

PERATURAN WALIKOTA
BANJARBARU

NOMOR 42 TAHUN 2017

TENTANG

PERATURAN INTERNAL
RUMAH SAKIT
(HOSPITAL BYLAWS)
RUMAH SAKIT DAERAH IDAMAN
KOTA BANJARBARU

DITETAPKAN DI BANJARBARU
PADA TANGGAL 31 MEI 2017

DIUNDANGKAN DI BANJARBARU
PADA TANGGAL 31 MEI 2017

BERITA DAERAH KOTA
BANJARBARU
TAHUN 2017 NOMOR 42

WALIKOTA BANJARBARU
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN
PERATURAN WALIKOTA BANJARBARU
NOMOR 42 TAHUN 2017

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLA WS*)
RUMAH SAKIT DAERAH IDAMAN KOTA BANJARBARU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA BANJARBARU,

- Menimbang:
- a. bahwa dinamika paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, maka dari itu perlu adanya aturan tentang kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
 - b. bahwa Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru 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 Daerah Idaman Kota Banjarbaru dituntut untuk dapat memberikan pelayanan bermutu sesuai dengan yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
 - c. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan seluruh unsur yang terdapat di dalam rumah sakit maka perlu dibuatkan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit; bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;

Walikota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;

- Mengingat:
1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Banjarbaru (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3822);
 2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5027);
 5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
 6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
 7. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun

- 2014 Nomor 298);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
 9. 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);
 10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772 /MENKES/ SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
 11. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Pengorganisasian Rumah Sakit ;
 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;

15. Peraturan Daerah Kota Banjarbaru Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Perangkat Daerah Kota Banjarbaru (Lembaran Daerah Kota Banjarbaru Tahun 2016 Nomor 10, Tambahan Lembaran Daerah Kota Banjarbaru Nomor 37);

MEMUTUSKAN:

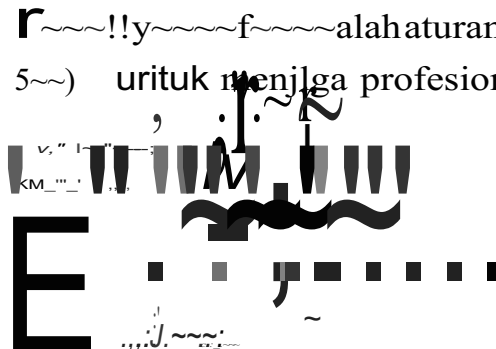
Menetapkan PERATURAN WALIKOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT DAERAH IDAMAN KOTA BANJARBARU

BABI KETENTUAN MUM

Pasal

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah daerah Kota Banjarbaru.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara urusan Pemerintah oleh Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Walikota adalah Walikota Banjarbaru.
4. Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru yang selanjutnya disingkat RSD Idaman Kota Banjarbaru adalah organisasi perangkat daerah (OPD) di Lingkungan Pemerintah Kota Banjarbaru yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara umum baik perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
5. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
6. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola korporasi rumah sakit (*corporate governance*) untuk meningkatkan dan menjaga kinerja manajemen rumah sakit.
7. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.



8. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalismestaf keperawatan di rumah sakit.
9. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat menjadi BLUD adalah instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang *danl* atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melak:ukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
10. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melak:ukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakit.
11. Pengelola adalah pengelola Rumah Sakit, dalam hal ini adalah pimpinan/manajemen Rumah Sakit yang menjalankan fungsi manajemen dan bertanggungjawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit.
12. Direktur Rumah Sakit Daerah Banjarbaru yang selanjutnya disebut Direktur adalah pejabat yang ditunjuk dan diangkat oleh Walikota untuk membantu Walikota dalam mengelol rumah sakit sesuai dengan bidang tugasnya.
13. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenyamelalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
14. 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 keperawatan.
15. Kompetensi adalah dimensi yang dimiliki seseorang meliputi kedalaman pemahaman (aspek kognitif), keterampilan, pengetahuan, minat, sikap dan nilai (*value*) yang merupakan standar perilaku (*attitude*) yang telah menyatu dalam diri seseorang dalam melak:ukan pekerjaan yang dibebankan kepadanya.
16. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada dir~ktur . _E~amhal menyusun dan merumuskan *etikolegal* dan etika pel masalah etika dan hukum di rumah saki

pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan *hospital bylaws*, gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit Daerah Idarnan Kota Banjarbaru.

17. Kolektifkolegial adalah cara pengambilan keputusan oleh tim/ dewan/ satuan yang dilakukan secara bersama-sama dengan maksud dan tujuan yang sarna dan sejalan.
18. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) adalah Satuan Kerja Fungsional yang bertugas melaksanakan Pemeriksaan Intern di lingkungan Rumah Sakit Daerah Idarnan Kota Banjarbaru.
19. Dokter dan Dokter Gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan, memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP) yang sah, serta telah mendapatkan penempatan atau terikat perjanjian dengan Rumah Sakit dan oleh karenanya diberi kewenangan untuk melakukan pelayanan dan/ atau tindakan medis di Rumah Sakit.
20. Staf Medis adalah Staf Medis Rumah Sakit, yaitu dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter, dokter gigi yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional, melakukan pelayanan secara puma waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit.
21. Kelompok Staf Medis (KSM) adalah satuan kerja fungsional di Rumah Sakit yang terdiri dari kelompok dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter dan dokter gigi, yang dikelompokkan berdasarkan spesialisasi /keahlian /kompetensi yang sama, atau dengan cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
22. Pelayanan Medis adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, yang dapat berupa pelayanan promotif, preventif, diagnostik, konsultatif, kuratif atau rehabilitatif.
23. Tindakan Medis adalah suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilakukan terhadap pasien, baik untuk gnostik, terapeutik ataupun rehabilitatif.

24. Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis/ staf keperawatan untuk melakukan sekelompok pelayanan medis/keperawatan tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
25. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis/keperawatan untuk melakukan sekelompok pelayanan medis/keperawatan dirumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis/keperawatan yang bersangkutan.
26. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis/ staf keperawatan untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
27. Rekredensial adalah proses evaluasi ulang terhadap staf medis/ staf keperawatan yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
28. Telaah Keprofesian (*clinical appraisals*) adalah telaah yang ditinjau dari segi pengetahuan (*knowledge*), ketrampilan (*skill*) dan perilaku (*attitude*) yang bersangkutan dibidang keahlian profesinya.
29. Dokter/Tenaga Kesehatan Purna Waktu adalah dokter/tenaga kesehatan purna waktu yang memberikan pelayanan medis/kesehatan secara purna waktu di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sesuai jam kerja yang ditentukan.
30. Dokter/Tenaga Kesehatan Tamu adalah dokter yang bukan tenaga medis tetap di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru yang diminta memberikan pelayanan medis/ kesehatan berdasarkan kebutuhan yang diminta dan terikat secara hukum yang berlaku di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
31. Dokter Kontrak adalah dokter atau dokter gigi yang diangkat dengan status tenaga kontrak di Rumah Sakit, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu berdasarkan ketentuan hukum yang berlaku.
32. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang selanjutnya disingkat DPJP adalah Dokter Penanggung Jawab Pasien Rumah Sakit merupakan dokter yang bertugas mengelolakan tata kelola medis seorang pasien.
33. Dokter Pendidik Klinis adalah jabatan yang mempunyai ruang lingkup, tugas, tanggung jawab, dan wewenang untuk melaksanakan pelayanan kesehatan/ pelayanan medis, pengabdian masyarakat di Rumah Sakit Pendidikan serta melakukan

ilmu kedokteran dengan hak dan kewajiban yang diberikan secara penuh oleh pejabat yang berwenang.

34. Peserta Didik adalah peserta program pendidikan, yaitu dokter, perawat dan bidan dan profesi kesehatan lainnya yang sedang mengikuti pendidikan di Rumah Sakit.
35. Pendidikan Sistem Magang adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di Rumah Sakit dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan kesehatan, peserta didik didampingi oleh tenaga pendidik dengan tanggung jawab sepenuhnya berada di tangan tenaga pendidik sesuai disiplin ilmu dan teknis.

BAB II Pasal2

Nama, Alamat dan Kelas

- (1) Nama rumah sakit ini adalah Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (2) Alamat Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru berada di Jalan Trikora Nomor 115 Kelurahan Guntung Manggis Kecamatan Landasan Ulin Kota Banjarbaru Provinsi Kalimantan Selatan.
- (3) Kelas Rumah Sakit Daerah Idaman kota Banjarbaru merupakan Rumah Sakit Umum Kelas C berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 104/MENKES/I/1995 yang memberikan pelayanan kesehatan pada 4 (empat) bidang pelayanan dasar dan pelayanan spesialis serta subspecialis lainnya, serta digunakan untuk pelayanan, pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran dan pendidikan keperawatan/ kebidanan dan profesi kesehatan lainnya sesuai ketentuan perundang-undangan.

Pasal3

Visi dan Misi

- (1) Visi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru adalah
"Rumah Sakit Yang Unggul Dalam Pelayanan dan Berkarakter"
- (2) Misi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru adalah:

- a. mengembangkan kompetensi sumber daya manusia di seluruh unit pelayanan rumah sakit dalam hal pengembangan *skill, knowledge* dan *attitude* (keterampilan, keilmuan dan perilaku yang baik) di semua lini pelayanan;

- b. mengembangkan rumah sakit yang berwawasan lingkungan

- c. menyediakan peralatan medis yang canggih dan mutakhir sesuai dengan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran;
- d. mengembangkan perangkat manajemen yang inovatif dan responsif yang mampu menjawab tantangan rumah sakit di masa yang akan datang berbasis IT; dan
- e. Memberikan pelayanan berkarakter yang berkualitas standard dan dikemas dengan sikap yang santun.

Pasal4

Logo, Cap dan Kop Surat Resmi

(1) Logo Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru adalah sebagai berikut:

(3) Makna logo sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas ialah:

- a. Gambar tanda silang dengan empat arah warna hijau tulisan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dalam lingkaran lonjong warna hijau melambangkan bahwa Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru menjunjung tinggi nilai etika kedokteran universal yaitu *Beneficience, Non-maleficence, Autonomy* dan *Justice*;
- b. Empat arah menunjukkan arah konsep Marketing Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru yaitu *Preskriftifdan Preparatif*; *ormatif, Edukatif,*

- c. Warna hijau pada tanda silang mencerminkan adanya kesejukan kesehatan, keseimbangan dan kearifan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan;
- d. Gambar tiga garis melengkung ke atas yang berada paling bawah pada logo adalah dasar pijakan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru yaitu Profesionalisme, Etis dan Nasionalisme dengan ridho Tuhan Yang Maha Esa; dan
- e. Warna kuning, merah dan biru pada garis melengkung menggambarkan adanya jalinan komunikasi yang baik antara tenaga kesehatan dan pasien serta antara tenaga kesehatan (kuning); adanya tekak yang kuat dari pasien untuk sembuh (merah); dan adanya keikhlasan dan kerelaan serta kekuatan dalam doa dari pasien dan keluarganya menghadapi penyakit yang diderita pasien (biru)

(2) Cap Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru adalah :

PARAF KQROINASI

(3) Kop Surat Resmi Rumah Sakit Daerah Idaman Banjarbaru adalah

a. Logo Berwarna

PEMERINTAH KOTA BANJARBARU
RUMAH SAKIT DAERAH IDAMAN KOTA BANJARBARU

Jalan Trikora Nomor 115 Guntung Manggis Kola Banjarbaru Kalimantan Selatan
Telepon (0511) 6749696 Faksimili (0511) 6749697

b. Logo Hitam Putih

PEMERINTAH KOTA BANJARBARU
RUMAH SAKIT DAERAH IDAMAN KOTA BANJARBARU

Jalan Trikora Nomor 115 Guntung Manggis Kota Banjarbaru Kalimantan Selatan
Telepon (0511) 6749696 Faksimili (0511) 6749697

BAB III
KEDUDUKAN RUMAH SAKIT

Pasal 15

Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah dan merupakan unsur pendukung atas tugas Walikota di bidang pelayanan kesehatan di Kota Banjarbaru.

Pasal 16

Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru merupakan Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna di Kota Banjarbaru.

BAB IV
KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH DAERAH

Pasal 17

Kewenangan Pemerintah Daerah

- (1) Menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola, *Hospital Bylaws* dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit beserta perubahannya.
- (2) Mengangkat dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
- (3) Memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (4) Mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang disetujui oleh Dewan Pengawas.
- (5) Memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

Pasal 8

Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

- (1) Pemerintah bertanggung jawab menutup defisit anggaran rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen.
- (2) Pemerintah bertanggung gugat atas telanjutnya keru' an termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau ... ngelolaan rumah sakit.

~J~|~£J

KAOAG~---j~ ~ t

~'1' ~~~~~

- (3) Pemerintah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan.

BABV
PENGORGANISASIAN RUMAH SAKIT DAN STRUKTUR ORGANISASI

Pasal9

Pengorganisasian

- (1) Susunan organisasi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru terdiri dari:
- a. Dewan Pengawas;
 - b. Direktur;
 - c. Bagian;
 - d. Bidang; Ket
 - e. Sub Bagian;
 - f. Seksi-seksi;
 - g. Satuan Pemeriksa Internal (SPI);
 - h. Komite-komite;
 - i. Kelompok Staf Medis (KSM);
 - j. Instalasi-Instalasi;
 - k. Kelompok Jabatan Fungsional; dan
 - l. Unit-unit.
- (2) Struktur Organisasi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru adalah sebagai berikut

DIREKTUR

Kepala Bagian Tata Usaha

Kepala Sub Bagian
Perencanaan dan Keuangan

Kepala Sub Bagian Umum
dan Perlengkapan

Kepala Sub Bagian
Kepegawaian

Kepala Bidang Pelayanan

Kepala Bidang
Keperawatan

Kepala Bidang Penunjang

Kepala Seksi Pelayanan
Medik

Kepala Seksi Asuhan
Keperawatan

Kepala Seksi Sarana
dan Prasarana Medik

Kepala Seksi Bina Mutu
Pelayanan

Kepala Seksi Diklat
dan Penyuluhan

Kepala Seksi Rekam
Medik

BAB VI DEWAN PENGAWAS

Bagian Pertama Pengorganisasian

Pasal 10

Organisasi

- (1) Dewan Pengawas pada Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dibentuk dengan oleh Walikota.
- (2) Pembentukan dan susunan keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan dengan Surat Keputusan Walikota Banjarbaru.
- (3) Dewan Pengawas beranggotakan ganjil minimal 3 (tiga) orang dan maksimal sebanyak 5 (lima) orang dan seorang diantara anggota Dewan Pengawas adalah tenaga kesehatan yang berpengalaman di bidangnya.
SOPO
- (4) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:
 - b. unsur organisasi profesi kesehatan;
 - c. unsur asosiasi perumhaskitan; dan
KABAG
 - d. unsur masyarakat yang merupakan Tenaga ahli yang berpengalaman di bidangnya kegiatan rumah sakit.
- (5) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu:
 - a. memiliki dedikasi dan benar-benar memahami masalah-masalah

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

Bagian Kedua
Tugas, Kewajiban Dan Wewenang

Pasal 13
Tugas Dewan Pengawas

KABAG

melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di rumah sakit. Dalam melaksanakan fungsi tersebut di atas, maka

Dewan Pengawas bertugas:

- a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
- b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
- c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
- d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
- f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
- g. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
- h. mengawasi Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sesuai ketentuan perundang-undangan.

Pasal 14

Kewajiban Dewan Pengawas

- (1) Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban:
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai Rencana Strategi Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru, memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
 - c. memberi nasehat kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dalam melaksanakan pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
 - d. memberikan masukan, saran, atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru kepada Pejabat Pengelola; dan
 - e. melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Walikota secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

- (2) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada a tt(1) h f e

disampaikan sebagai berikut:

- a. laporan semester pertama paling lambat 30 hari setelah periode semester berakhir; dan
 - b. laporan semester kedua (tahunan) paling lambat 40 hari setelah tahun anggaran berakhir.
- (3) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya memuat:
- a. penilaian terhadap Renstra, RBA dan pelaksanaannya;
 - b. penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan lainnya;
 - c. penilaian ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan;
 - d. permasalahan-permasalahan pengelolaan BLUD dan solusinya; dan
 - e. saran dan rekomendasi.
- (4) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, antara lain terkait dengan:
- a. penurunan kinerja BLUD;
 - b. pemberhentian pimpinan BLUD sebelum berakhirnya masa jabatan;
 - c. pergantian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas; dan
 - d. berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
- (5) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan ayat (4) ditandatangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas.

Pasal 15

Wewenang Dewan Pengawas

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

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit

manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dengan sepengetahuan direktur rumah sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate gouemance*);

- d. memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan rumah sakit;
- e. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- f. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) untuk ditetapkan oleh Pemerintah Kota Banjarbaru; dan
- g. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.

Bagian Ketiga Tata Kerja Dewan Pengawas

Pasal 16 Rapat Rutin

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Komite Medik dan Komite lainnya serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit lima kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari

PARAF KORDINASI

KASUP8AG -

sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 17

Rapat Khusus

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

Pasal 18

Rapat Tahunan

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.

PARAF KORORINASI

- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam satu

- (3) an
an

keuangan yang telah diaudit.

Pasal19
Undangan Rapat

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

Pasal20
Peserta Rapat

Setiap rapat rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik, Komite Keperawatan dan pihak lain yang dirasa perlu untuk berhadir atas pertimbangan bersama direktur dan dewan pengawas.

Pasal21
Pejabat Ketua

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

Pasal22
Kuorum

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Bila kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat

yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat hari dan jam yang sama minggu berikutnya.

- (4) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengahjam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 23

Risalah Rapat

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan dan ditandatangani oleh ketua Dewan Pengawas dalam waktu maksimal empat belas hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut yang berupa rekomendasi agar dilaksanakan oleh Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.

Pasal 24

Pemungutan Suara

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

Pasal 25

Pembatalan Putusan Rapat

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

- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Pasal26

Cap Stempel Dewan Pengawas

Cap Dewan Pengawas berbentuk bulat, seperti gambar berikut:

BAB VI

PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu Pejabat Pengelola

Pasal27

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah seluruh pejabat struktural baik Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian maupun Kepala Seksi pada Rumah Sakit yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.
- (3) Direktur bertanggungjawab terhadap operasional rumah sakit kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (4) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan ke ada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (5) Perubahan komposisi Pejabat Pengelolasebag anadi sudp daayat

(4) ditetapkan oleh Walikota.

Bagian Kedua
Tugas Pokok Pejabat Pengelola

Pasal 28

Direktur

- (1) Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru adalah seorang tenaga medis yang memiliki kualifikasi pendidikan strata II bidang kesehatan.
- (2) Direktur adalah unsur organisasi rumah sakit yang memiliki kewenangan memimpin pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku yaitu koordinasi pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi; penetapan kebijakan penyelenggaraan Rumah Sakit sesuai dengan kewenangannya; penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit; pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi; dan evaluasi, pencatatan, dan pelaporan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Direktur mempunyai tugas:
 - a. menetapkan rencana program dan kegiatan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sesuai dengan program kerja Walikota Banjarbaru dan rencana kerja tahun sebelumnya sebagai dasar pelaksanaan tugas;
 - b. mengkoordinasikan kegiatan bawahan dalam rangka memadukan rencana kegiatan masing-masing bidang/ seksi agar terjalin kerjasama yang baik;
 - c. mengadakan kerjasama dengan instansi/ unit kerja terkait untuk memadukan program kerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
 - d. mendistribusikan tugas kepada bawahan dengan memberikan disposisi pada naskah dinas sesuai dengan bidang tugas agar pekerjaan terbagi habis;
 - e.

- f. memberi petunjuk dan arahan kepada bawahan sesuai dengan bidang tugas agar dalam pelaksanaan tugas selalu mempedomani prosedur dan rencana kegiatan yang telah ditetapkan;
 - g. menetapkan rencana strategis kegiatan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru berdasarkan rencana jangka menengah Kota Banjarbaru sebagai dasar pembuatan kegiatan;
 - h. menetapkan kebijakan teknis dalam bidang ketatausahaan sesuai dengan ketentuan yang berlaku untuk tertib administrasi;
 - 1. menetapkan kebijakan teknis di bidang penunjang pelayanan, keperawatan dan pelayanan berdasarkan ketentuan yang telah ditetapkan untuk dijadikan dasar dan pedoman dalam penentuan dan sasaran program kerja;
 - J. melakukan pembinaan teknis pada Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru berdasarkan kebijakan teknis yang telah ditetapkan agar sasaran dapat tercapai secara efektif dan efisien;
 - k. memberikan saran pertimbangan kepada atasan tentang langkah-langkah yang perlu diambil dalam rangka perumusan kebijakan pengambilan keputusan;
 - 1. membuat laporan hasil pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai bahan masukan dan pertanggungjawaban;
 - m. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan, baik lisan maupun tertulis untuk kelancaran pelaksanaan tugas.
- (4) Direktur Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan rumah sakit yang dibantu oleh Kepala Bagian dan Kepala Bidang.
- (5) Evaluasi/penilaian kinerja Direktur dilakukan oleh Walikota paling sedikit satu kali dalam setahun.
- (6) Direktur rumah sakit yang merupakan Aparatur Sipil Negara menjadi pejabat pengguna anggaran barang daerah.

PARAFI (ORDINASI
SOPO

Pasal 29

Bagian Tata Usaha

KASUP'3AG -

- (1) Bagian Tata Usaha merupakan unsur organisasi administrasi umum dan keuangan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur Rumah Sakit, memiliki kewenangan

ketatausahaan, kerumahtanggaan; pelayanan hukum dan kemitraan, pemasaran, kehumasan, pencatatan, pelaporan, dan evaluasi, penelitian dan pengembangan, sumber daya manusia.

- (2) Kualifikasi minimal Kepala Bagian Tata Usaha adalah Sarjana Strata 1 Administrasi/Hukum/Ekonomi.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas :
 - a. merumuskan program kerja Bagian Tata Usaha berdasarkan rencana strategis dan program kerja Rumah Sakit Umum Daerah serta program kerja tahun sebelumnya sebagai pedoman kerja ;
 - b. mengkoordinasikan penyusunan Dokumen Rencana Strategis dan Rencana Kerja Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah bersama dengan Unsur-unsur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah lainnya sesuai Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - c. mengoordinasikan kegiatan bidang-bidang dalam penyusunan program dan pelaporan berdasarkan Rencana Strategis dan Rencana Kerja Rumah Sakit Umum Daerah untuk sinkronisasi pelaksanaan program dan kegiatan;
 - d. mendistribusikan tugas kepada bawahan dengan memberikan disposisi pada naskah dinas sesuai bidang tugas agar pekerjaan terbagi habis;
 - e. memberikan petunjuk dan arahan kepada bawahan dalam menyusun program dan rencana kerja sesuai dengan ketentuan dan prosedur yang berlaku untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - f. mengkoordinasikan kegiatan Sub Bagian sesuai program dan prosedur kerja agar terjalin keterpaduan program serta kerjasama yang baik untuk menunjang kelancaran pelaksanaan tugas;
 - g. menilai kinerja bawahan sesuai hasil kerja yang dicapai dan petunjuk pelaksanaan penilaian kinerja sebagai bahan pengembangan karier pegawai;

protokol sesuai ketentuan dan petunjuk pelaksanaan untuk tertib administrasi;

1. merumuskan jumlah kebutuhan pegawai sesuai dengan Dokumen Analisis Jabatan dan Analisis Beban Kerja untuk bahan masukan pengisian formasi dan promosi jabatan;
- j. memantau, menyelia dan mengevaluasi pelaksanaan program kerja dan rencana kegiatan sesuai ketentuan yang berlaku untuk efisiensi, efektivitas dan kelancaran pelaksanaan tugas;
- k. membuat laporan hasil pelaksanaan tugas sesuai data dan informasi sebagai pertanggungjawaban tugas;
- l. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan, baik lisan maupun tertulis untuk kelancaran pelaksanaan tugas; dan
- m. dalam menjalankan tugasnya, bagian tata usaha memiliki 3 (tiga) sub bagian yaitu sub bagian perencanaan dan keuangan, sub bagian kepegawaian, serta sub bagian umum perlengkapan.

Pasal 30 Bidang Pelayanan

- (1) Bidang Pelayanan adalah unsur organisasi rumah sakit yang memiliki kewenangan menyelenggarakan koordinasi, pembinaan, pelayanan medik dan mutu pelayanan sesuai dengan ketentuan yang berlaku untuk kelancaran tugas meliputi penyusunan rencana pemberian pelayanan medis; koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medis; pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis; dan pemantauan dan evaluasi pelayanan medis.
- (2) Kualifikasi minimal kepala bidang pelayanan adalah Sarjana Strata 1 Kesehatan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) Kepala Bidang Pelayanan mempunyai tugas :
 - a. merumuskan rencana program Bidang Pelayanan sesuai program kerja Bidang Pelayanan dan rencana kegiatan tahun sebelumnya sebagai pedoman kerja;

PARAF KORDINASI
sopo

- b. mengkoordinasikan program kerja Bidang Pelayanan dengan unit kerja terkait melalui rapat koordinasi dan sosialisasi sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku agar terjalin kerjasama yang baik;
- c. mengadakan kerjasama dengan unit kerja terkait dalam kegiatan Bidang Pelayanan sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku untuk sinkronisasi kegiatan;
- d. mendistribusikan tugas kepada bawahan sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas;
- e. menilai kinerja bawahan sesuai hasil kerja dan petunjuk teknis penilaian kinerja untuk bahan pertimbangan pengembangan karier pegawai ;
- f. merumuskan petunjuk teknis program dan kegiatan pelayanan medik dan bina mutu pelayanan berdasarkan peraturan yang berlaku untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
- g. merumuskan data dan informasi fasilitasi, supervisi, pembinaan teknis dan pengendalian penyelenggaraan pelayanan medik dan bina mutu pelayanan sesuai juknis untuk bahan informasi;
- h. merumuskan rekomendasi keputusan dan edaran berkenaan dengan fasilitasi, supervisi, pembinaan teknis dan pengendalian penyelenggaraan pelayanan medik dan bina mutu pelayanan sesuai data dan informasi serta juklak untuk tertib administrasi;
- l. membina pelaksanaan pelayanan medik dan bina mutu pelayanan berdasarkan kebijakan teknis yang telah ditetapkan agar sasaran dapat dicapai secara efektif dan efisien;
- J. mengendalikan kegiatan koordinasi fasilitasi, supervisi, pembinaan teknis dan penyelenggaraan pelayanan medik dan bina mutu pelayanan sesuai juklak untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
- k. menetapkan data dan informasi fasilitasi, supervisi, pembinaan teknis dan pengendalian penyelenggaraan pelayanan medik dan bina mutu pelayanan sesuai analisis data agar tersedia data yang akurat;
- l. melaksanakan fasilitasi dan pengawasan terhadap penerapan standar pembinaan teknis dan pengendalian penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai program kerja untuk ...:ffijB'~kebijakan atasan . . .)

- m. mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan sesuai hasil kerja agar diketahui realisasi program, permasalahan dan upaya pemecahan untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - n. merumuskan laporan hasil pelaksanaan tugas keseluruhan sesuai hasil kerja sebagai bahan pertanggungjawaban tugas kepada atasan ;
 - o. membuat laporan pelaksanaan tugas sesuai data dan informasi yang dihasilkan sebagai pertanggung jawaban tugas yang diberikan; dan
 - p. Melaksanakan tugas lain yang diperintahkan atasan sesuai bidang tugas untuk kelancaran kegiatan.
- (4) Dalam menjalankan fungsinya, bidang pelayanan memiliki 2 seksi yaitu Seksi Pelayanan Medik dan Seksi Bina Mutu Pelayanan.

Pasal31

Bidang Keperawatan

- (1) Bidang Keperawatan adalah unsur organisasi rumah sakit yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur Rumah Sakit dalam menyelenggarakan koordinasi, pembinaan, pengembangan sumber daya perawat dan mutu keperawatan sesuai dengan ketentuan untuk penyusunan rencana pemberian pelayanan keperawatan; koordinasi dan pelaksanaan pelayanan keperawatan; pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, keselamatan pasien di bidang keperawatan; dan pemantauan dan evaluasi pelayanan keperawatan.
- (2) Kualifikasi minimal kepala bidang pelayanan adalah Sarjana Strata 1 Keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1),Kepala Bidang Keperawatan mempunyai tugas :
 - a. merumuskan rencana program Bidang Keperawatan sesuai program kerja Bidang Keperawatan dan rencana kegiatan tahun sebelumnya sebagai pedoman kerja;
 - b. mengkoordinasikan program kerja bidang keperawatan dan dengan unit kerja terkait melalui rapat koordinasi dan sosialisasi sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku agar terjalin kerjasama yang baik;

P.:RAF KORONASI
SOP

- c. mengadakan kerjasama dengan unit kerja terkait dalam kegiatan Bidang Keperawatan sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku untuk sinkronisasi kegiatan;
- d. mendistribusikan tugas kepada bawahan sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas;
- e. menilai kinerja bawahan sesuai hasil kerja dan petunjuk teknis penilaian kinerja untuk bahan pertimbangan pengembangan karier pegawai ;
- f. membina tenaga keperawatan melalui in house training maupun pendidikan dan pelatihan berdasarkan kebutuhan dengan spesifikasi tertentu untuk meningkatkan kualitas perawat;
- g. membina etika profesi secara reguler terhadap tenaga keperawatan berdasarkan etika profesi agar terbinanya unsur-unsur moral dalam praktik keperawatan;
- h. menyelenggarakan audit/presentasi kasus pertriwulan melalui komite keperawatan berdasarkan jadwal yang ditentukan guna menjamin mutu pelayanan keperawatan;
- i. membina komite keperawatan dan instalasi rawat inap dilaksanakan secara berkala berdasarkan peraturan yang berlaku guna menjamin mutu pelayanan keperawatan;
- j. mengevaluasi ditiap-tiap unit instalasi rawat inap berdasarkan standar asuhan keperawatan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan;
- k. mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan sesuai hasil kerja agar diketahui realisasi program, permasalahan dan upaya pemecahan untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
- l. merumuskan laporan hasil pelaksanaan tugas keseluruhan sesuai hasil kerja sebagai bahan pertanggungjawabantugas kepada atasan;
- m. melaksanakan tugas lain yang diperintahkan atasan sesuai bidang tugas untuk kelancaran kegiatan;
- n. membuat laporan pelaksanaan tugas sesuai data dan informasi yang dihasilkan sebagai pertanggungjawaban tugas yang diberikan; dan
- o. melaksanakan tugas lain yang diperintahkan atasan sesuai bidang tugas untuk kelancaran kegiatan.



- (4) Dalam menjalankan fungsinya, bidang pelayanan memiliki 2 seksi yaitu Seksi Asuhan Keperawatan dan Seksi Pendidikan, Pelatihan dan Penyuluhan.

Pasal 32

Bidang Penunjang

- (1) Bidang Penunjang adalah unsur organisasi rumah sakit yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur Rumah Sakit dalam mengkoordinir dan mengendalikan tugas-tugas di bidang sarana dan prasarana medik dan rekam medik sesuai dengan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis untuk kelancaran pelaksanaan tugas yang meliputi penyusunan rencana pemberian pelayanan penunjang medis; koordinasi dan pelaksanaan pelayanan penunjang medis; pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan penunjang medis; pengelolaan rekam medik; dan pemantauan dan evaluasi pelayanan penunjang medis.
- (2) Kualifikasi minimal kepala bidang pelayanan adalah Sarjana Strata 1.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Kepala Bidang Penunjang mempunyai tugas :
- a. merumuskan rencana program kerja Bidang Penunjang dan rencana kegiatan tahun sebelumnya sebagai pedoman kerja;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan tugas bawahan melalui rapat/ pertemuan dengan memadukan rencana kegiatan masing-masing seksi untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - c. mengadakan kerjasama dengan unit kerja terkait dalam kegiatan pelayanan seksi sarana dan prasarana medik dan rekam medik sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku untuk sinkronisasi kegiatan;
 - d. mendistribusikan tugas kepada bawahan dengan memberikan disposisi dan arahan sesuai bidang tugas agar pekerjaan terbagi habis;
 - e. menilai kinerja bawahan sesuai hasil kerja dan petunjuk teknis penilaian kinerja untuk bahan pertimbangan pengembangan karier pegawai;
 - f. memberi petunjuk kepada bawahan dalam pelaksanaan tugas sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku untuk pelaksanaan tugas;

- g. merumuskan petunjuk teknis seksi sarana dan prasarana medik dan rekam medik sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan sebagai pedoman kerja;
 - h. mengatur pelaksanaan pengadaan sarana dan prasarana medik dan rekam medik berdasarkan peraturan yang berlaku sebagai bahan pertimbangan pimpinan;
 - 1. mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan dengan pihak terkait sesuai dengan jadwal yang di tentukan guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - J. mengevaluasi laporan perkembangan dan permasalahan data obat, bahan dan alat kesehatan secara periodik sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku sebagai bahan pertimbangan pimpinan;
 - k. menyusun konsep sarana dan prasarana pelayanan medik, obat-obatan dan peralatan medis serta rekam medik dilingkup bidang penunjang dalam upaya peningkatan penunjang kualitas pelayanan prima;
 - 1. merumuskan bahan dan data perkiraan kebutuhan bahan dan alat kesehatan sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku;
 - m. mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan sesuai hasil kerja agar diketahui realisasi program, permasalahan dan upaya pemecahan untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - n. merumuskan laporan pelaksanaan tugas sesuai hasil kerja sebagai bahan pertanggungjawaban; dan
 - o. melaksanakan tugas lain yang diperintahkan atasan sesuai bidang tugas untuk kelancaran kegiatan.
- (4) Dalam menjalankan fungsinya, bidang Penunjang memiliki 2 seksi yaitu Seksi Sarana & Prasarana Medik dan Seksi Rekam Medik.

BAB VII
SATUAN PEMERIKSA INTERNAL (SPI)
Pasal 33

- (1) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (2) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Pasal34
Tugas SPI

- (1) Melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi rumah sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain.
- (2) Melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan rumah sakit.
- (3) melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :
 - a. informasi penting rumah sakit terjamin keamanannya;
 - b. fungsi sekretariat rumah sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif; dan
 - c. penyajian laporan-laporan rumah sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan.
- (4) melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur.

Pasal35
Fungsi Satuan Pemeriksa Internal (SPI)

- (1) Unit monitoring yang bersifat independen untuk :
 - a. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
 - b. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
 - c. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan rumah sakit.
- (2) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dalam melaksanakan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada J?irektur.
- (4) Hasil dari pertimbangan disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (5) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

BABVIII
KOMITE-KOMITE

Pasal36

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien maka perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam organisasi.
- (2) Pembentukan komite-komite yaitu:
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan;
 - c. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - d. Komite Etik dan Hukum;
 - e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
 - f. Komite Farmasi dan Terapi; dan
 - g. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
 - h. Komite lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit
- (3) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang ditetapkan dan berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Kesatu
KOMITEMEDIK

Pasal37

Pengorganisasian Komite Medik

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur dengan menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) KomiteMedik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.

Pasal38

Struktur Organisasi dan KeanggotaanKomite

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

Pasal39

Pemilihan Komite Medik

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

Pasal40

Tugas dan Fungsi Komite Medik

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
 - b. peningkatan mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkaji
 1. Kompetensi;

2. Kesehatan fisik dan mental;
 3. Perilaku; dan
 4. Etika profesi.
- c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas peningkatan mutu pelayanan medis, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik rumah sakit;
 - d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medik yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medik yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/ pertimbangan dalam san etis
pada asuhan medis pasien. SQPO

Pasal 41

KASUP'3AG

Wewenang Komite Medik

(1)

(2) Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*).

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

Pasal 42

Pembagian Sub Komite

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

Pasal 43

Sub Komite Kredensial

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

Pasal 44

Pengorganisasian Sub Komite Kredensial

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

- P..RAF KORONISI

SOPD

Pasal 45

Tata Kerja Sub Komite Kredensial

- (1) Staf medis mengajukan permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur Rumah Sakit dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- (3) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Komite Medik.
- (4) Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (5) Pengkajian oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:
 - a. kompetensi: berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 1. kognitif;
 2. afektif;
 3. psikomotor;
 - b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. perilaku etis;
- (6) Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (7) Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara :
 - a. menyusun daftar Kewenangan Klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
 - b. mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
 - c. mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
- (8) Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (9) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya Penugasan Klinis dengan rekomendasi berupa :

- a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah atau dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri;
- (10) Bagi staf medis yang ingin memulihkan Kewenangan Klinis yang dikurangi atau menambah Kewenangan Klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur Rumah Sakit. Selanjutnya, Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

Pasal 146

Sub Komite Mutu Pelayanan Medis

Untuk menjaga mutu pelayanan medis, Komite Medik mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis melalui Sub Komite Mutu Pelayanan Medis.

Pasal 147

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Pelayanan Medis

Sub Komite Mutu Pelayanan Medis terdiri dari:

1. Ketua;
2. Sekretaris;
3. Anggota.

-PARAF. I-C:-SI
SOPD

Pasal 148

Tata Kerja Sub Komite Mutu Pelayanan Medis

- (1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu :
- a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;

- b. sebagai dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis; dan
 - d. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/ modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis:
- a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
 - b. penetapan standar dan kriteria;
 - c. penetapan jumlah kasus/ sampel yang akan diaudit;
 - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 - f. menerapkan perbaikan; dan
 - g. rencana ulang audit.
- (3) Sub Komite Mutu Pelayanan Medis dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis:
- a. menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
 - b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit maupun kasus langka;
 - c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
 - d. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip Sub Komite Mutu Pelayanan Medis;
 - e. sub Komite Mutu Pelayanan Medis bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Sub Komite Mutu Pelayanan Medis yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
 - f. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Sub Komite Mutu Pelayanan Medis pertahun;

- g. sub komite mutu pelayanan medis bersama dengan sub bidang pendidikan dan pelatihan rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
- h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
- 1. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Manajemen.
- j. sub komite mutu pelayanan medis dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan
- k. menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin /mendapatkan pengurangan KewenanganKlinis;dan
- 1. komite medik berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

Pasal49

Sub KomiteEtika dan Disiplin

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

Pasal50

Pengorganisasian Sub KomiteEtika dan Displin

Sub KomiteEtika dan Displin terdiri dari:

- 1. Ketua;
- 2. Sekretaris; dan
- 3. Anggota.

RAf 1
KASUP9AG \ ~
1 1

Pasal51

Tata KerjaSub KomiteEtika dan DisiplinProfesi

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub KomiteEtika dan Disiplinmemiliki semangat yang berlandaskan :

- a. peraturan internal rumah sakit;
 - b. peraturan internal staf medis;
 - c. etika rumah sakit; dan
 - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika.
- (2) Tolak ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis adalah:
- a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
 - b. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
 - d. kode etik kedokteran Indonesia;
 - e. pedoman perilaku profesional kedokteran penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
 - f. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
 - g. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
 - h. standar prosedur operasional asuhan medis.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin. Panel terdiri dari 3 orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :
- a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (4) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut:
- a. sumber laporan
 - 1. perorangan: manajemen rumah sakit, staf medis lain; tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan; pasien atau keluarga pasien;
 - 2. non perorangan: hasil konferensi kematian; hasil konferensi klinis;
 - b. dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain:
 - 1. kompetensi klinis;
 - 2. penatalaksanaan kasus medis;

P;RAF KORDINASI

SOPD

I-----+--+jlt- --

KASUP'IAG,~

3. pelanggaran disiplin;
 4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit; dan
 5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.
- c. pemeriksaan:
1. dilakukan oleh panel pendisiplinan;
 2. melalui proses pembuktian;
 3. dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik;
 4. terlapor dapat didampingi oleh perwakilan dari rumah sakit tersebut;
 5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
 6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.
- d. keputusan:
1. keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etika dan Disiplin diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin kedokteran di rumah sakit;
 2. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin yang kemudian akan membentuk panel baru; dan
 3. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru melalui Komite Medik.
- e. rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Sub Komite Etika dan Disiplin di rumah sakit berupa:
1. peringatan tertulis;
 2. limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
 3. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut; dan

PC,RAF KORDINASI
SOPD



- f. pelaksanaan Keputusan:
keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dengan rekomendasi Komite Medik, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.
- (5) Sub Komite Etika dan Disiplin menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran yang diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit melalui seksi pendidikan dan pelatihan dan Komite Medik.
- (6) Sub Komite Etika dan Disiplin mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Pasal 52

Rapat Komite Medik

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
- a. rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan staf medis yang diselenggarakan setiap 1(satu) bulan sekali;
 - b. rapat koordinasi dengan pejabat pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
 - c. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya mendesak; dan
 - d. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.
- (2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris apabila ketua tidak dapat hadir.
- (3) Rapat Rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua pertiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum.
- (4) Setiap Rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.
- PM-Af KORDINASI
- (5) Keputusan rapat komite medik didasarkan atas suara terbanyak;
- (6) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah a "
- berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara

- (7) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.
- (8) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (9) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (8) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Pasal 51

Rapat Khusus

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

PARAF KOROINASI
SCPD

Pasal 54

Rapat Tahunan

KASUF18AG ~

- (1) Rapat Tahunan Komite Medik diselenggarakan se
- (2) Rapat Komite Medik wajib menyampaikan undanI!MH:eI"t:Hf.i:S-!!fet!Hl4la

seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

BABIX
ATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasa 155
Aturan Profesi

- (1) Untuk melaksanakan Tata Kelola Klinis (*clinical governance*) diperlukan aturan-aturan bagi staf medis (*medical staff rules and regulations*) secara tersendiri diluar *medical staff bylaws*. Aturan profesi tersebut antara lain adalah :
 - a. pemberian pelayanan medis dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
 - b. kewajiban melakukan konsultasi dan/ atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis lain dengan disiplin yang sesuai; dan
 - c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.
- (2) Peraturan dimaksud ayat (1) terpisah dari peraturan internal staf medis ini.

Pasa 156
Pendanaan

- (1) Anggota Komite Medik berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Besaran insentif perbulan seperti dimaksud ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Pelaksanaan kegiatan Komite Medik menggunakan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

P. RII, f HOFIOINASI
SO PO -.-.-

Pasal 57

Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

- (1) Pembinaan dan pengawasan kendall mutu, etika dan disiplin profesi staf medis dilakukan oleh Komite Medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan disiplin pegawai dan motivasi kerja staf medis dilakukan oleh Direktur melalui Bagian Kepegawaian.
- (3) Pembinaan sebagaimana disebut pada ayat (1) merupakan tindakan korektif terkait dengan pembatasan kewenangan klinis dilakukan dengan investigasi.
- (4) Pembinaan sebagaimana ayat (3) berupa :
 - a. Teguran tertulis atau pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 3 (tiga) bulan untuk pelanggaran ringan;
 - b. Pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 6 (enam) bulan untuk pelanggaran sedang; atau
 - c. Pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 1 (satu) tahun untuk pelanggaran berat.
- (5) Pengawasan sebagaimana ayat (1) merupakan tindakan korektif terkait kendall mutu, disiplin profesi, etika profesi dilakukan dengan audit medis.
- (6) Audit Medis sebagaimana ayat (5) diarahkan untuk :
 - a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh staf medis;
 - b. Meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf medis; dan
 - c. Melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf medis.
- (7) Pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap staf medis terkait disiplin pegawai dan motivasi kerja berpedoman pada peraturan perundang-undangan dan kebijakan Direktur.

- (8) Pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap staf medis sebagai profesi berpedoman pada peraturan perundang-undangan dan peraturan Komite Medik.

BABX
TATACARAREVIEWDANPERBAIKAN
PERATURANINTERNALSTAFMEDIS

Pasal58

- (1) Peraturan Internal staf medis ini dapat dirubah/disempurnakan oleh rumah sakit dengan mekanisme yang disepakati oleh Direktur, Komite Medik beserta staf medis rumah sakit.
- (2) Wewenang untuk melakukan perubahan adalah menjadi kewenangan Direktur dan Komite Medik sesuai kebutuhannya.
- (3) Mekanisme perubahan/ penyempurnaan dilakukan melalui pemberitahuan dari Direktur dan dibahas bersama Komite Medik dan Kelompok Staf Medis.
- (4) Keputusan perubahan akan diusulkan ke walikota untuk menjadi perubahan peraturan walikota.

BABXI
KERAHASIANNFORMASIMEDIS

Pasal59

Kerahasiaan Pasien

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.
- (2) Pasien dan/ atau keluarga pasien yang melakukan tuntutan hukum kepada rumah sakit dianggap telah melepaskan haknya atas kerahasiaan informasi medis yang dimilikinya.
- (3) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan direktur c.q kepala bidang pelayanan medis.
- (4) Tatacara dalam hal *press-release* berkaitan dengan hal medis diatur melalui peraturan direktur.

Pasal60
Informasi Medis

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

Pasal61
Hak dan Kewajiban Pasien

- (1) Hak pasien meliputi :
- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
 - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
 - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
 - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
 - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
 - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
 - i. mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
 - J. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan

- dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- k. didampingkan keluarganya dalam keadaan kritis;
 - l. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
 - m. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
 - n. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
 - o. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 - p. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana, dan
 - q. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Kewajiban Pasien meliputi :

- a. mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit ;
- b. memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
- c. mengikuti rencana pengobatan yang disarankan oleh dokter termasuk instruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai program pengobatan;
- d. memberlakukan staf rumah sakit dan pasien lain secara hormat dan bermartabat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu ketertiban dan kegiatan pelayanan di rumah sakit;
- e. menghormati privasi orang lain dan barang milik pasien maupun rumah sakit;
- f. tidak membawa alkohol dan obat-obat yang tidak mendapat persetujuan petugas
- g. tidak membawa senjata api maupun senjata tajam ke dalam Rumah Sakit;
- h. menghormati dan mentaati bahwa Rumah Sakit adalah area bebas rokok;
- i. mematuhi jam kunjungan dari Rumah sakit

- J. meninggalkan barang berharga di Rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Rumah Sakit;
- k. memastikan bahwa kewajiban pembiayaan atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit; melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit;
- l. bertanggung jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokter; dan
- m. memenuhi hal-hal yang telah disepakati/pejanjian yang telah dibuat dengan pihak rumah sakit.

Pasal 62

Hak dan Kewajiban Dokter

- (1) Hak dokter meliputi :
 - a. hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
 - b. hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
 - c. hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
 - d. hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (2) Kewajiban Dokter meliputi :
 - a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
 - b. merujuk ke dokter lain bila tidak sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya;
 - c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
 - d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
 - e. meningkatkan kompetensi, ilmu pengetahuan dan teknologi serta selalu mengikuti perkembangan ilmu kedokteran.

P. RAF KORONASI
sapo

Pasal 63

Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

(1) Hak Rumah Sakit meliputi :

- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
- b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
- g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan.

(2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi :

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit Indera kepada masyarakat;
- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;

- ~:~:~!~!~O~~?|N
SOPD
-----t--t1 r-----
"ASUP.-:V~G
melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban

bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;

- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- J. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya; menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
- r. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- s. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan bebas rokok.

PARAFI-ORDINASI
sopo-r---

Bagian Kedua KOMITETIKDANHUKUM

Pasa 164

mensosialisasikan kewajiban rumah sakit kepada semua unsur yang ada di rumah sakit meliputi kewajiban umum rumah sakit, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap staf,

menyelesaikan masalah etikmedikolegal dan etika rumah sakit serta melakukan koordinasi dengan Bagian Hukum Sekretariat Daerah Kota Banjarbaru dan Tim Penasehat/ Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemerintah Daerah Kota Banjarbaru dalam menyelesaikan masalah *etikmedikolegal*;

- (2) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para pejabat struktural.
- (4) Dalam melaksanakan tugas Komite Etik dan Hukum berfungsi:
 - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi *etikmedikolegal*, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
 - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru; dan
 - c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (4) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Ketiga KOMITE KEPERAWATAN

Pasal 65

Pengorganisasian Komite Keperawatan

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

- (3) Komite Keperawatan bertugas menyusun Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*).
- (4) Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*) sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) diatur melalui Peraturan Direktur.

Pasa166

Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Bendahara; dan
 - d. Sub Komite;
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan terbagi kedalam Subkomite.

Pasa167

Pemilihan Pengurus Komite Keperawatan

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

PA.RM KORDINASI
50 PO

Pasa168

Tugas dan Fungsi Komite Keperawatan

KASUF'3AG -

- (1) Komite Keperawatan melakukan kredensial, pembinaan disiplin, pengembangan tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi :
 - a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan;

- b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
- c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;
- d. penggalan inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
- e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki; dan
- f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

Pasal 69

Wewenang Komite Keperawatan

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

Pasal 70

Sub Komite

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

PARA. KORINASI
SOPO

KASUFSAG

~ | Ju" - !

Pasal 71
Tugas Sub Komite Kredensial

- (1) Sub Komite Kredensial mempunyai tugas;
- a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
 - b. menyusun buku putih;
 - c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
 - d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
 - e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun;
 - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit; dan
 - h. dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya *team adhoc*, kepada semua komite keperawatan.

Pasal 72
Tugas Sub Komite Mutu Profesi

- (1) Sub Komite Mutu Profesi mempunyai tugas:
- a. menyusun data dasar prom. tenaga keperawatan sesuai area praktek;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit asuhan keperawatan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut pada ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya *team adhoc* kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

Pasal 73
Tugas Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mempunyai tugas .
- a. Melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kep ;,;::~;~; t. 't~

- b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
 - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
 - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/ atau surat penugasan klinis; dan
 - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) untuk menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana tersebut dalam pasal 72 ayat (1), komite keperawatan membentuk *team adhoc* baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja *team adhoc* sebagaimana pada ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

Pasal 74 Rapat Komite

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari: Rapat Kerja, Rapat Rutin, Rapat Pleno, dan Sidang tahunan.
- (3) Rapat Kerja:
- a. rapat Kerja Keperawatan dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan bersama Kepala Bidang Keperawatan;
 - c. peserta rapat adalah anggota masing-masing sub komite, kepala bidang keperawatan, kepala seksi asuhan keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala ruang perawatan; dan
 - d. agenda rapat kerja adalah ^{PARA' I<ORDINASI} a kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun. _{sOPO -}

Ruang Perawatan dan unsur bidang keperawatan;

- b. agenda rapat rutin adalah membahas masalah- masalah Keperawatan; dan
 - c. rapat rutin Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan.
- (5) Rapat Pleno
- a. rapat pleno keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
 - b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan dan Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Kepala Seksi Asuhan Keperawatan, Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan Kepala Ruang Perawatan; dan
 - b. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan..
- (6) Sidang Tahunan
- a. sidang tahunan Keperawatan diadakan satu kali dalam setahun;
 - b. sidang tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan dan Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Kepala Seksi Asuhan Keperawatan, Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Bidang Keperawatan, Panitia-Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan;
 - c. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu; dan
 - d. keputusan yang diambil harus disetujui sekurang- kurangnya oleh 2/3 peserta yang hadir.

Bagian Keempat

KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDAUAN INFEKSI

Pasal 75

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dibentuk untuk membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai tugas:
 - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
 - b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit;

- c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi Rumah Sakit;
 - d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
 - e. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lainnya dan seluruh tenaga yang bekerja di rumah sakit serta pengunajasa rumah sakit; dan
 - h. menerima laporan atas kegiatan tim PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktur.
- (3) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (4) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Wakil Direktur.

1-PA'RJ''f I<ORDINASI
50PD

Bagian Kelima

KOMITE FARMASI DAN TERAPI

KA5UP"AG - IV,

Pasal 76

1KA8:''' - .(

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk bertujuan ,
Direktur dalam rangka mencapai pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
- a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
 - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
 - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat;
 - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam rumah sakit

- yang sasarannya berhubungan dengan obat;
- e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
 - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus; dan
 - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari kepala bagian dan kepala bidang.

Bagian Ketujuh

KOMITE PENJAMIN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (KPMKP)

Pasal 77

Organisasi dan Keanggotaan

- (1) Komite Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (KPMKP) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit;
- (2) Susunan Komite Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (KPMKP) terdiri dari :
- a. ketua KPMKP
 - b. koordinator :
 - 1. Subkomite mutu klinik;
 - 2. Subkomite mutu manajemen;
 - 3. Subkomite keselamatan pasien.
- (3) Masa tugas Komite Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (KPMKP) pada Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Dalam pelaksanaan tugas Komite Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (KPMKP) pada Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 78

Tugas Komite Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (KPMKP)

- (1) Ketua Komite Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (KPMKP) mempunyai tugas :
- a. menyusun kebijakan dan strategi dalam membuat program Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
 - b. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
 - c. mengevaluasi implementasi Standar Prosedur Operasional Pelayanan dan administrasi, program penjamin mutu serta menjalankan peran dan melakukan motivator, edukator, konsultasi monitoring, evaluasi implementasi program keselamatan pasien rumah sakit;
 - d. menyusun dan mensosialisasikan laporan hasil pencapaian program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
 - e. menyusun jadwal besar kegiatan akreditasi nasional dan internasional;
 - f. memfasilitasi kegiatan terkait penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendall mutu;
 - g. melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/komiteyunit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus pada pasien;
 - h. bersama-sama dengan sub bidang diklat rumah sakit melakukan pelatihan internal mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
 - i. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik dan manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
 - j. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam RCA (*Root Cause Analysis*) dan FMEA (*Failure Mode Effect Analysis*) ;
 - k. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSIj dan
 - l. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait:
 1. Kondisi Potensial Cedera (KPC),
 2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC),
 3. Kejadian Tidak Cedera (KTC),

4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan
5. Kejadian Sentinel;

(2) Koordinator Mutu Klinik mempunyai tugas :

- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan;
- b. manajemen Mutu Klinik;
- c. mengevaluasi implementasi SPO Pelayanan;
- d. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu klinik;
- e. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu klinik;
- f. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator mutu klinik;
- g. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian indikator mutu klinik;
- h. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal atau eksternal rumah sakit;
- i. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
- j. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu; dan
- k. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.

(3) Koordinator Mutu Manajemen mempunyai tugas :

- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan
- b. Manajemen Mutu Manajemen;
- c. mengevaluasi implementasi SPO administrasi dan sumber daya;
- d. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu manajemen;
- e. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu manajemen;
- f. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator manajemen;
- g. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen;
- h. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal atau eksternal rumah

- sakit;
- i. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
 - b. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendall; dan
 - c. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendall mutu.
- (4) Koordinator Keselamatan Pasien mempunyai tugas:
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan
 - b. Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
 - c. melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
 - d. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKKRS PERSI;
 - e. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait Kejadian Tidak Diharapkan (KID), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
 - f. secara berkala membuat laporan kegiatan ke pimpinan rumah sakit.

BAB XII KELOMPOK STAF MEDIS (KSM)

Pasal 79

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

r-----:~
PARAF KORDINASI
SCPD

BABXIII INSTALASI

Pasal80

- (1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru membentuk Instalasi yang terdiri dari :
 - a. instalasi rawat jalan;
 - b. instalasi rawat inap;
 - c. instalasi rawat intensif
 - d. instalasi gawat darurat;
 - e. instalasi farmasi;
 - L instalasi kamar jenazah; dan
 - g. instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit;
- (3) Setiap penyusunan dan tata kerja instalasi rumah sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross-functional approach* secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.
- (4) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi
- (6) Kepala Instalasi dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (7) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan.
- (8) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

R-----
pr/J.Af KORONASI
SCPO

BABXIV KEWMPOKJABATAN FUNGSIONAL

Pasal81

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

BAB XVI UNIT PENGADUAN MASYARAKAT

Pasal 182 Unit Pengaduan Masyarakat

- (1) Dalam rangka memenuhi hak pasien untuk menyampaikan keluhan atau pengaduan, Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru menyediakan Unit Pengaduan Masyarakat.
- (2) Unit Pengaduan Masyarakat bertugas melakukan pengumpulan informasi, klarifikasi dan penyelesaian keluhan pasien atas ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan oleh Tenaga Medis, Keperawatan atau Tenaga Kesehatan lainnya di Rumah Sakit dan/ atau prosedur pelayanan di Rumah Sakit.
- (3) Keluhan atau pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tersebut harus ditindaklanjuti secara cepat, adil dan objektif oleh Unit Pengaduan Masyarakat dalam suatu kerangka kerja yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Sistem pengaduan masyarakat pada Unit Pengaduan Masyarakat Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru Sistem Pengelolaan Pengaduan Publik Nasional

P;I.RAFKORDINASI
SOP

BABXVII
TATAKERJA

Pasal83

- (1) Dalam rangka melaksanakan tugas setiap pimpinan satuan organisasi dilingkungan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*cross function approach*) secara vertikal dan horisontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.
- (4) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.
- (5) Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan.
- (6) Kepala Bidang, Kepala bagian, Kepala Seksi, Kepala Sub Bagian dan Kepala Instalasi, Kepala Unit, Ketua Tim dan Satuan wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

P-PLF-ROINA.s1
50PO-.....t

BAB XVIII
PENGEWLAANSUMBERDAYAMANUSIA

Pasal84

Tujuan Pengelolaan

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada

pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

Pasal85

Pengangkatan Pegawai

- (1) Pegawai Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dapat berasal dari Aparatur Sipil Negara baik Pegawai Negeri Sipil, PTT atau Pegawai Kontrak dan Pegawai Non Aparatur Sipil Negara yang berstatus sebagai Pegawai BLUD .
- (2) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru yang berasal dari Non Aparatur Sipil Negara dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru yang berasal dari Non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal86

Perpindahan Pegawai

- (1) Perpindahan Aparatur Sipil Negara dan Non Aparatur Sipil Negara di lingkungan rumah sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Perpindahan dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
 - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
 - b. masa kerja di unit tertentu;
 - b. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - c. kegunaannya dalam menunjang karir; dan
 - d. kondisi fisik dan psikis pegawai berdasarkan hasil pemeriksaan dokter yang berwenang.

PARAF KORINASI
SO~--'"--'---.I

Pasal87
Pemberhentian Pegawai

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus Aparatur Sipil Negara dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian Aparatur Sipil Negara.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Aparatur Sipil Negara dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. meninggal dunia;
 - b. atas permintaan sendiri;
 - b. mencapai batas usia 58 tahun;
 - c. perampangan organisasi Rumah Sakit; dan
 - d. tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban pegawai Non ASN;

BAB XIX
KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

Pasal88
Kebijakan Pedoman dan Prosedur

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO).

Pasal89
Tata Cara Review

P, 'R_!>f?..~~~~l
SOPO- |-----| ~ ! .j
KASU""AG~

- (1) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya Manusia diterbitkan oleh Kepala Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (2) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Keperawatan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.

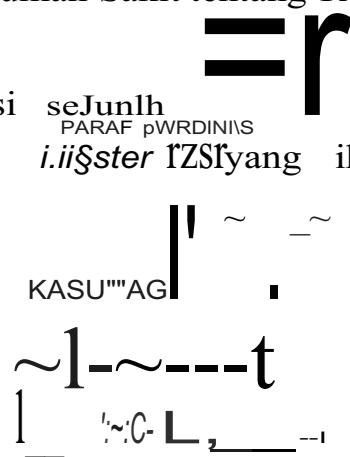
Banjarbaru.

- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bidang Pelayanan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Penunjang Medik yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bidang Penunjang Medik Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 90

Tata Kendali

- (1) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali.
- (2) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara bertingkat sesuai hirarki struktural.
- (3) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (4) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan dokumen melalui catatan formulir *Master List* Dokumen Eksternal.
- (5) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (6) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan *Master List* yang dikelola oleh Bagian Tata Usaha.



BABXX
KERJASAMA/ KONTRAK

Pasal92

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen dapat dilakukan melalui perjanjian kerjasamaj'kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerjasamaj'kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerjasamaj'kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerjasamaj'kontrak yang paling sedikit memuat:
 - a. subjek keriasama/kontrak;
 - b. objek kerjasama/kontrak;
 - c. ruang lingkup kerjasama/kontrak;
 - d. hak dan kewajiban para pihak;
 - e. jangka waktu kerjasama/kontrak;
 - f. pengakhiran kerjasamaj'kontrak;
 - g. keadaan memaksa; dan
 - h. penyelesaian perselisihan.
- (4) Isi materi perjanjian kerjasama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf'/fiat para pejabat yang berwenang yaitu :
 - a. kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara beIjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi pelayanan, Bidang Pelayanan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis;
 - b. kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarki administrasi sumber daya, bagian tata usaha Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen.
- (5) Setelah dibubuhi paraf'/fiat pada keduf PARAF ;RDINAS lanjut diberi
- (6) :=:=ih~ oleh O' ~~~~~ pihak yang
70 ""supq""f L
h,,5AG-I ..~
\\ .! .9*

dengan baik.

- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul.
- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisa dan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Pasal93

Penganggaran

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

Pasal94

Rencana Bisnis Anggaran

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal93 memuat:
 - a. kinerja tahunan berjalan;
 - b. asumsi makro dan mikro;

- c. target kinerja;
 - d. analisis dan perkiraan biaya satuan
 - e. perkiraan harga;
 - f. anggaran pendapatan dan biaya;
 - g. besaran persentase ambang batas;
 - h. prognosa laporan keuangan;
 - i. perkiraan maju (*fonuard estimate*);
 - j. rencana pengeluaran investasi/rnodal; dan
 - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah/ Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat 1, disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Pasal 96
Persetujuan

- (1) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud Pasal 80 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran Pasal 81 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan rumah sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

BAB XXII
AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN

Pasal 96
Akuntansi

- (1) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru harus dicatat dalam dokumen pendukungnya dan dikelola secara tertib

sesuai ketentuan yang berlaku.

- (3) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan Standar Akuntansi Pemerintahan.
- (4) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.
- (5) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk Rumah Sakit.
- (6) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (7) Kebijakan akuntansi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

Pasal 197

Pelaporan dan Pertanggungjawaban

- (1) Laporan keuangan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru terdiri dari :
 - a. Laporan Realisasi Anggaran;
 - b. Laporan Neraca;
 - c. Laporan Operasional;
 - d. Laporan Perubahan Ekuitas; dan
 - e. Catatan Atas Laporan Keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keeluaran rumah sakit.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Setiap triwulan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, paling lambat 15 (limabelas) hari setelah periode pelaporan berakhir.

FOCD---r-i~l

r

.st;G¹-l~\1

~"~ ~~jl:?,<~,,,,," ,,,,,

- (5) Setiap semester dan tahun Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah melalui Direktur untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah berakhirnya tahun anggaran.

BABXXIII
TARIF LAYANAN RUMAH SAKIT

Pasal 98

Tarif dan Pola Tarif

- (1) Semua kegiatan pelayanan dan kegiatan non pelayanan di Rumah Sakit dikenakan Tarif Rumah Sakit.
- (2) Tarif Rumah Sakit adalah imbalan yang diterima oleh Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru atas jasa dari kegiatan pelayanan maupun non pelayanan yang diberikan kepada pengguna jasa.
- (3) Pembayaran tarif oleh pengguna jasa Rumah Sakit dilakukan satu pintu melalui kasir.
- (4) Pola Tarif Layanan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru berpedoman kepada Pola Tarif Nasional yang berlaku secara nasional dalam pengaturan dan perhitungan untuk menetapkan besaran tarif rumah sakit yang berdasarkan komponen biaya satuan (*unit cost*) dan dengan memperhatikan kondisi regional yang ditetapkan melalui peraturan daerah.
- (5) Dalam menetapkan Tarif Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru tetap memperhatikan asas gotong royong, adil dengan mengutamakan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah, dan tidak mengutamakan untuk mencari keuntungan.

Pasal 99

Penyusunan dan Penetapan Tarif

- (1) Tarif Layanan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru ditetapkan oleh Walikota melalui pertimbangan oleh Tim Penilai Tarif Rumah Sakit yang dibentuk oleh Walikota.

- (2) Dalam hal penyusunan rancangan tarif, direktur menetapkan tim *unit cost* dan tim perancang tarif layanan rumah sakit untuk diusulkan ke pemerintah daerah.
- (3) Direktur Rumah Sakit dapat menetapkan tarif layanan sementara untuk jenis layanan baru yang belum ditetapkan tarifnya.
- (4) Tarif layanan sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus segera diusulkan untuk ditetapkan oleh walikota paling lambat 6 (enam) bulan sejak diberlakukan.

Pasal 100 Komponen Tarif

- (1) Komponen tarif layanan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru terdiri dari komponen jasa layanan dan komponen jasa sarana pada rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat.
- (2) Besaran komponen jasa diatur melalui Peraturan Direktur.
- (3) Komponen jasa sarana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan imbalan yang diterima oleh Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru atas pemakaian akomodasi, bahan non medis, obat-obatan, bahan/alat kesehatan habis pakai yang digunakan langsung dalam rangka Pelayanan Medis dan Pelayanan Penunjang Medis.
- (4) Komponen jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan imbalan yang diterima oleh Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka Pelayanan Medis, Pelayanan Penunjang Medis dan/ atau pelayanan lainnya.
- (5) Jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terdiri atas jasa tenaga medis dan tenaga kesehatan serta jasa tenaga lainnya. -----,

Pasal 101 Perhitungan Tarif

- (1) Perhitungan tarif rawat jalan dibedakan berdasarkan *inpatient* dan *outpatient* dengan
 - a. Pelayanan Rawat Jalan Reguler ditetapkan sesuai *break even point*;

- b. Pelayanan Rawat Jalan Non Reguler ditetapkan lebih besar dari Pelayanan Rawat Jalan Reguler dengan besaran yang ditetapkan berdasarkan asas kepatutan.
- (2) Perhitungan tarif rawat inap dibedakan berdasarkan kelas perawatan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. kelas III (tiga) ditetapkan lebih kecil dari kelas II (dua);
 - b. kelas II (dua) ditetapkan sesuai titik impas (*breakeven point*); dan
 - c. kelas selain huruf a dan huruf b, ditetapkan lebih besar dari kelas II (dua) dengan besaran yang ditetapkan berdasarkan asas kepatutan.
 - (3) Perhitungan tarif rawat darurat ditetapkan lebih besar dari titik impas dengan besaran yang ditetapkan berdasarkan asas kepatutan.

Pasal 02

Jasa Sarana

- (1) Biaya jasa sarana untuk tarif rawat jalan dihitung dari total biaya sarana dibagi total volume kegiatan jumlah kunjungan dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Biaya jasa sarana untuk tarif rawat inap dihitung dari total biaya masing-masing sarana rawat inap dibagi jumlah volume kegiatan masing-masing sarana sesuai kelas perawatan dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Biaya jasa sarana untuk tarif rawat darurat dihitung dari total biaya sarana dibagi total volume kegiatan dalam 1 (satu) tahun.

Pasal 03

Jasa Pelayanan

- (1) Biaya jasa pelayanan diperhitungkan dengan mempertimbangkan masukan dari berbagai unsur pelayanan di Rumah Sakit.
- (2) Biaya jasa pelayanan untuk jenis pelayanan yang sama harus diperhitungkan sama di semua kelas pelayanan.
- (3) Penentuan besaran biaya jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus mempertimbangkan keberlangsungan pelayanan.



Pasal104
Tarif Non Pelayanan

Tarif untuk kegiatan non pelayanan berupa pendidikan, pelatihan, dan penelitian dihitung dari total biaya pendidikan, pelatihan, dan penelitian dibagi jumlah kegiatan pendidikan, pelatihan, dan penelitian dalam 1 (satu) tahun.

Pasal105
Tarif Kerjasama Operasional

Dalam hal Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru melakukan kerjasama operasional dengan mitra kerjasama operasional, tarif yang dikenakan kepada masyarakat terhadap layanan yang dihasilkan dari kerjasama operasional sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dan tidak melebihi pagu tarif maksimal.

Pasal106
Pemanfaatan Tarif

- (1) Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dapat membebaskan sebagian atau seluruh tarif sampai dengan 0% (nol persen) dari tarif kegiatan pelayanan untuk pasien tidak mampu membayar dan kondisi atau situasi tertentu dengan memperhatikan kemampuan keuangan Rumah Sakit dan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan,
- (2) Kondisi atau situasi tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. pelayanan dalam keadaan emergensi dan bencana yang meliputi banjir, tanah longsor, badai, kebakaran, investigasi, dan tersambar petir, atau atas pertimbangan khusus direktur;
 - b. kejadian yang diakibatkan kerusuhan/huru-hara yang mengakibatkan sarana, prasarana, dan peralatan kesehatan menjadi rusak;
 - c. kejadian yang diakibatkan kesalahan alat/standar prosedur operasional/ *human error* yang

genset meledak, boiler meledak, Central Sterile Supply Department (CSSD) meledak, gas sentral bocor, serta lift pasien rusak.

Pasal 107
Evaluasi Tarif

- (1) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru melakukan evaluasi tarif layanan minimal (satu) tahun sekali atau saat diperlukan.
- (2) Evaluasi tarif dilakukan oleh tim *ad hoc* yang ditetapkan oleh keputusan direktur.
- (3) Hasil rekomendasi tim *ad hoc* dijadikan dasar bagi direktur untuk melakukan revisi tarif sesuai mekanisme dan ketentuan perundang-undangan.

BAB XXIV
PEMBINAAN, PENGAWASAN, EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pasal 108
Pembinaan dan Pengawasan

- (1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (2) Pengawasan Operasional rumah sakit dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit dilakukan oleh Walikota, Aparat Pengawas Internal Pemerintah, Satuan Pengawas Internal dan Dewan Pengawas. [P t Y M ; < , i) F ; DINASI

Pasal 09

Evaluasi dan Penilaian Kinerja

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (2) Review/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (3) Review/perubahan Visi dan Misi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru diajukan oleh Direktur kepada Walikota sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (4) Visi dan Misi rumah sakit ditetapkan melalui Keputusan Direktur dan dipublikasikan oleh Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dilaksanakan berdasarkan Petunjuk Teknis Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan melalui SKP (Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil).
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Walikota dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (7) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA yang tercantum dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja.
- (8) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Walikota.
- (9) LAKIP Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru berpedoman kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

BABXXV
TUNTUTAN HUKUM

Pasal 110

- (1) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru memberikan perlindungan hukum kepada setiap pegawainya;
- (2) Perlindungan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan selama pegawai yang bersangkutan melaksanakan sesuai standar prosedur operasional yang telah ditetapkan oleh direktur dan ketentuan perundang-undangan yang berlaku
- (3) Komite Etik dan Hukum berwenang memutuskan untuk memberikan perlindungan hukum maupun tidak kepada yang bersangkutan atas persetujuan direktur

BABXXVI
KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 111

- (1) Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam *Hospital Bylaws* ini ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru ditetapkan Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

BABXXVII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal112

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahui, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Banjarbaru.

Ditetapkan di Banjarbaru
pada tanggal 31 Eei 2017

1\BANJJ\RBARU,-\

Diundangkan di Banjarbaru
pada tanggal 31 Eei :20'17

SE :ARIS DAERAH

ABDULLAH

DAERAH KOTA BANJARBARU TAHUN 2017 NOMOR 42