf 10

Sub Bagian Perencanaan dan Pengembangan

Pasal 30

- (1) Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Pengembangan, mempunyai tugas :
- a. Merencanakan program, kegiatan dan penyusunan sistem pelayanan rumah sakit;
 - b. Menyusun Rencana Strategis (RESNTRA), Rencana Strategis Bisnis (RSB), Rencana Kerja (RENJA) dan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP);
 - c. Mengelola dan menganalisis data informasi dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten, Masyarakat Umum dan Organisasi Non Pemerintah yang berkaitan dengan rumah sakit;
 - d. menyiapkan bahan dan menyusun rencana kebutuhan pengembangan sarana dan prasarana rumah sakit;
 - e. menyusun rencana pengembangan rumah sakit berkelanjutan;
 - f. menyiapkan bahan penyusunan program kerjasama pengembangan rumah sakit dengan Pihak ketiga;
 - g. melaksanakan penyusunan rencana penataan sistem pelayanan di rumah sakit;
 - h. melaksanakan penyusunan kegiatan pengembangan penetapan sistem informasi manajemen dan teknologi rumah sakit;
 - i. Melaksanakan kegiatan publikasi, sosialisasi dan pemasaran tentang produk rumah sakit;

- j. Melaksanakan evaluasi dan penyusunan laporan; dan
 - k. melaksanakan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Pengembangan dan Evaluasi.
- (2) Tanggung Jawab Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Pengembangan meliputi :
- a. Tersusunnya program kerja Rumah Sakit;
 - b. Tersusunnya laporan hasil evaluasi program dan kegiatan sebagai bentuk pertanggungjawaban;
 - c. Kesesuaian dan ketepatan waktu penyelesaian tugas;
 - d. Keharmonisan suasana kerja; dan
 - e. Peningkatan disiplin kerja bawahan.
- (3) Wewenang Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Pengembangan meliputi:
- a. Pengumpulan data dari masing-masing bidang/bagian untuk diolah/ disusun sebagai bahan program kerja dan bahan laporan.
 - b. Melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas.
 - c. Memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan.
 - d. Menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas.
 - e. Memberi teguran kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas.
 - f. Meneliti, mengoreksi dan mengevaluasi laporan yang dibuat bawahan.
- (4) Syarat Jabatan Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Pengembangan sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol : III/b – Penata Muda Tingkat I
 - b. Pendidikan :
Sarjana (S-1) Administrasi Negara/ Ilmu Pemerintahan/ Hukum/ Ekonomi/ Sosial Politik.
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat IV.
 - 2. Teknis :
 - a. Manajemen program pengembangan
 - b. Manajemen perencanaan.

Paragraf 11

SUB BAGIAN EVALUASI DAN REKAM MEDIS

Pasal 31

- (1) Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Rekam Medis, mempunyai tugas :
- a. menyiapkan bahan penyusunan dan melaksanakan studi penelitian masalah-masalah tentang pengembangan rumah sakit;
 - b. menyiapkan bahan penyusunan dan melaksanakan studi penelitian masalah-masalah tentang pelayanan yang berhubungan dengan

- kepuasan pelanggan/ pasien rumah sakit;
 - c. melaksanakan pengelolaan rekam medik;
 - d. melaksanakan analisa dan evaluasi program, kegiatan dan sistem pelayanan serta kegunaan / manfaat bagi rumah sakit;
 - e. melaksanakan analisa dan evaluasi tentang pengembangan sarana dan prasarana rumah sakit;
 - f. menyusun tindak lanjut hasil evaluasi studi penelitian, pelaksanaan program dan kegiatan pengembangan, serta menyusun LPPD dan LKJiP;
 - g. melaksanakan evaluasi dan penyusunan laporan;
 - h. melaksanakan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Pengembangan dan Evaluasi.
- (2) Tanggung Jawab Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Rekam Medis meliputi:
- a. Keberhasilan pelaksanaan program dan pelapevaluasi dan pelaporan;
 - b. Pengumpulan data yang cepat, tepat dan akurat;
 - c. Kesesuaian hasil pekerjaan dan ketepatan waktu penyelesaian tugas;
 - d. Distribusi tugas kepada bawahan;
 - e. Rencana dan realisasi kegiatan Sub Bagian Evaluasi dan Rekam Medis;
 - f. Peningkatan disiplin kerja bawahan.
- (4) Wewenang Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Rekam Medis meliputi :
- a. Melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan evaluasi dan pengelolaan rekam medis;
 - b. Memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan;
 - c. Menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas;
 - d. Memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas; dan
 - e. Meneliti, mengoreksi dan mengevaluasi laporan yang dibuat bawahan.
- (5) Syarat Jabatan Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Rekam Medis sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol : III/b – Penata Muda Tingkat I
 - b. Pendidikan : Sarjana Manajemen Kesehatan
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat IV.
 - 2. Teknis :
 - a. Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit

b. PPGD

Paragraf 12

Wakil Direktur Pelayanan

Pasal 32

- (1) Wakil Direktur Pelayanan, mempunyai tugas mengelola dan mengkoordinir semua kegiatan pelayanan medis, pelayanan keperawatan, penunjang medis dan penunjang non medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wakil Direktur Pelayanan mempunyai fungsi :
 - a. pelaksanaan perumusan rencana penatalaksanaan standar pelayanan medis, pelayanan keperawatan, penunjang medis dan penunjang non medis;
 - b. pelaksanaan perumusan rencana kebutuhan tenaga, sarana dan alat pelayanan medis, pelayanan keperawatan, penunjang medis dan penunjang non medis;
 - c. penyelenggaraan koordinasi semua kebutuhan pelayanan medis, pelayanan keperawatan, penunjang medis dan penunjang non medis;
 - d. pemantauan, pengawasan dan pengendalian semua penggunaan fasilitas dan kegiatan pelayanan medis, pelayanan keperawatan, penunjang medis dan penunjang non medis;
 - e. penyelenggaraan pembinaan, pengembangan dan bimbingan keprofesian, etika serta mutu pelayanan medis dan pelayanan keperawatan;
 - f. pelaksanaan perumusan rencana peningkatan mutu pelayanan medis dan pelayanan keperawatan;
 - g. pelaksanaan perumusan rencana penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga keperawatan;
 - h. penyelenggaraan instalasi pelayanan medis, pelayanan keperawatan, penunjang medis dan penunjang non medis;
 - i. pelaksanaan evaluasi dan penyusunan laporan; dan
 - j. pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Direktur.
- (3) Tanggung Jawab Wakil Direktur Pelayanan meliputi :
 - a. Pengumpulan data yang cepat dan akurat;
 - b. Penyelesaian tugas tepat waktu; dan
 - c. Distribusi tugas kepada bawahan;
- (4) Wewenang Wakil Direktur Pelayanan meliputi :
 - a. Melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas;
 - b. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada atasan;

- c. Menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas;
 - d. Memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas; dan
 - e. Mengevaluasi laporan.
- (5) Syarat Jabatan Wakil Direktur Pelayanan sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol : III/d – Penata Tk.I
 - b. Pendidikan : S1/S2 Tenaga Medis, Master Degree Manajemen RS
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklatpim IV
 - 2. Teknis :
 - a. Manajemen Program dan penyusunan sistem pelayanan;
 - b. Manajemen Keuangan Daerah/Negara; dan
 - c. Manajemen Personalia.

Paragraf 13

Bidang Pelayanan Medis

Pasal 33

- (1) Kepala Bidang Pelayanan Medis, mempunyai tugas mengkoordinir semua kebutuhan pelayanan medis, melaksanakan pemantauan, pengawasan dan pengendalian semua penggunaan fasilitas dan kegiatan pelayanan medis serta penerimaan dan pemulangan pasien.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidang Pelayanan Medis mempunyai fungsi :
 - a. pelaksanaan penatalaksanaan standar pelayanan medis dengan komite medis dan bidang terkait;
 - b. pelaksanaan koordinasi kegiatan pelayanan dengan staf medis fungsional dan bidang/instalasi terkait;
 - c. pelaksanaan pemantauan, pengawasan dan pengendalian kegiatan pelayanan medis di Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Perawatan Intensif (IPI), Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Gawat Darurat dan Instalasi Pemulasaran Jenazah;
 - d. pelaksanaan pembinaan dan pengembangan profesi medis;
 - e. pelaksanaan rencana kebutuhan tenaga, sarana dan peralatan pelayanan medis;
 - f. pelaksanaan bimbingan keprofesian, etika dan mutu pelayanan medis;
 - g. penyusunan rencana peningkatan mutu pelayanan medis;
 - h. penyusunan rencana penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis;

- i. penyusunan rencana kerjasama penggunaan fasilitas rumah sakit;
 - j. pelaksanaan pengelolaan asuransi dan jaminan kesehatan;
 - k. pelaksanaan evaluasi dan penyusunan laporan; dan
 - l. pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lain yang di berikan oleh Wakil Direktur Pelayanan.
- (3) Tanggung Jawab Kepala Bidang Pelayanan Medis meliputi :
- a. Rencana dan realisasi kegiatan Bidang Pelayanan Medis;
 - b. Kebenaran hasil pekerjaan dan ketepatan waktu penyelesaian tugas;
 - c. Keharmonisan suasana kerja; dan
 - d. Disiplin dan kualitas kinerja bawahan.
- (4) Wewenang Kepala Bidang Pelayanan Medis meliputi :
- a. Melaksanakan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas;
 - b. Memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan;
 - c. Menilai kinerja dan prestasi bawahan;
 - d. Memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas; dan
 - e. Menandatangani laporan dan berkas surat-surat.
- (5) Syarat Jabatan Kepala Bidang Pelayanan Medis sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol : III/c-Penata
 - b. Pendidikan : S1/S2 Dokter Spesialis
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat III
 - 2. Teknis :
 - a. Manajemen progam dan penyusunan anggaran pelayanan medis;
 - b. Manajemen keuangan daerah/negara;
 - c. Manajemen personalia; dan
 - d. Manajemen pengadaan barang dan jasa pelayanan medis.

Paragraf 14

Seksi Pelayanan Medis

Pasal 34

- (1) Kepala Seksi Pelayanan Medis, mempunyai tugas :
- a. menyiapkan bahan dan koordinasi penatalaksanaan standar pelayanan medis dengan komite medis;
 - b. melaksanakan koordinasi rencana kegiatan pelayanan staf medis fungsional dengan instalasi yang terkait;
 - c. melaksanakan pemantauan, pengawasan dan pengendalian kegiatan

- elayanan medis di Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Perawatan Intensif (IPI), Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Gawat Darurat dan Instalasi Pemulasaran Jenasah;
- d. menyiapkan bahan dan koordinasi rencana kerjasama penggunaan fasilitas rumah sakit dan kegiatan pelayanan medis dengan Pihak ketiga;
 - e. melaksanakan pengelolaan asuransi dan jaminan kesehatan;
 - f. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan;
 - g. melaksanakan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medis.
- (2) Tanggung Jawab Kepala Seksi Pelayanan Medis meliputi :
- a. Pengumpulan data yang cepat dan akurat;
 - b. Penyelesaian tugas tepat waktu; dan
 - c. Distribusi tugas kepada bawahan.
- (3) Wewenang Kepala Seksi Pelayanan Medis meliputi :
- a. Melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas;
 - b. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada atasan;
 - c. Menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas;
 - d. Memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas; dan
 - e. Mengevaluasi laporan.
- (4) Syarat Jabatan Kepala Seksi Pelayanan Medis sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol : III/b – Penata Muda Tingkat I
 - b. Pendidikan : Dokter Umum
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat IV.
 - 2. Teknis : Manajemen program dan penyusunan anggaran.

Paragraf 15

Seksi Mutu Pelayanan dan Profesi Medis

Pasal 35

- (1) Kepala Seksi Mutu Pelayanan dan Profesi Medis, mempunyai tugas :
- a. melaksanakan pembinaan dan pengembangan profesi medis;
 - b. melaksanakan bimbingan keprofesian, etika dan mutu pelayanan medis;
 - c. menindaklanjuti hasil survey kepuasan pelanggan dan menyusun rencana peningkatan mutu pelayanan medis;
 - d. menyiapkan bahan dan menyusun rencana penyelenggaraan

- pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis;
- e. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan; dan
 - f. melaksanakan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medis.
- (2) Tanggung Jawab Kepala Seksi Mutu Pelayanan dan Profesi Medis meliputi :
- a. Pengumpulan data yang cepat dan akurat;
 - b. Penyelesaian tugas tepat waktu; dan
 - c. Distribusi tugas kepada bawahan.
- (3) Wewenang Kepala Seksi Mutu Pelayanan dan Profesi Medis meliputi :
- a. Melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas;
 - b. Memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan;
 - c. Menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas;
 - d. Memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas; dan
 - e. Mengevaluasi laporan.
- (3) Syarat Jabatan Kepala Seksi Mutu Pelayanan dan Profesi Medis sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol : III/b – Penata Muda Tingkat I
 - b. Pendidikan : S1 Dokter Umum.
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat IV.
 - 2. Teknis : Manajemen program dan penyusunan anggaran.

Paragraf 16

Bidang Keperawatan

Pasal 36

- (1) Kepala Bidang Keperawatan, mempunyai tugas mengkoordinir semua kebutuhan pelayanan keperawatan, melaksanakan pemantauan, pengawasan dan pengendalian semua penggunaan fasilitas dan kegiatan asuhan dan pelayanan keperawatan serta penerimaan dan pemulangan pasien.
- (2) Kepala Bidang Keperawatan, dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bidang Keperawatan mempunyai fungsi :
- a. pelaksanaan penatalaksanaan standar asuhan dan pelayanan keperawatan dengan komite keperawatan;
 - b. pelaksanaan rencana kebutuhan tenaga, sarana dan alat pelayanan keperawatan;

- c. pelaksanaan pemantauan, pengawasan dan pengendalian penggunaan fasilitas dan kegiatan asuhan dan pelayanan keperawatan di Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Perawatan Intensif (IPI), Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Gawat Darurat dan Instalasi Pemulasaran Jenasah serta penerimaan dan pemulangan pasien;
 - d. pelaksanaan koordinasi rencana kegiatan pelayanan staf fungsional keperawatan dengan instalasi yang terkait;
 - e. pelaksanaan pembinaan dan pengembangan profesi keperawatan;
 - f. pelaksanaan bimbingan keprofesian, etika dan mutu pelayanan keperawatan;
 - g. penyusunan rencana peningkatan mutu pelayanan keperawatan;
 - h. penyusunan rencana penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga keperawatan;
 - i. pelaksanaan evaluasi dan penyusunan laporan; dan
 - j. pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Pelayanan.
- (3) Tanggung Jawab Kepala Bidang Keperawatan meliputi :
- a. Terlaksananya dan terkoordinasinya program kerja dan kegiatan;
 - b. Tersusunnya laporan pertanggungjawaban kegiatan;
 - c. Disiplin dan kualitas kinerja bawahan;
 - d. Pengendalian, bimbingan dan penyelenggaraan kegiatan;
 - e. Keberhasilan pelaksanaan program dan pelaporan;
 - f. Keharmonisan suasana kerja; dan
 - g. Peningkatan disiplin kerja bawahan.
- (4) Wewenang Kepala Bidang Keperawatan meliputi :
- a. Menilai kinerja dan prestasi bawahan;
 - b. Memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas;
 - c. Menandatangani laporan dan berkas surat-surat; dan
 - d. Meneliti dan menyempurnakan hasil kerja bawahan.
- (5) Syarat Jabatan Kepala Bidang Keperawatan sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol : III/c - Penata
 - b. Pendidikan : S1 atau S2 Keperawatan
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat III
 - 2. Teknis :
 - a. Manajemen keperawatan

Paragraf 17

Seksi Pelayanan Keperawatan

Pasal 37

- (1) Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan, mempunyai tugas :
 - a. menyiapkan bahan penatalaksanaan standar asuhan dan pelayanan keperawatan dengan komite keperawatan;
 - b. menyiapkan bahan dan koordinasi rencana semua kebutuhan asuhan dan pelayanan keperawatan termasuk kebutuhan tenaga.
 - c. Melaksanakan pemantauan, pengawasan dan pengendalian penggunaan fasilitas dan kegiatan asuhan dan pelayanan keperawatan di Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Perawatan Intensif (IPI), Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Gawat Darurat dan Instalasi Pemulasaran Jenasah serta penerimaan dan pemulangan pasien;
 - d. melaksanakan koordinasi rencana kegiatan pelayanan staf fungsional keperawatan dengan instalasi yang terkait;
 - e. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan; dan
 - f. melaksanakan tugas-tugas kedinasan lain yang di berikan oleh Kepala Bidang Keperawatan.
- (2) Tanggung Jawab Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan meliputi :
 - a. Pengumpulan data yang cepat dan akurat;
 - b. Penyelesaian tugas tepat waktu; dan
 - c. Distribusi tugas kepada bawahan.
- (3) Wewenang Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan meliputi :
 - a. Melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas;
 - b. Memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan;
 - c. Menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas.
 - d. Memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas; dan
 - e. Mengevaluasi laporan.
- (5) Syarat Jabatan Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan sebagai berikut :
 - a. Pangkat/ Gol : III/c - Penata
 - b. Pendidikan : S1 atau S2 Keperawatan
 - c. Kursus/ Diklat
 3. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat III
 4. Teknis : Manajemen keperawatan

Paragraf 18

Seksi Mutu Pelayanan dan Profesi Keperawatan

Pasal 38

- (1) Kepala Seksi Mutu Pelayanan dan Profesi Keperawatan, mempunyai tugas :
 - a. melaksanakan pembinaan dan pengembangan profesi keperawatan;
 - b. melaksanakan bimbingan keprofesian, etika dan mutu pelayanan keperawatan;
 - c. menyiapkan bahan dan koordinasi rencana semua kebutuhan sarana dan alat pelayanan keperawatan;
 - d. menyiapkan bahan dan menyusun rencana peningkatan mutu pelayanan keperawatan;
 - e. menyiapkan bahan dan menyusun rencana penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga keperawatan;
 - f. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan; dan
 - g. melaksanakan tugas-tugas kedinasan lain yang di berikan oleh Kepala Bidang Keperawatan
- (2) Tanggung Jawab Kepala Seksi Mutu Pelayanan dan Profesi Keperawatan meliputi :
 - a. Pengumpulan data yang cepat dan akurat;
 - b. Penyelesaian tugas tepat waktu; dan
 - c. Distribusi tugas kepada bawahan.
- (3) Wewenang Kepala Seksi Mutu Pelayanan dan Profesi Keperawatan meliputi :
 - a. melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas;
 - b. memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan;
 - c. menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas;
 - d. memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas; dan
 - e. mengevaluasi laporan.
- (4) Syarat Jabatan Kepala Seksi Mutu Pelayanan dan Profesi Keperawatan sebagai berikut :
 - a. Pangkat/ Gol : III/b – Penata Muda Tingkat I
 - b. Pendidikan : S1 Dokter Umum
 - c. Kursus/ Diklat
 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat IV.
 2. Teknis : Manajemen program dan penyusunan anggaran.

Paragraf 19

Bidang Penunjang

Pasal 39

- (1) Kepala Bidang Penunjang, mempunyai tugas mengkoordinir semua kebutuhan penunjang medis dan non medis, melaksanakan pemantauan, pengawasan dan pengendalian semua penggunaan fasilitas dan kegiatan penunjang medis dan non medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kepala Bidang Penunjang mempunyai fungsi :
 - a. pelaksanaan rencana penatalaksanaan standar pelayanan penunjang medis dan non medis;
 - b. penyelenggaraan koordinasi rencana semua kegiatan penunjang medis dan non medis;
 - c. pelaksanaan rencana kebutuhan tenaga kesehatan lain alat, sarana dan prasarana penunjang medis dan non medis;
 - d. pelaksanaan pemantauan, pengawasan dan pengendalian penggunaan fasilitas dan kegiatan penunjang medis dan non medis di Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium Klinik, Unit Rehabilitasi Medik, Instalasi Farmasi, Instalasi Gizi, Instalasi Sentral Sterilisasi dan Linen serta Instalasi Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit;
 - e. pelaksanaan koordinasi rencana kegiatan staf fungsional penunjang medis dan non medis dengan instalasi yang terkait;
 - f. pelaksanaan pembinaan dan pengembangan profesi penunjang medis dan non medis;
 - g. pelaksanaan bimbingan keprofesian tenaga kesehatan lainnya, etika dan mutu pelayanan penunjang medis dan non medis;
 - h. penyusunan rencana kebutuhan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga penunjang medis dan non medis;
 - i. penyusunan rencana kerjasama penggunaan fasilitas rumah sakit dan kegiatan penunjang medis dan non medis dengan Pihak ketiga;
 - j. pelaksanaan evaluasi dan penyusunan laporan;
 - k. pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Pelayanan.
- (2) Tanggung Jawab Kepala Bidang Penunjang meliputi :
 - a. Rencana dan realisasi kegiatan Bidang Penunjang;
 - b. Kebenaran hasil pekerjaan dan ketepatan waktu penyelesaian tugas.

- c. Tersusunnya laporan pertanggungjawaban kegiatan.
 - d. Disiplin dan kualitas kinerja bawahan.
- (3) Wewenang Kepala Bidang Penunjang meliputi :
- a. melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas;
 - b. memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan;
 - c. menilai kinerja dan prestasi bawahan;
 - d. memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas; dan
 - e. menandatangani laporan dan berkas surat-surat.
- (4) Syarat Jabatan Kepala Bidang Penunjang sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol : III/c – Penata
 - b. Pendidikan : S-1 Fungsional
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat III
 - 2. Teknis :
 - a. Manajemen program dan penyusunan anggaran.
 - b. Manajemen keuangan daerah/ negara.
 - c. Manajemen personalia.
 - d. Manajemen pengadaan barang dan jasa penunjang

Paragraf 20

Seksi Penunjang Medis

Pasal 40

- (1) Kepala Seksi Penunjang Medis, mempunyai tugas :
- a. melaksanakan rencana penatalaksanaan standar pelayanan penunjang medis;
 - b. menyiapkan bahan dan koordinasi rencana semua kebutuhan penunjang medis termasuk kebutuhan tenaga, alat, sarana dan prasarana kegiatan penunjang medis;
 - c. melaksanakan pemantauan, pengawasan dan pengendalian penggunaan fasilitas dan kegiatan penunjang medis di Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium Klinik, Unit Rehabilitasi Medik dan Instalasi Farmasi;
 - d. melaksanakan koordinasi rencana kegiatan staf fungsional penunjang medis dengan instalasi yang terkait;
 - e. melaksanakan bimbingan keprofesian tenaga kesehatan lainnya, etika dan mutu pelayanan penunjang medis;
 - f. menyusun rencana kebutuhan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga

- penunjang medis;
- g. menyiapkan bahan dan menyusun rencana kerjasama penggunaan fasilitas rumah sakit dan kegiatan penunjang medis dengan Pihak ketiga;
 - h. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan; dan
 - i. melaksanakan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Penunjang.
- (2) Tanggung Jawab Kepala Seksi Penunjang Medis meliputi :
- a. Pengumpulan data yang cepat dan akurat;
 - b. Penyelesaian tugas tepat waktu; dan
 - c. Distribusi tugas kepada bawahan.
- (3) Wewenang Kepala Seksi Penunjang Medis meliputi : :
- a. Melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas;
 - b. Memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan;
 - c. Menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas; Memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas; dan
 - d. Mengevaluasi laporan.
- (4) Syarat Jabatan Kepala Seksi Penunjang Medis sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol : III/b – Penata Muda Tingkat I
 - b. Pendidikan : S-1 Kesehatan Masyarakat
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat IV.
 - 2. Teknis : Manajemen program dan penyusunan anggaran.

Paragraf 21

Seksi Penunjang Non Medis

Pasal 41

- (1) Kepala Seksi Penunjang Non Medis, mempunyai tugas :
- a. melaksanakan rencana penatalaksanaan standar pelayanan penunjang non medis;
 - b. menyiapkan bahan dan koordinasi rencana semua kebutuhan penunjang non medis termasuk kebutuhan tenaga, alat, sarana dan prasarana kegiatan penunjang non medis;
 - c. melaksanakan pemantauan, pengawasan dan pengendalian penggunaan fasilitas dan kegiatan penunjang non medis di Instalasi Gizi, Instalasi Pusat Sterilisasi dan Linen serta Instalasi Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit;

- d. melaksanakan koordinasi rencana kegiatan staf fungsional penunjang non medis dengan instalasi yang terkait;
 - e. melaksanakan bimbingan keprofesian tenaga kesehatan lainnya, etika dan mutu pelayanan penunjang non medis;
 - f. menyusun rencana kebutuhan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga penunjang non medis;
 - g. menyiapkan bahan dan menyusun rencana kerjasama penggunaan fasilitas rumah sakit dan kegiatan penunjang non medis dengan Pihak Ketiga;
 - h. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan; dan
 - i. melaksanakan tugas-tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Penunjang.
- (2) Tanggung Jawab Kepala Seksi Penunjang Non Medis meliputi :
- a. pengumpulan data yang cepat dan akurat;
 - b. penyelesaian tugas tepat waktu; dan
 - c. distribusi tugas kepada bawahan.
- (3) Wewenang Kepala Seksi Penunjang Non Medis meliputi :
- a. melakukan koordinasi dalam rangka pelaksanaan tugas; dan
 - b. memberi masukan dan pertimbangan kepada atasan; dan
 - c. menilai kinerja dan prestasi bawahan dalam melaksanakan tugas; dan
 - d. memberi teguran, sanksi kepada bawahan yang kurang disiplin dalam melaksanakan tugas; dan
 - e. mengevaluasi laporan.
- (4) Syarat Jabatan Kepala Seksi Penunjang Non Medis sebagai berikut :
- a. Pangkat/ Gol : III/b – Penata Muda Tingkat I
 - b. Pendidikan : S-1 Kesehatan Masyarakat
 - c. Kursus/ Diklat
 - 1. Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan Tingkat IV.
 - 2. Teknis : Manajemen program dan penyusunan anggaran.

BAB VI

ORGANISASI PELAKSANA

Bagian Kesatu

Instalasi

Pasal 42

- (1) Dalam penyelenggaraan kegiatan pelayanan dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non

struktural.

- (2) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan, Kepala Instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang atau bagian terkait.
- (5) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional.

Pasal 43

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Wakil Direktur.

Bagian Kedua

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 44

- (1) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Kelompok jabatan fungsional sebagaimana dimaksud ayat (1) untuk tenaga kesehatan terdiri dari :
 - a. Tenaga medis meliputi dokter, dokter spesialis, dokter sub spesialis dokter gigi dan dokter gigi spesialis.
 - b. Tenaga keperawatan adalah perawat.
 - c. Tenaga Kesehatan Lainnya :
 - 1.tenaga kebidanan;
 - 2.tenaga kefarmasian;
 - 3.tenaga kesehatan masyarakat;
 - 4.tenaga kesehatan lingkungan;
 - 5.tenaga gizi;
 - 6.tenaga keterampilan fisik;
 - 7.tenaga keteknisian medis;
 - 8.tenaga teknis biomedika.

- d. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kebidanan adalah bidan.
 - e. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kefarmasian terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian.
 - f. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan masyarakat terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.
 - g. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan lingkungan terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan.
 - h. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga gizi terdiri atas nutrisionis dan dietisien.
 - i. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keterapihan fisik sebagaimana dimaksud terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur.
 - j. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keteknisan medis terdiri atas teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis.
 - k. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga teknik biomedika terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi, laboratorium medik, fisikawan medik.
- (3) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
 - (4) Kelompok jabatan fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing.
 - (5) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga

Staf Medis

Pasal 45

- (1) 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.

- (2) Dalam melaksanakan tugasnya, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf medis menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

BAB VII

ORGANISASI PENDUKUNG

Bagian Kesatu

Satuan Pengawas Internal

Pasal 46

- (1) Satuan Pengawas Internal bertugas melaksanakan pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit.
- (2) Pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mengetahui pelaksanaan kebijakan Direktur oleh bawahannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
- (3) Satuan Pengawas Internal berkedudukan langsung dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (4) Pembentukan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dengan mempertimbangkan:
 - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - b. kompleksitas manajemen; dan
 - c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.
- (5) Satuan Pengawas Internal ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 47

- (1) Susunan Pengurus Satuan Pengawas Internal terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Bidang Keuangan; dan
 - d. Bidang Pelayanan.
- (2) Tugas satuan pengawas internal, membantu manajemen untuk melaksanakan :
 - a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan

- d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis Yang Sehat.

(3) Syarat untuk dapat diangkat sebagai satuan pengawas internal :

- a. sehat jasmani dan rohani;
- b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
- c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
- d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
- e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
- f. berijazah paling rendah D-3 (Diploma 3);
- g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;
- h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;
- i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
- j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- k. mempunyai sikap independen dan obyektif.

Bagian Kedua

Komite Medik

Pasal 48

- (1) Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit oleh Direktur.
- (3) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.
- (4) Pelaksanaan kegiatan komite medik didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (5) Penyelenggaraan Komite Medik akan diatur lebih lanjut oleh Direktur.

Pasal 49

Susunan organisasi komite medik terdiri dari :

- a. ketua;
- b. sekretaris; dan

c. subkomite.

Pasal 50

- (1) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit.

Pasal 51

- (1) Komite Medik dalam melaksanakan kegiatan di bantu oleh Subkomite antara lain:
 - a. subkomite Kredensial;
 - b. subkomite Mutu Profesi Medis; dan
 - c. subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud Pasal 51 mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. Subkomite Kredensial :
 1. Menyusun dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 2. Menyelenggarakan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi;
 3. Membuat evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 4. Melakukan wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 5. Melakukan penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
 6. Melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medis;
 7. Melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medis;
 8. Memberikan rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis; dan
 9. Membuat pencatatan dan laporan secara berkala.
 - b. Subkomite Mutu Profesi Medis :
 1. Melaksanakan audit medis;
 2. Memberikan rekomendasi pertemuan internal dalam pendidikan

- berkelanjutan bagi staf medis;
3. Memberikan rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis Rumah Sakit;
 4. Memberikan rekomendasi proses pendampingan (*Proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan; dan
 5. Membuat pencatatan dan pelaporan secara berkala;
- c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi :
1. Membuat rencana kerja;
 2. Melaksanakan kerja;
 3. Menyusun tatalaksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
 4. Melakukan monitoring terhadap kepatuhan SPO dan *Clinical Pathway*;
 5. Melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika dan disiplin profesi;
 6. Mengusulkan kebijakan yang terkait dengan *bioetika*;
 7. Melakukan koordinasi dengan komite etik Rumah Sakit; dan
 8. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 52

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite medis berwenang:

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

Bagian Ketiga
Komite Keperawatan

Pasal 53

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural sebagai wadah perwakilan perawat atau bidan yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Keperawatan didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan.
- (3) Komite Keperawatan dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan Keperawatan dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (4) Penyelenggaraan Komite Keperawatan akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Pasal 54

Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :

- a. ketua;
- b. sekretaris; dan
- c. subkomite.

Pasal 55

- (1) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan komite keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan jumlah tenaga keperawatan di Rumah Sakit.

Pasal 56

- (1) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 huruf c terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial;
 - b. Subkomite mutu profesi; dan
 - c. Subkomite etik dan disiplin profesi.
- (2) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, bertugas merekomendasikan Kewenangan Klinis sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (3) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga

keperawatan.

- (4) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 57

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi perawat.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit;
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan;

- d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (5) Tanggung jawab Komite Keperawatan
- a. Komite Keperawatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur Rumah Sakit.
 - b. Menjaga citra dan nama baik Komite Keperawatan pada khususnya dan seluruh pelayanan keperawatan di Rumah Sakit pada umumnya.

Pasal 58

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Bagian Keempat

Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit

Pasal 59

- (1) Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit merupakan perangkat organisasi Rumah Sakit di bentuk dalam rangka membantu Direktur untuk menerapkan Kode Etik dan Hukum Rumah Sakit di Rumah Sakit.
- (2) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit harus mewakili berbagai profesi di dalam Rumah Sakit.
- (3) Dalam struktur organisasi Rumah Sakit, posisi Komite Etik dan Hukum setingkat dengan komite lainnya yang ada di Rumah Sakit. Selain itu Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit juga bisa berada di bawah Direktur dan setingkat Komite Medis;
- (4) Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit bertanggung jawab langsung kepada Direktur;
- (5) Bila dipandang perlu anggota Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit dapat berasal dari individu di luar rumah sakit;

- (6) Syarat untuk dapat dipilih menjadi anggota Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit adalah :
- a). berjiwa Pancasila, memiliki Integritas, Kredibilitas sosial, dan profesional.
 - b). Ia juga memiliki kepedulian dan kepekaan terhadap masalah sosial, lingkungan, dan kemanusiaan;
- (7) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit diupayakan tidak dirangkap dengan jabatan-jabatan struktural di rumah sakit;

Pasal 60

Susunan organisasi Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit Rumah Sakit terdiri dari :

- a. ketua;
- b. sekretaris; dan
- c. anggota.

Pasal 61

- (1) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri atas :
- a. Tenaga medis;
 - b. Tenaga keperawatan;
 - c. Tenaga kesehatan lain;
 - d. Unsur yang membidangi mutu dan keselamatan pasien;
 - e. Unsur administrasi umum dan keuangan, pengelola pelayanan hukum; dan
 - f. Unsur administrasi umum dan keuangan, pengelola sumber daya manusia.
- (3) Jumlah personil keanggotaan Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kemampuan Rumah Sakit.

Pasal 62

Keanggotaan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Rumah Sakit.

Pasal 63

- (1) Komite Etik dan Hukum bertugas meningkatkan dan menjaga kepatuhan penerapan etika dan hukum di Rumah Sakit, dengan cara:
 - a. menyusun Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*);
 - b. menyusun pedoman Etika Pelayanan;
 - c. membina penerapan Etika Pelayanan, Etika Penyelenggaraan, dan hukum perumahsakitan;
 - d. mengawasi pelaksanaan penerapan Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan;
 - e. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
 - f. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum; dan
 - g. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di Rumah Sakit.
- (2) Selain tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Etik dan Hukum bertugas :
 - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum; dan
 - b. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia rumah

Pasal 64

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63, Komite Etik dan Hukum memiliki fungsi :

- a. pengelolaan data dan informasi terkait etika Rumah Sakit;
- b. pengkajian etika dan hukum perumahsakitan, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai-nilai bioetika dan humaniora;
- c. sosialisasi dan promosi Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman etika pelayanan;
- d. pencegahan penyimpangan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;

- e. monitoring dan evaluasi terhadap penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
- f. pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
- g. penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal Rumah Sakit; dan
- h. penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi.

Pasal 65

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 dan Pasal 64, Komite Etik dan Hukum berwenang :

- a. menghadirkan pihak terkait untuk menyelesaikan masalah etik Rumah Sakit;
- b. melakukan klarifikasi dengan pihak terkait sebagai penyusunan bahan rekomendasi; dan
- c. memberikan rekomendasi kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit mengenai sanksi terhadap pelaku pelanggaran Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan.

Pasal 66

- (1) Pengaduan dan pelaporan terhadap persoalan etik dan hukum Rumah Sakit dapat disampaikan secara langsung melalui tatap muka atau secara tertulis/surat kepada unit pelayanan pengaduan yang terdapat di Rumah Sakit.
- (2) Pengaduan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dapat dipertanggungjawabkan dan dilakukan penanganan secara tepat.
- (3) Penanganan pengaduan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi pencatatan, penelaahan, penanganan lebih lanjut, pelaporan, dan pengarsipan.

Pasal 67

- (1) Unit pelayanan pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 ayat (1) melakukan pemilahan terhadap pengaduan dan pelaporan yang meliputi persoalan :

- a. etika profesi;
 - b. etika non profesi; atau
 - c. di luar etika profesi dan/atau etika non profesi.
- (2) Hasil pemilahan yang dilakukan oleh unit pelayanan pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disampaikan kepada unit terkait di Rumah Sakit untuk ditindaklanjuti.
 - (3) Persoalan etika profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditindaklanjuti oleh komite masing-masing tenaga kesehatan di Rumah Sakit sesuai dengan bidangnya.
 - (4) Persoalan etika nonprofesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, ditindaklanjuti oleh bagian sumber daya manusia dan/atau Komite Etik dan Hukum.
 - (5) Persoalan di luar etika profesi dan/atau etika non profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c ditindaklanjuti oleh Komite Etik dan Hukum.
 - (6) Dalam hal persoalan etika profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) melibatkan antar profesi di Rumah Sakit, ditindaklanjuti oleh Komite Etik dan Hukum.

Pasal 68

Komite Etik dan Hukum harus melaporkan kegiatannya secara berkala kepada Direktur Rumah Sakit paling sedikit setiap 6 (enam) bulan atau sewaktu-waktu bila diperlukan

Bagian Kelima

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 69

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah suatu perangkat organisasi non struktural yang dibentuk oleh Rumah Sakit untuk membantu Direktur dalam melaksanakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan serta menciptakan suatu sistem dimana Rumah Sakit membuat asuhan pasien lebih aman.
- (2) Pembentukan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah wajib.
- (3) Keanggotaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit harus mewakili berbagai profesi di dalam Rumah Sakit.

- (4) Dalam struktur organisasi Rumah Sakit, posisi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit berada di bawah Direktur.
- (5) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (6) Syarat untuk dapat dipilih menjadi anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien harus mengikuti pelatihan Mutu dan Keselamatan Pasien;
- (7) Secara reguler Komite Mutu dan keselamatan pasien melaporkan pencapaian Indikator Mutu kepada Direktur setiap tiga bulan sekali dan Direktur melaporkan paling sedikit enam bulan sekali kepada Dewan Pengawas;

Pasal 70

Susunan organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari :

- a. ketua;
- b. sekretaris;
- c. subkomite;
- d. anggota; dan
- e. penanggung jawab data unit.

Pasal 71

- (1) Keanggotaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sesuai kebutuhan.

Bagian 6

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Pasal 72

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah suatu organisasi non struktural yang dibentuk oleh Rumah Sakit untuk membantu Direktur dalam melaksanakan peningkatan pelayanan dan menciptakan suatu system untuk mencegah, meminimalkan kejadian infeksi *nosokomial* pada pasien, petugas, dan pengunjung Rumah Sakit.

- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan.
- (3) Penyelenggaraan Komite Pencegahan dan Pengendalian infeksi akan diatur lebih lanjut dalam pedoman yang disyahkan Direktur.

Pasal 73

- (1) Menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI);
- (2) Melaksanakan sosialisasi kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS), agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit;
- (3) Membuat SPO Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
- (4) Menyusun program Pencegahan Pengendalian infeksi dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;
- (5) Memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
- (6) Memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
- (7) Mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip Pencegahan dan Pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
- (8) Mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit dalam Pencegahan Pengendalian infeksi;
- (9) Melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan;
- (10) Menerima laporan dari Tim Pencegahan dan Pengendalian infeksi dan membuat laporan kepada Direktur.
- (11) Berkoordinasi dengan Instalasi dan unit.
- (12) Memberikan usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotik yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pantauan kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebar-luaskan data resistensi antibiotika.
- (13) Menyusun kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- (14) Turut menyusun kebijakan *clinical governance* dan *patient safety*.
- (15) Mengembangkan, mengimplementasikan secara periodik mengkaji

kembali rencana manajemen Pencegahan Pengendalian infeksi dan dilaksanakan dengan kebijakan manajemen rumah sakit.

- (16) Memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip Pencegahan Pengendalian infeksi.
- (17) Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi.
- (18) Melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/monitoring surveilans proses.
- (19) Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada Kejadian Luar Biasa di Rumah Sakit.

Pasal 74

Susunan organisasi Komite Pencegahan Pengendalian Infeksi terdiri dari :

- a. ketua;
- a. sekretaris; dan
- b. anggota.

Pasal 75

- (1) Keanggotaan Komite Pencegahan Pengendalian Infeksi ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku
- (2) Jumlah keanggotaan komite pncegahan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebanyak-banyaknya 15 (lima belas) orang.

Bagian 7

Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

Pasal 76

- (1) Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja adalah suatu organisasi fungsional non struktural yang dibentuk oleh Rumah Sakit untuk membantu Direktur dalam melaksanakan peningkatan pelayanan dan menciptakan suatu system untuk menjamin keselamatan dan kesehatan tenaga kerja, lingkungan kerja dan kecelakaan akibat kerja.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan.

- (3) Penyelenggaraan Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja akan diatur lebih lanjut dalam pedoman Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang disahkan Direktur.

Pasal 77

- (1) Tugas Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja meliputi :

- a. memberi rekomendasi dan pertimbangan Direktur Rumah Sakit mengenai masalah-masalah yang berkaitan dengan Keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- b. merumuskan kebijakan, peraturan, pedoman, petunjuk pelaksanaan dan prosedur;
- c. membuat program kerja, program manajemen resiko dan program pengawasan manajemen risiko.

- (2) Fungsi Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja meliputi :

- a. mengumpulkan dan mengolah seluruh data dan informasi serta permasalahan yang berhubungan dengan Keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- b. membantu Direktur mengadakan dan meningkatkan upaya promosi Keselamatan dan Kesehatan Kerja, pelatihan dan penelitian Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit;
- c. pengawasan terhadap pelaksanaan program Keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- d. memberikan saran dan pertimbangan berkaitan dengan tindakan korektif;
- e. koordinasi dengan unit-unit lain yang menjadi anggota Keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- f. memberi nasehat tentang manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di tempat kerja, kontrol bahaya, mengeluarkan peraturan dan inisiatif pencegahan;
- g. investigasi dan melaporkan kecelakaan, dan merekomendasikan sesuai kegiatannya;
- h. berpartisipasi dalam perencanaan pembelian peralatan baru, pembangunan gedung dan proses.

Pasal 78

Susunan organisasi Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja terdiri dari:

- a. ketua;
- b. Wakil ketua;
- c. sekretaris; dan
- d. anggota

Pasal 79

- (1) Keanggotaan Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan Komite Keselamatan dan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebanyak-banyaknya 15 (lima belas) orang.

Pasal 80

Dalam menjalankan tugasnya Komite Keselamatan dan Kesehatan wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite Medis, Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan serta Unit terkait.

Bagian Kedelapan

Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba

Pasal 81

- (1) Tugas dan Fungsi Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba :
 - a. membantu Direktur rumah sakit dalam menetapkan kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba;
 - b. membantu Direktur rumah sakit dalam menetapkan kebijakan umum dan panduan penggunaan antibiotik di rumah sakit;
 - c. membantu Direktur rumah sakit dalam pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba;
 - d. membantu Direktur rumah sakit dalam mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba;
 - e. menyelenggarakan forum kajian kasus pengelolaan penyakit infeksi terintegrasi;
 - f. melakukan surveilans pola penggunaan antibiotik;

- g. melakukan surveilans pola mikroba penyebab infeksi dan kepekaannya terhadap antibiotik;
- h. menyebarluaskan serta meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang prinsip pengendalian resistensi antimikroba, penggunaan antibiotik secara bijak, dan ketaatan terhadap pencegahan pengendalian infeksi melalui kegiatan pendidikan dan pelatihan;
- i. mengembangkan penelitian di bidang pengendalian resistensi antimikroba; dan
- j. melaporkan kegiatan program pengendalian resistensi antimikroba kepada Direktur rumah sakit 3 (tiga) bulan sekali.
- k. Direktur melaporkan pelaksanaan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di rumah sakit kepada Menteri melalui KPRA dengan tembusan kepada Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto.

Pasal 82

Susunan organisasi Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba terdiri dari:

- a. ketua;
- b. sekretaris;
- c. PIC; dan
- d. anggota

Pasal 83

- (1) Keanggotaan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan kualifikasi, sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Keanggotaan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri atas unsur :
 - a. medis;
 - b. keperawatan;
 - c. farmasi;
 - d. laboratorium mikrobiologi klinik;
 - e. komite Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI);
 - f. komite Farmasi dan Terapi (KFT).
- (3) Jumlah keanggotaan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disesuaikan dengan unsur tenaga kesehatan yang tersedia.

Pasal 84

Dalam menjalankan tugasnya Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite Medis, Komite Keperawatan, Komite Pengendalian Penyakit dan Infeksi, Komite Farmasi dan Terapi, Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Unit terkait serta terintegrasi dengan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

Bagian Kesembilan

Komite Farmasi dan Terapi (KFT)

Pasal 85

(1) Tugas Komite Farmasi dan Terapi meliputi :

- a. memberikan rekomendasi pada pimpinan rumah sakit untuk mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional
- b. mengkoordinir pembuatan pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, penggunaan obat antibiotik dan lain-lain.
- c. melaksanakan sosialisasi dalam pengelolaan dan penggunaan obat terhadap unit yang terkait.
- d. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat dan memberikan umpan balik atas hasil pengkajian tersebut.

(2) Fungsi Komite Farmasi dan Terapi meliputi :

- a. mengembangkan kebijakan tentang penggunaan Obat di Rumah Sakit;
- b. melakukan seleksi dan evaluasi Obat yang akan masuk dalam formularium Rumah Sakit;
- c. mengembangkan standar terapi;
- d. mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan Obat;
- e. melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan Obat yang rasional;
- f. mengkoordinir penatalaksanaan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki;
- g. mengkoordinir penatalaksanaan medication error;
- h. menyebarluaskan informasi terkait kebijakan penggunaan Obat di Rumah Sakit;
- i. memonitoring dan mendokumentasikan efek samping obat terhadap pasien;
- j. melaksanakan sosialisasi ilmu pengetahuan yang menyangkut obat kepada staf medis dan perawat.

Pasal 86

Susunan organisasi Komite Farmasi dan Terapi terdiri dari:

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

Pasal 87

- (1) Keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebanyak-banyaknya 15 (lima belas) orang.

Bagian Kesepuluh

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 88

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah Wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan selain profesi medis dan keperawatan, yang terdiri dari :
 - a. Apoteker;
 - b. Bidan;
 - c. tenaga teknis kefarmasian;
 - d. tenaga sanitasi lingkungan;
 - e. nutrisisionis;
 - f. dietisien;
 - g. fisioterapis;
 - h. okupasi terapis;
 - i. terapis wicara;
 - j. refraksionis optisien/optometris;
 - k. teknisi gigi;
 - l. penata anestesi;
 - m. terapis gigi dan mulut;
 - n. radiographer;
 - o. elektromedis;
 - p. ahli teknologi laboratorium medik;
 - q. fisikawan medik; dan
 - r. rekam medik.

- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah unit kerja yang ditunjuk ditunjuk dan bertanggung jawab kepada pimpinan rumah sakit dengan tugas :
- a. menentukan standar dan kebijakan pelayanan penunjang;
 - b. mengusulkan upaya yang perlu dalam penanggulangan masalah pelayanan penunjang medik; dan
 - c. menganalisa secara teratur pelayanan penunjang medik untuk menentukan apakah pelayanan yang diberikan sudah dapat menunjang pada asuhan pasien.

Pasal 89

Susunan Organisasi Komite Kesehatan Lainnya terdiri dari :

- a. Ketua;
- b. Sekretaris;
- c. Ketua Sub Komite Mutu;
- d. Anggota Sub Komite Mutu;
- e. Ketua Sub. Komite Kredensial;
- f. Anggota Sub. Komite Kredensial;
- g. Ketua Sub Komite Etik Dan Disiplin Profesi; dan
- h. Anggota Sub Komite Etik Dan Disiplin Profesi.

Pasal 90

Dalam menjalankan tugasnya Komite Kesehatan Lainnya Sebagai pengarah (*steering*) di dalam pemberian pelayanan medik sedangkan staf penunjang medik adalah sebagai pelaksana pelayanan medik, Secara rinci sebagai berikut :

- a. etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi membantu Direktur rumah sakit menyusun standar pelayanan medis dan memantau pelaksanaannya;
- b. membantu Direktur rumah sakit menyusun medikal staf by laws dan memantau pelaksanaannya;
- c. melaksanakan pembinaan;
- d. mengatur kewenangan profesi tenaga kesehatan lainnya; dan
- e. menyusun kebijakan pelayanan penunjang medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf penunjang medik di rumah sakit.

Pasal 91

- (1) Tugas Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagai berikut :
 - a. Meningkatkan mutu dan profesionalisme tenaga kesehatan lain yang bekerja di rumah sakit;
 - b. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktik;
 - c. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lainnya;
 - d. melakukan audit profesi tenaga kesehatan lainnya; dan
 - e. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (2) melaksanakan kredensial terhadap tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di rumah sakit dengan tugas :
 - a. menyusun daftar Rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit.
- (3) Menjaga disiplin, etika dan perilaku tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di rumah sakit dengan tugas:
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - b. melakukan Pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - c. merekomendasikan Penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik profesi dalam pelayanan kesehatan;
 - d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis;
 - e. memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan; dan
 - f. memberikan laporan kegiatan kepada Direktur rumah sakit dan atau pemilik rumah sakit;

Pasal 92

- (1) Wewenang Komite Tenaga Kesehatan Lainnya meliputi :
- a. Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
 - b. Memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
 - c. Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
 - d. Memberikan rekomendasi Surat Penugasan Klinis;
 - e. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit;
 - f. Memberikan rekomendasi pendidikan tenaga kesehatan berkelanjutan;
 - g. Memberikan rekomendasi pendampingan;
 - h. Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin;
 - i. Melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan serta mengatur kewenangan profesi antar kelompok staf fungsional;
 - j. Memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga kesehatan lainnya;
 - k. Memberikan rekomendasi tentang kerjasama antara rumah sakit instansi atau institusi pendidikan yang lain.

Pasal 93

- (1) Tanggung jawab komite tenaga kesehatan lainnya meliputi mutu pelayanan dan penunjang medik, pembinaan etika profesi, dan pengembangan profesi.
- (2) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 94

Kewajiban Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagai berikut :

- a. Menyusun Peraturan Internal Staf penunjang medik;
- b. Membuat standarisasi Format untuk standar penunjang medik, standar prosedur operasional dibidang manajerial/administrasi dan bidang keilmuan/profesi dan standar kompetensi keilmuan/profesi dan standar kompetensi;
- c. Membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu;
- d. Melakukan pemantauan mutu klinik, etika dan pelaksanaan pengembangan profesi penunjang medis;

Pasal 95

- (1) Rapat rutin Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan minimal 1 (satu) kali 1 (satu) bulan.
- (2) Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan semua kelompok staf penunjang dan/atau Dengan semua tenaga kesehatan lainnya minimal 1 (satu) kali 1 (satu) bulan.
- (3) Rapat komite tenaga Kesehatan lainnya dengan Direktur di lakukan 1 (satu) kali 1 (satu) bulan.
- (4) Rapat Darurat diselenggarakan untuk membahas masalah mendesak di lakukan sesuai kebutuhan.
- (5) Menetapkan tugas dan kewajiban subkomite termasuk pertanggung jawabannya terhadap suatu program.

Pasal 96

- (1) Mengkaitkan Perjanjian kerja di rumah sakit dengan kewenangan Komite tenaga Kesehatan Lainnya sebagai per profesi di rumah sakit
- (2) Menjabarkan hubungan antara Komite tenaga Kesehatan Lainnya sebagai penilai kompetensi dan etika profesi dengan manajemen rumah sakit sebagai pemegang kewenangan pengelolaan rumah sakit.
- (3) Koordinasi antara Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan pengelola rumah sakit dalam menangani masalah tenaga kesehatan lainnya serta pengaturan penyampaian informasi kepada pihak luar seperti perkumpulan profesi dan pihak lain non profesi.

Pasal 97

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Direktur dapat membentuk kelompok kerja atau Tim.
- (2) Kelompok kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan dari unit terkait.
- (3) Kelompok kerja sebagaimana dimaksud ayat (1) berasal dari unit kerja dan atau instalasi yang berkaitan dengan keperluan pembentukan kelompok kerja.
- (4) Kelompok kerja sebagaimana ayat (1) bertanggungjawab kepada Direktur.
- (5) Masa kerja kelompok kerja sesuai dengan keperluan dibentuknya kelompok kerja.

BAB VIII

TATA KERJA UNIT KERJA ATAU INSTALASI

Pasal 98

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan unit kerja atau instalasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi baik di lingkungannya atau dengan instalasi lainnya sesuai dengan bidang tugas masing-masing.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya, masing-masing pimpinan unit kerja atau instalasi dibantu oleh satuan organisasi di bawahnya dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan masing-masing wajib mengadakan rapat berkala.

Pasal 99

- (1) Setiap pimpinan unit kerja atau instalasi bertanggungjawab mengawasi bawahannya dan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku apabila terjadi penyimpangan.
- (2) Setiap pimpinan unit kerja atau instalasi bertanggungjawab atas pelaksanaan tugas dari bawahannya dan memberikan bimbingan serta petunjuk yang diperlukan.
- (3) Setiap pimpinan unit kerja atau instalasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.

Pasal 100

- (1) Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan unit kerja atau instalasi diolah dan dipergunakan sebagai bahan dalam menyusun laporan kepada atasannya dan pembinaan kepada bawahannya.
- (2) Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada pimpinan unit kerja atau instalasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

BAB IX
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Bagian Kesatu
Pegawai Rumah Sakit

Pasal 101

- (1) Penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dilaksanakan oleh Pegawai Rumah Sakit yang meliputi tenaga medis, paramedis, tenaga kesehatan lain dan tenaga non medis.
- (2) Pegawai Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas pegawai berstatus Aparatur Sipil Negara (ASN) dan Pegawai BLUD dengan perjanjian kerja.

Bagian Kedua
Aparatur Sipil Negara (ASN)

Pasal 102

Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disingkat ASN adalah :

- a. Pegawai Negeri Sipil (PNS); dan
- b. Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) Kerja yang bekerja pada Instansi Pemerintah.

Bagian Ketiga
Pegawai BLUD

Pasal 103

- (1) Pegawai BLUD dengan Perjanjian Kerja berkedudukan sebagai pegawai pada Rumah Sakit.
- (2) Pegawai BLUD dengan Perjanjian Kerja diangkat dengan Keputusan Direktur untuk jangka waktu tertentu dalam rangka melaksanakan tugas.
- (3) Pegawai BLUD dengan Perjanjian Kerja dapat dipekerjakan secara kontrak atau tetap.

Bagian Keempat
Pengangkatan Pegawai

Pasal 104

- (1) Pengangkatan Pegawai BLUD dengan perjanjian kerja diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan, profesionalitas, kemampuan keuangan dan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam

meningkatkan pelayanan.

- (2) Mekanisme pengangkatan pegawai BLUD dengan Perjanjian Kerja diatur lebih lanjut dengan Peraturan Bupati.

Bagian Kelima

Tenaga Paruh Waktu

Pasal 105

Tenaga paruh waktu dapat berasal dari PNS sepanjang tidak mengganggu pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya selaku PNS.

Bagian Keenam

Penghargaan dan Sanksi

Pasal 106

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas, Rumah Sakit memberikan penghargaan bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi atau melanggar peraturan perundang-undangan.

Pasal 107

Pemberian Penghargaan bagi ASN dan Pegawai BLUD dengan perjanjian kerja berupa pemberian :

- a. Kenaikan pangkat bagi PNS;
- b. Tanda kehormatan;
- c. Kesempatan prioritas untuk pengembangan kompetensi, dan/ atau
- d. Kesempatan menghadiri acara resmi dan atau acara kenegaraan.

Pasal 108

Pemberian Sanksi bagi ASN dan Pegawai BLUD dengan perjanjian kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 diberikan sesuai ketentuan yang berlaku pada peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketujuh

Mutasi Pegawai

Pasal 109

- (1) Mutasi ASN dan Pegawai BLUD dengan perjanjian kerja dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan kinerja dan pengembangan karir.

- (2) Mutasi dilaksanakan dengan mempertimbangan :
- a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan kebutuhan, pendidikan dan ketampilan ;
 - b. masa kerja di unit tertentu;
 - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - d. kegunaannya dalam menunjang karir;
 - e. kondisi fisik dan psikis pegawai; dan
 - f. agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi.

Bagian Kedelapan

Disiplin Pegawai

Pasal 110

- (1) Disiplin Pegawai adalah kesanggupan Pegawai Negeri Sipil dan atau Pegawai BLUD dengan Perjanjian Kerja untuk menaati peraturan, menjalankan kewajiban dan menghindari larangan yang ditentukan dalam Peraturan Perundang-Undangan.
- (2) Hukuman disiplin pegawai adalah hukuman yang dijatuhkan kepada pegawai karena melanggar aturan disiplin pegawai.
- (3) Tingkat dan jenis hukuman disiplin pegawai, meliputi :
 - a) Hukuman disiplin ringan;
 - b) Hukuman disiplin sedang; dan
 - c) Hukuman disiplin berat.
- (4) Hukuman disiplin pegawai sesuai dengan Peraturan Pemerintah yang berlaku.

Bagian Kesembilan

Pemberhentian Pegawai

Pasal 111

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus ASN dan pegawai BLUD dengan perjanjian kerja dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. pemberhentian atas permintaan sendiri;
 - b. Pemberhentian karena tidak cakap jasmani dan/atau rohani;
 - c. Pemberhentian karena mencapai Batas Usia Pensiun;
 - d. Pemberhentian karena perampangan organisasi;
 - e. Pemberhentian karena meninggal dunia, tewas atau hilang;
 - f. Pemberhentian karena melakukan tindakan pidana atau Penyelewengan;

- g. Pemberhentian karena pelanggaran disiplin;
- h. Pemberhentian karena hal lain.

BAB X

Standar Pelayanan Minimal

Pasal 112

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

Pasal 113

Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan :

- a. fokus pada jenis pelayanan;
- b. terukur;
- c. dapat dicapai;
- d. relevan dan dapat diandalkan; dan
- e. tepat Waktu;

Pasal 114

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada Pasal 96 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud pada Pasal 96 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada Pasal 96 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada Pasal 96 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada Pasal 96 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

BAB XI
PENGELOLAAN KEUANGAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 115

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan Sistem Akuntansi berbasis Standar Akuntansi Keuangan (SAK) dan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

Bagian Kedua

Fleksibilitas

Pasal 116

Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 ayat (2) Rumah Sakit sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan dengan status BLUD penuh memperoleh fleksibilitas berupa :

- a. pengelolaan pendapatan dan biaya;
- b. pengelolaan kas;
- c. pengelolaan utang;
- d. pengelolaan piutang;
- e. pengelolaan investasi;
- f. pengelolaan barang dan/atau jasa;
- g. pengadaan barang;
- h. penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban;
- i. pengelolaan surplus dan defisit;
- j. pengelolaan dana secara langsung; dan
- k. perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.

Pasal 117

- (1) Untuk menunjang kelancaran operasional Rumah Sakit Pemerintah dapat memberikan subsidi.
- (2) Subsidi dari pemerintah sebagaimana dimaksud ayat (1) untuk pembiayaan Rumah Sakit dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan

barang modal, dan biaya pengadaan barang dan jasa.

Pasal 118

- (1) Penerimaan anggaran bersumber dari APBD diberlakukan sebagai pendapatan Rumah Sakit.
- (2) Pendapatan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain merupakan pendapatan operasional Rumah Sakit.
- (3) Hibah terkait yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain merupakan pendapatan yang harus diberlakukan sesuai dengan peruntukan.
- (4) Hasil kerjasama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya merupakan pendapatan Rumah Sakit.
- (5) Pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2) dan ayat (4) dapat dikelola langsung untuk membiayai belanja Rumah Sakit sesuai RBA.

Pasal 119

- (1) Belanja Rumah Sakit terdiri dari unsur biaya yang sesuai dengan struktur biaya yang dituangkan dalam RBA definitif.
- (2) Pengelolaan belanja Rumah Sakit, diselenggarakan secara fleksibel berdasarkan antara volume kegiatan pelayanan dengan jumlah pengeluaran, mengikuti bisnis yang sehat.
- (3) Fleksibilitas pengelolaan belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berlaku dalam ambang batas sesuai dengan yang ditetapkan dalam RBA.
- (4) Belanja Rumah Sakit yang melampaui ambang batas fleksibilitas sebagaimana dimaksud ayat (3) harus mendapat persetujuan Bupati atas usulan Direktur.
- (5) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Rumah Sakit dapat mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada Bupati.
- (6) Belanja Rumah Sakit dilaporkan sebagai belanja barang dan jasa Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD).

Pasal 120

Pedoman Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Bupati.

Pasal 121

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan.
- (3) Sasaran penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud ayat (2) adalah untuk menutup sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan pelayanan serta tidak mengutamakan mencari keuntungan dengan tetap memperhatikan kemampuan ekonomi sosial masyarakat dan daya saing untuk pelayanan sejenis.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/ atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.

Pasal 122

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati kecuali tarif kelas III ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (4) Bupati dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat membentuk tim.

Pasal 123

- (1) Peraturan Bupati mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2), berpedoman pada ketentuan Pasal 98.

BAB XII
PENGELOLAAN BARANG
Bagian Kesatu
Pengadaan Barang dan Jasa

Pasal 124

- (1) Rumah Sakit diberikan fleksibilitas berupa pembebasan sebagian atau seluruhnya dari ketentuan yang berlaku umum bagi pengadaan barang/jasa pemerintah.
- (2) Fleksibilitas dalam pengadaan barang/jasa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam hal terdapat alasan efektivitas dan/atau efisiensi.
- (3) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diberikan terhadap pengadaan barang/jasa yang sumber dananya berasal dari :
 - a. jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat;
 - b. hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain;
 - c. hasil kerjasama dengan pihak lain; dan/atau
 - d. hasil usaha lainnya.

Pasal 125

- (1) Pengadaan barang/jasa dilakukan berdasarkan prinsip efisien, efektif, transparan, bersaing, adil/tidak diskriminatif dan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Ketentuan pengadaan barang/jasa yang ditetapkan Bupati sebagaimana dimaksud ayat (1), harus dapat menjamin ketersediaan barang/jasa yang lebih bermutu, lebih murah, proses pengadaan yang sederhana dan cepat serta mudah menyesuaikan dengan kebutuhan untuk mendukung kelancaran pelayanan Rumah Sakit.

Pasal 126

Pengadaan barang/jasa yang dananya berasal dari hibah tidak terikat dapat dilakukan dengan :

- a. mengikuti ketentuan pengadaan dari pemberi hibah;
- b. mengikuti ketentuan pengadaan barang/jasa yang berlaku bagi Rumah Sakit; atau
- c. berdasarkan kesepakatan antara pemberi hibah dengan Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Pengelolaan Barang
Pasal 127

- (1) Barang inventaris milik Rumah Sakit dapat dihapus dan/atau dialihkan kepada pihak lain atas dasar pertimbangan ekonomis dengan cara dijual, ditukar dan/atau dihibahkan dengan persetujuan Bupati dan pelaksanaannya dilaporkan kepada Bupati.
- (2) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan aset berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan Rumah Sakit atau dimanfaatkan oleh masyarakat umum.
- (3) Hasil penjualan barang inventaris sebagai akibat dari pengalihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan pendapatan Rumah Sakit dan diungkapkan secara memadai dalam laporan keuangan Rumah Sakit .
- (4) Penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi Rumah Sakit harus mendapat persetujuan Bupati.

Pasal 128

- (1) Tanah dan bangunan Rumah Sakit disertifikatkan atas nama pemerintah daerah.
- (2) Tanah dan bangunan yang tidak digunakan dalam rangka penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit, dapat dialihgunakan oleh Direktur Rumah Sakit dengan persetujuan Bupati.

Pasal 129

- (1) Rumah Sakit wajib menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian,keindahandan keselamatan.

Pasal 130

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada Pasal 112, meliputi pengelolaan limbah Rumah Sakit.
- (2) Pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi limbah padat dan limbah cair.

- (3) Pengelolaan limbah padat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi limbah medis dan non medis.
- (4) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mengacu pada ketentuan perundang-undangan.

BAB XII
PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN
(NURSING STAF BY LAWS)

Bagian Kesatu
Ketentuan Umum
Pasal 131

- (1) Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staf Bylaws*) adalah Aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di rumah sakit.
- (2) Komite Keperawatan adalah Wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (3) Staf Keperawatan RSUD Prof. dr. Soekandar adalah seluruh perawat, perawat anestesi yang dikelompokkan berdasarkan lima kelompok besar pasien di Rumah Sakit yaitu Keperawatan medikal bedah, Keperawatan anak, Keperawatan Gawat Darurat, Kamar Operasi dan keperawatan kritis.
- (4) Kewenangan Klinis adalah uraian intervensi keperawatan dan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan sesuai dengan area prakteknya.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara (*Temporary Clinical Privilege*) adalah Uraian intervensi keperawatan dan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan sesuai dengan area prakteknya yang bersifat sementara, seperti kewenangan klinis yang diberikan pada tenaga magang keperawatan.
- (6) Kewenangan Klinis dalam Keadaan Darurat (*Emergency Clinical Privilege*) adalah Uraian intervensi keperawatan dan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan dalam keadaan darurat seperti saat terjadi KLB atau bencana alam (*dissaster*).
- (7) Kewenangan Klinis Bersyarat (*Provisional Clinical Privilege*) adalah Uraian intervensi keperawatan dan yang boleh dilakukan oleh tenaga keperawatan sesuai dengan area prakteknya dengan persyaratan tertentu. (Tenaga PK I dapat melakukan Kewenangan Klinik secara

mandiri pada PK II, asalkan tenaga keperawatan tersebut telah cakap dalam *skill, knowledge* dan *attitude*).

- (8) Penugasan Klinis adalah Penugasan dari Direktur kepada tenaga keperawatan untuk melakukan Asuhan Keperawatan atau Asuhan di rumah Sakit berdasarkan Daftar Kewenangan Klinis.
- (9) Kredensial adalah Proses evaluasi terhadap tenaga keperawatan untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis.
- (10) Re-kredensial adalah Proses re-evaluasi terhadap tenaga keperawatan yang telah memiliki Kewenangan Klinis untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis tersebut.
- (11) Praktik Klinik Keperawatan adalah Kegiatan Praktik Klinik yang dilakukan mahasiswa keperawatan dan atau di Rumah Sakit setelah dinyatakan lulus mengikuti Ujian Pra Klinik dan disumpah untuk menjaga rahasia pasien.
- (12) Pegawai Baru Keperawatan adalah Seorang pegawai yang diterima bekerja di Rumah Sakit yang telah dinyatakan lulus tahap seleksi dan Kredensial serta wajib mengikuti program orientasi selama 1 Minggu, dan di supervisi oleh Kepala Ruang dan bidang Keperawatan.
- (13) Tenaga Magang Keperawatan adalah Seorang tenaga yang melaksanakan "Pemagangan Keperawatan", wajib dilakukan kredensial untuk mendapatkan Kewenangan Klinis Sementara (*Temporary Clinical Previlage*) kemudian disumpah untuk menjaga rahasia pasien dan di supervisi secara berkala oleh kepala ruang dan bidang Keperawatan.
- (14) Panitia *Ad Hoc* adalah Panitia yang dibentuk oleh Komite Keperawatan untuk membantu melaksanakan tugas Komite Keperawatan.
- (15) Mitra Bestari (*Peer Group*) adalah Sekelompok tenaga keperawatan dengan reputasi dan kompetensi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan tenaga keperawatan.
- (16) Pelimpahan Wewenang adalah Pemberian tugas oleh tenaga medis kepada perawat dan untuk melakukan tindakan medis secara tertulis dan dilakukan evaluasi pelaksanaannya dan dapat dilakukan secara delegatif atau mandat.
- (17) Pelimpahan wewenang secara delegatif adalah Pemberian tugas oleh tenaga medis kepada perawat dan untuk melakukan tindakan medis dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.
- (18) Pelimpahan wewenang secara mandat adalah Pemberian tugas oleh tenaga medis kepada perawat dan untuk melakukan tindakan medis

dibawah pengawasan dan tanggung jawab berada pada pemberi pelimpahan wewenang.

- (19) Rapat Kerja, yaitu Rapat yang dilaksanakan 1 (satu) kali dalam setahun untuk membahas Rencana Kerja.
- (20) Rapat Pleno, yaitu Rapat Koordinasi yang diadakan untuk mengeluarkan Rekomendasi Keperawatan.
- (21) Sidang Tahunan, yaitu Sidang yang dilakukan oleh Keperawatan untuk melakukan evaluasi terhadap Program Kerja yang telah dilaksanakan.

Bagian Kedua Maksud Dan Tujuan

Pasal 132

- (1) Maksud dibuatnya peraturan internal staf keperawatan di Rumah Sakit adalah agar komite keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi perawat.
- (2) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah
 - a. Memberikan Dasar Hukum bagi Mitra Bestari (*Peer Group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Keperawatan.
 - b. Mewujudkan profesionalisme perawat, mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan serta menegakkan etik dan disiplin profesi perawat di Rumah Sakit.

Bagian Ketiga Kewenangan Klinis

Pasal 133

Semua asuhan keperawatan dan asuhan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi Kewenangan Klinis melalui proses Kredensial dan Rekredensial.

Pasal 134

Kewenangan Klinis yang diberikan kepada staf keperawatan disesuaikan dengan kategori jenjang klinis keperawatan.

Bagian Keempat Jenjang Karer Klinis Keperawatan

Pasal 135

- (1) Jenjang Karer Klinis Keperawatan terdiri-dari :

- a. Pra PK;
- b. Jenjang Perawat Klinik 1 (PK 1);
 - 1. PK 1 A
 - 2. PK 1 B
- c. Jenjang Perawat Klinik 2 (PK 2);
- d. Jenjang Perawat Klinik 3 (PK 3);
 - 1. PK 3 A
 - 2. PK 3 B
- e. Jenjang Perawat Klinik 4 (PK 4)
- f. Jenjang Perawat Klinik 5 (PK 5)

Bagian Kelima

Kualifikasi Jenjang Karer Keperawatan

Pasal 136

- (1) Pra PK Adalah perawat baru yang dinyatakan lulus seleksi penerimaan dengan pendidikan D III Keperawatan, S 1 Keperawatan, S2 spesialis Keperawatan yang sedang menjalani proses orientasi khusus selama 3 bulan.
- (2) Perawat Klinik I (PK I I) (*Novice*)
 - a. Perawat lulusan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja < 2 tahun. (PK 1 A)
 - b. Perawat lulusan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja 2 tahun. (PK 1 B)
 - c. S1 Keperawatan/DIV Keperawatan dengan pengalaman kerja 0 tahun. (PK 1 B)
 - d. Memiliki sertifikat PK I .
 - b. Memiliki sertifikat PPGD, BCLS, BTCLS, BLS .
- (3) Perawat Klinik II (PK II) (*Advance Begginer*)
 - a. Perawat lulusan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja selama 5 tahun;
 - b. S1 Ners/D IV Keperawatan dengan pengalaman kerja selama 3 tahun.
 - c. Memiliki sertifikat PK I; dan
 - c. Memiliki sertifikat PPGD, BCLS, BTCLS, BLS;
- (4) Perawat Klinik III (PK III) (*Competen*)
 - a. Perawat lulusan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja selama 9 tahun. (PK 3 A)
 - b. S1 Ners/D IV Keperawatan dengan pengalaman kerja selama diatas 6

tahun, Ners Spesialis dengan

- c. pengalaman kerja 0 tahun. (PK 3 B)
 - d. Memiliki Sertifikat PK III.
 - e. Memiliki sertifikat PPGD, BCLS, BTCLS, BLS .
- (5) Perawat Klinik IV (PK IV) (*Proficient*)
- a. S1 Ners / D IV Keperawatan dengan pengalaman kerja selama 9 tahun
 - b. Ners Spesialis dengan pengalaman kerja 2 tahun.
 - c. Memiliki Sertifikat PK IV
 - d. Memiliki sertifikat PPGD, BCLS, BTCLS, BLS .
- (6) Perawat Klinik V (PK V) (*Expert*)
- a. Ners Spesialis dengan pengalaman kerja 2 tahun.
 - b. Memiliki Sertifikat PK IV .
 - c. Memiliki sertifikat PPGD, BCLS, BTCLS, BLS .

Pasal 137

- (1) Bagi Lulusan D-III Keperawatan yang tidak melanjutkan pendidikan ke jenjang S1 Keperawatan tidak dapat melanjutkan ke jenjang PK dan seterusnya.
- (2) Perawat lulusan SPK dengan pengalaman kerja < 10 tahun tetap diberikan Kewenangan Klinis PK I dan bila pengalaman kerja > 10 tahun diberikan Kewenangan Klinis PK II, dan harus melanjutkan ke jenjang Pendidikan yang lebih tinggi (D-III atau S1 Keperawatan dan Program Profesi Ners) sampai tahun 2020 dan bila tidak, maka Kewenangan Klinis akan dicabut dan tidak dianggap sebagai Tenaga Keperawatan Profesional.
- (3) Perawat yang tidak mempunyai Surat Tanda Registrasi Perawat (STR) tidak dianggap sebagai tenaga keperawatan profesional.

Pasal 138

Dalam keadaan tertentu Kewenangan Klinis dapat diberikan kepada Staf Keperawatan dengan melihat kondisi berupa:

- a. Kewenangan Klinis Sementara (*Temporary Clinical Privillage*).
- b. Kewenangan Klinis Dalam Keadaan Darurat (*Emergency Clinical Privillage*)
- c. Kewenangan Klinis Bersyarat (*Provisional Clinical Privillage*).

Pasal 139

Penjabaran Kewenangan Klinis seperti tersebut dalam Pasal 5 dan Pasal 6 diatur dalam Buku Putih (*White Paper*).

Pasal 140

Penyusunan Buku Putih (*White Book*) Kewenangan Klinis Keperawatan disusun oleh Panitia *Ad Hoc* yang dibentuk oleh Komite Keperawatan Rumah Sakit dengan melibatkan Mitra Bestari (*Peer Group*).

Pasal 141

- (1) Dalam rangka mendapatkan Kewenangan Klinis, Staf Keperawatan mengajukan permohonan krendensial/re-krendensial secara tertulis yang ditujukan kepada direktur Rumah Sakit yang selanjutnya diteruskan kepada kepala bidang keperawatan untuk dibuatkan permohonan kepada Komite Keperawatan untuk dilakukan proses krendensial dan re-krendensial dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan.
- (2) Bagi tenaga keperawatan baru setelah dinyatakan lulus seleksi penerimaan kepala bidang keperawatan membuat surat permohonan dilakukan krendensial bagi tenaga tersebut kepada ketua komite keperawatan.

Pasal 142

Komite Keperawatan menugaskan kepada Sub Komite Kredensial untuk melakukan Proses Kredensial kepada staf keperawatan sebagai dasar rekomendasi Kewenangan Klinis staf keperawatan.

Pasal 143

Dalam hal Proses Kredensial memerlukan tenaga yang banyak, maka Sub Komite Kredensial mengajukan kepada Ketua Komite Keperawatan agar dibentuk Panitia *Ad Hoc* untuk melakukan Proses Kredensial Staf Keperawatan.

Pasal 144

Dalam hal Proses Kredensial telah selesai, maka Sub Komite Kredensial mengeluarkan rekomendasi kepada Ketua Komite Keperawatan.

Pasal 145

Rekomendasi Sub Komite Kredensial dapat berupa :

- a) Direkomendasikan diberi Kewenangan Klinis.
- b) Tidak direkomendasikan.

Pasal 146

Ketua Komite Keperawatan menetapkan Kewenangan Klinis staf keperawatan atas dasar rekomendasi dari Sub Komite Kredensial.

Bagian Keenam

Penugasan Klinis

Pasal 147

Ketua Komite Keperawatan mengusulkan kepada Direktur Rumah Sakit untuk mengeluarkan Penugasan Klinis Staf Keperawatan sesuai dengan Kewenangan Klinis yang direkomendasikan.

Pasal 148

Direktur Rumah Sakit mengeluarkan Penugasan Klinis kepada Staf Keperawatan dalam untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.

Pasal 149

Direktur Rumah Sakit berhak mengeluarkan Surat Pengakhiran Penugasan Klinis kepada staf keperawatan atas rekomendasi Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi melalui Komite Keperawatan.

Bagian Kejujuh

Pelimpahan Wewenang

Pasal 150

- (1) Dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan, Perawat dapat bertugas sebagai pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang.
- (2) Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dan melakukan evaluasi pelaksanaannya.
- (3) Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilakukan secara delegatif atau mandat.
- (4) Pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.
- (5) Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (4) hanya dapat diberikan kepada perawat profesi atau perawat/ vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang diperlukan.

- (6) Pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di bawah pengawasan.
- (7) Tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (6) berada pada pemberi pelimpahan wewenang.

Bagian Kedelapan

Rapat

Pasal 151

- (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.
 - a. Rapat Kerja
 1. Rapat Kerja Keperawatan dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka.
 2. Rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Kasie Keperawatan, Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan.
 3. Agenda Rapat Kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 3 (tiga) tahun.
 - b. Rapat Rutin
 1. Rapat Rutin Keperawatan dilaksanakan 1 (satu) kali dalam sebulan diikuti oleh bidang Keperawatan, Komite Keperawatan dan Kepala Ruang .
 2. Agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah harian keperawatan.
 3. Rapat Rutin Keperawatan dipimpin oleh Kepala bidang Keperawatan atau Ketua Komite Keperawatan.
 - d. Rapat Pleno
 1. Rapat Pleno Keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan.
 2. Rapat Pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite

Keperawatan, Sub Komite dan Kasie Keperawatan.

3. Agenda Rapat Pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.
 4. Kehadiran rapat pleno adalah 100% peserta rapat.
- (3) Ketentuan melaksanakan sidang tahunan adalah sebagai berikut :
- 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, Kasie Keperawatan, Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang.
 - 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.

Bagian Kesembilan

Sub Komite Kredensial, Mutu Profesi, Etika Dan Disiplin Profesi

Pasal 152

- (1) Sub Komite Kredensial mempunyai tugas pokok, yaitu :
- a. menyusun daftar Rincian Kewenangan Klinis;
 - b. menyusun Buku Putih (*White Book*);
 - c. menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial;
 - d. merekomendasikan tahapan proses Kredensial;
 - e. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - f. melakukan proses Kredensial;
 - g. melakukan Kredensial ulang (Re-Kredensial) secara berkala setiap 3 (tiga) tahun;
 - h. membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut dalam pasal 29 ayat (1), Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya Panitia *Ad Hoc* kepada Ketua Komite Keperawatan.

Pasal 153

- (1) Sub Komite Mutu Keperawatan mempunyai tugas pokok, yaitu:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merencanakan sarana dan pra sarana keparawatan sesuai standarisasi Kementrian Kesehatan;
 - c. merekomendasikan perencanaan dan evaluasi pengembangan professional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - d. menyusun dan sosialisasi serta melakukan evaluasi SPO keperawatan;
 - e. menyusun dan sosialisasi serta melakukan evaluasi SAK;
 - f. menyusun dan sosialisasi serta melakukan evaluasi model asuhan keperawatan Profesional di Ruamh Sakit;
 - g. melakukan audit asuhan keperawatan; dan
 - h. evaluasi untuk untuk pendampingan (*proctoring*).
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya Panitia *Ad Hoc* kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

Pasal 154

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi, mempunyai tugas pokok yaitu:
 - a. melakukan sosialisasi Kode Etik Profesi tenaga keperawatan.
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan.
 - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan dan .
 - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi, asuhan keperawatan dan asuhan .
 - e. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis dan atau Surat Penugasan Klinis.
 - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan membentuk Panitia *Ad Hoc* baik insidental atau permanen
- (3) Hasil kerja Panitia *Ad Hoc* sebagaimana dimaksud ayat (2) dibawa dalam Rapat Pleno.

Pasal 155

- (1) Dalam memberikan pelayanan keperawatan dan diperlukan Standar Profesi, Standar Pelayanan, Standar Prosedur Operasional dan Kebutuhan Dasar Pasien
- (2) Dalam memenuhi kebutuhan sebagaimana dimaksud ayat (1), Komite Keperawatan bersama-sama bidang Keperawatan berkewajiban menyusun :
 - a. Standar Profesi Keperawatan dan .
 - b. Standar Pelayanan Keperawatan dan .
 - c. Standar Prosedur Operasional Keperawatan dan .
 - d. Standar Kebutuhan Dasar Pasien.
- (3) Dalam keadaan tidak mampu, setiap staf keperawatan berkewajiban melakukan konsultasi dan atau merujuk pasien kepada tenaga keperawatan lain yang dianggap lebih mampu.

Bagian Kesepuluh

Tata cara dan review perbaikan

Peraturan internal staf keperawatan

Pasal 156

- (1) Segala sesuatu yang belum diatur dalam aturan ini akan diatur dikemudian hari melalui Rapat Pleno Keperawatan.
- (2) Apabila Peraturan Internal Keperawatan dianggap tidak sesuai, dapat ditinjau ulang melalui Sidang Tahunan Keperawatan.

BAB XIII

POLA TATA KELOLA STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Kategori Staf Medis

Pasal 157

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

- a. Staf Medis Organik, yaitu Dokter yang berstatus sebagai pegawai PNS, pegawai Non PNS, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada Rumah Sakit;
- b. Staf Medis Mitra, yaitu Dokter mitra, berkedudukan sejajar dengan Rumah Sakit, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungugat

secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit;

- c. Staf Medis Relawan, yaitu Dokter mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit, dan bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab sesuai ketentuan di Rumah Sakit; dan
- d. Staf Medis Tamu, yaitu Dokter dari luar Rumah Sakit yang karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis yang ada di Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Bagian Kedua

Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

Pasal 158

- (1) Keanggotaan Staf Medis merupakan *privilege* yang dapat diberikan kepada dokter dan dokter gigi yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Untuk menjadi anggota Staf Medis maka dokter atau dokter gigi harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP), kesehatan jasmani dan rohani yang baik (*fit*) untuk melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya serta memiliki perilaku dan moral yang baik.
- (3) Tatalaksana pengangkatan dan pengangkatan kembali Staf Medis Rumah Sakit adalah dengan mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur dengan memperhatikan pertimbangan dari Komite Medis dapat mengabulkan atau menolak permohonan tersebut.

Pasal 159

Lama masa kerja staf medis Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- a. untuk Staf Medis PNS adalah selama menjadi Pegawai Rumah Sakit;
- b. untuk Staf Medis Non PNS adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali sepanjang yang bersangkutan masih menjadi pegawai Non PNS;
- c. untuk Staf Medis Mitra adalah selama 2 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan; dan
- d. untuk Staf Medis Relawan (*voluntir*) adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali sepanjang yang bersangkutan masih menghendaki dan memenuhi semua persyaratan.

Pasal 160

Staf Medis PNS yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Non PNS atau Staf Medis Mitra atau Staf Medis Relawan sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan.

Bagian Ketiga

Pengorganisasian Staf Medis

Pasal 161

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

Pasal 162

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

Bagian Keempat

Fungsi, Tugas, Tanggungjawab dan Kewajiban

Pasal 163

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

Pasal 164

Tugas Staf Medis Rumah Sakit adalah:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- b. membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan/atau pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar

- pelayanan medis, dan etika kedokteran;
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 165

Tanggungjawab Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah :

- a. memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- b. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
- c. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu;
- d. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen terkait.

Pasal 166

Kewajiban Staf Medis Rumah Sakit adalah :

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

Pasal 167

- (1) Semua penerimaan Staf Medis harus melalui proses kredensial oleh Komite medik Sub. Komite Kredensial.
- (2) Bagi Staf Medis yang telah diangkat menjadi pegawai Non PNS dilakukan rekredensial setiap 3 (tiga) Tahun sekali oleh Komite medik Sub. Komite Kredensial.
- (3) Bagi tenaga medis yang bekerja paruh waktu di Rumah Sakit maka dilakukan kredensial sebelum yang bersangkutan bekerja di rumah sakit dan akan dilakukan rekredensial apabila dilakukan perjanjian kerja

Pasal 168

- (1) Semua penerimaan Tenaga Keperawatan dan Tenaga Kesehatan lain harus melalui proses kredensial oleh Komite medik Sub. Komite Kredensial.

- (2) Bagi Tenaga Keperawatan dan Tenaga Kesehatan lain yang telah diangkat menjadi pegawai Non PNS dilakukan rekredensial setiap 3 (tiga) tahun sekali oleh Komite medik Sub. Komite Kredensial.
- (3) Bagi Tenaga Keperawatan dan Tenaga Kesehatan lain yang bekerja paruh waktu di Rumah Sakit maka dilakukan kredensial sebelum yang bersangkutan bekerja di rumah sakit dan akan dilakukan rekredensial apabila dilakukan perjanjian kerja

Bagian Kelima
Kewenangan Klinik
Pasal 169

- (1) Setiap Dokter yang diterima sebagai Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medis berdasarkan masukan dari Sub. Komite Kredensial.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijasah/sertifikat yang dimiliki Staf Medis, kompetensi dan pengalaman.
- (3) Dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medis dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari *Kolegium* terkait.
- (4) Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat dicabut apabila Surat Tanda Register (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP) dokter yang bersangkutan telah habis masa berlakunya.

Pasal 170

Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 169 ayat (4) akan dievaluasi terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

Pasal 171

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya diperluas maka Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/ atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medis.

- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 172

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

Pasal 173

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

Bagian Keenam

Penugasan Klinik

Pasal 174

- (1) Setiap staf medis yang memberikan pelayanan di Rumah Sakit harus memiliki surat penugasan klinis dari Direktur berdasarkan rincian kewenangan klinis yang direkomendasikan oleh Komite Medis yang berlaku dengan masa 3 (tiga) tahun.
- (2) Dengan penugasan klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) seorang staf medis dapat menjadi anggota kelompok yang memiliki kewenangan klinis yang sama.
- (3) Penugasan klinis dapat pula diberikan kepada konsultan tamu yang sifatnya penugasan sementara.
- (4) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat dirubah atau dibekukan untuk waktu tertentu atau diakhiri berdasarkan pertimbangan atau alasan tertentu dari komite medis.
- (5) Dengan diakhirinya penugasan klinis sebagaimana dimaksud ayat (5) seorang staf medis tidak berwenang melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

Bagian Ketujuh
Evaluasi Staf Klinis

Pasal 175

- (1) Setiap Staf Medis yang memberi pelayanan di Rumah Sakit harus bekerja dalam koridor kewenangan klinis (*clinical privileges*) yang ditetapkan oleh kepala Rumah Sakit.
- (2) Dalam menentukan kewenangan klinis tersebut sesuai ayat (1) dilakukan melalui mekanisme kredensial yang dilaksanakan oleh Komite Medis.
- (3) Kinerja pelayanan Staf medis di evaluasi secara rutin setiap tahun oleh Direktur Rumah Sakit.
- (4) Pada ayat (3) dilakukan oleh Komite Medis dengan membentuk beberapa Sub. Komite, salah satunya yaitu Sub. Komite Kredensial yang tugasnya yaitu mendapatkan dan memastikan Staf Medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di Rumah Sakit.

Bagian Kedelapan
Pembinaan

Pasal 176

- (1) Direktur berkewajiban melakukan pembinaan atas kinerja staf medis.
- (2) Direktur dapat memberikan sanksi kepada staf medis yang dinilai kurang mampu untuk melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan.

Pasal 177

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

Pasal 178

Pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur Rumah Sakit setelah mendengar pendapat dari Komite Medis serta Komite Etik dengan mempertimbangkan kadar pelanggaran, yang bentuknya dapat berupa:

- a. teguran lisan atau tertulis;
- b. pencabutan penugasan klinis;
- c. pencabutan status sebagai Staf Medis Rumah Sakit

Bagian Kesembilan
Pemberhentian Staf Medis

Pasal 179

Staf Medis Organik diberhentikan dengan hormat karena :

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

Pasal 180

Staf Medis Organik dapat diberhentikan dengan tidak hormat apabila ia melakukan perbuatan melawan hukum yang ancamannya pidananya lebih dari 5 (lima) tahun.

Pasal 181

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

Pasal 182

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

BAB XIV

KERAHASIAAN DAN INFORMASI MEDIS

Pasal 183

- (1) Rumah Sakit berhak untuk membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku di Rumah Sakit, menyimpan rekam medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku, memberikan ringkasan rekam medis kepada pasien ataupun pihak lain atas ijin pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu secara tertulis dan dapat memberikan abstraksi rekam medis untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku
- (2) Dokter Rumah Sakit berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya, wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah

pasien itu meninggal dunia dan wajib menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika hukum dan kedokteran.

- (3) Pasien Rumah Sakit berhak mengetahui semua peraturan dan ketentuan Rumah Sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lain-lain hal yang berkaitan dengan pasien, wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya dan mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan dokter
- (4) Dalam hal berkaitan dengan masalah kesehatannya sebagaimana dimaksud Pasal 2 Pasien berhak untuk mendapatkan :
 - a. diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medis;
 - b. tujuan tindakan medis;
 - c. tata-laksana tindakan medis;
 - d. alternatif tindakan lain jika ada.
 - e. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 - f. akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan;
 - g. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
 - h. risiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medis.
 - i. berhak meminta konsultasi kepada dokter lain (*second opinion*) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya;
 - j. berhak mengakses dan mendapatkan isi rekam medis; dan
 - k. berhak memanfaatkan isi rekam medis untuk kepentingan peradilan.

BAB XVI
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 185

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Nomor 22 Tahun 2015 Tentang Pola Tata Kelola RSUD Prof. dr. Soekandar (Berita Daerah Kabupaten Mojokerto Tahun 2015 Nomor 22) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 186

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Mojokerto

Pada tanggal 31 Oktober 2019

WAKIL BUPATI MOJOKERTO,




PUNGKASIADI

Diundangkan di Mojokerto

pada tanggal 31 Oktober 2019

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MOJOKERTO,



HERRY SUWITO

BERITA DAERAH KABUPATEN MOJOKERTO TAHUN 2019 NOMOR 57