



## **BUPATI MEMPAWAH PROVINSI KALIMANTAN BARAT**

PERATURAN BUPATI MEMPAWAH  
NOMOR 29 TAHUN 2018

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
DOKTER RUBINI MEMPAWAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MEMPAWAH,

- Menimbang :
- a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, maka dari itu perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
  - b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional maka perlu dibuatkan Peraturan Internal Rumah Sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nornor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
  2. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3209);
  3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
6. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
10. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
11. 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;
12. 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);

13. 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 4585);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5165);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 92 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5533);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2014 tentang Perubahan Nama Kabupaten Pontianak Menjadi Kabupaten Mempawah di Provinsi Kalimantan Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5556);
18. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
19. Keputusan Presiden Nomor 40 Tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971 / Menkes / Per / XI / 2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755 / Menkes / IV / 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik;
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);

24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014);
26. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007;
27. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2015 Tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);
28. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;
29. Peraturan Daerah Kabupaten Mempawah Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Mempawah (Lembaran Daerah Tahun 2016 Nomor 5);
30. Keputusan Bupati Mempawah Nomor 257 Tahun 2016 tentang Persetujuan Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah.

**MEMUTUSKAN :**

Menetapkan : PERATURAN BUPATI MEMPAWAH TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER RUBINI MEMPAWAH

**BAB I  
KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Mempawah.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Mempawah.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan DPRD dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat RSUD, adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rubini Mempawah.

6. Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (Corporate bylaws) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (Medical Staff bylaw) yang disusun dalam rangka penyelenggaraan tata kelola rumah sakit yang baik (good corporate governance) dan tata kelola klinis yang baik (good clinical governance).
7. Peraturan Organisasi RSUD (Corporate bylaws) adalah peraturan internal RSUD yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan Staf Medis beserta fungsi, tugas tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan haknya.
8. Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff by Laws) adalah peraturan yang mengatur fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak staf medis di RSUD.
9. Peraturan Internal Staf Keperawatan (Nursing Staff by Laws) adalah peraturan mengenai tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di RSUD.
10. Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
11. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah Pola Pengelolaan Keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
12. Direktur adalah Pemimpin RSUD yang diangkat oleh Bupati dan bertindak sebagai Pejabat Pengelola RSUD.
13. Dewan Pengawas RSUD, yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas, adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan kinerja rumah sakit.
14. Pejabat Pengelola BLUD adalah pimpinan BLUD-RSUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri atas pimpinan, pejabat keuangan dan pejabat teknis yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada BLUD-RSUD.
15. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
16. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis serta dokter spesialis konsultan yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan RSUD.
17. Unit Pelayanan adalah Unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan pelayanan lainnya.
18. Unit Kerja adalah tempat staf menyelenggarakan staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lainnya.

19. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
20. Komite Perawatan adalah wadah nonstruktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
21. Kewenangan klinis (clinical privilege) adalah hak khusus seorang staf medis atau staf keperawatan yang diberikan direktur untuk melakukan sederetan pelayanan medis/keperawatan tertentu dalam rumah sakit untuk periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (clinical appointment).
22. Penugasan Klinis (clinical appointment) adalah penugasan direktur kepada seorang staf medis/keperawatan untuk melakukan sekelompok pelayanan medis/keperawatan di rumah sakit berdasarkan dasar kewenangan klinis (white paper) yang ditetapkan baginya.
23. Kredensialing adalah proses revaluasi terhadap staf media/keperawatan untuk menentukan diberikannya kewenangan klinis (clinical privilege).
24. Rekredensialing adalah proses re-evaluasi terhadap staf medis /keperawatan yang telah memiliki kewenangan klinis (clinical privilege) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
25. Audit medis keperawatan adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis/keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
26. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.
27. Rencana Strategis Bisnis, yang selanjutnya disingkat Renstra Bisnis, adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja.
28. Rencana Bisnis Anggaran, yang selanjutnya disingkat RBA, adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran.
29. Dokumen Pelaksanaan Anggaran, yang selanjutnya disingkat DPA, adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang dihasilkan dan/atau digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
30. Kelompok Staf Medis Fungsional, yang selanjutnya disingkat SMF, adalah kelompok staf medis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya.
31. Tenaga Keperawatan adalah tenaga seseorang yang telah menyelesaikan jenjang pendidikan keperawatan dan kebidanan yang bertugas melaksanakan asuhan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan keahliannya.
32. Komite Etik adalah suatu perangkat organisasi nonstruktural yang dibentuk dalam rumah sakit untuk membantu pimpinan RSUD dalam melaksanakan kode etik rumah sakit di Indonesia.

33. Satuan Pengawas Internal, yang selanjutnya disingkat SPI, adalah perangkat RSUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (social responsibility) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
34. Standar Pelayanan Minimal, yang selanjutnya disingkat SPM, adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD kepada masyarakat.
35. Instalasi adalah unit kerja yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, penunjang pelayanan kesehatan, pendidikan, penelitian dan pendukung pelayanan lainnya yang dilaksanakan di RSUD.
36. Tarif adalah imbalan atas barang dan jasa yang diberikan oleh BLUD termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana, dapat bertujuan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit pelayanan.
37. Sumber daya lain adalah sarana, prasarana, gedung dan jalan yang dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RSUD.
38. Remunerasi adalah cara pembagian imbalan kerja yang dapat berupa upah, jasa pelayanan, jasa pengelolaan teknis BLUD honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan/atau pensiun yang diberikan kepada pegawai rumah

## BAB II RUANG LINGKUP DAN PRINSIP

### Pasal 2

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit merupakan peraturan dasar rumah sakit yang memuat :
  - a. struktur organisasi;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi yang logis.
- (2) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (3) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (4) Pengelompokan fungsi logis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.
- (5) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompetensi untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.
- (6) Pengelolaan sumber daya lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e adalah pengelolaan sarana dan prasarana, aset dan pengelolaan lingkungan rumah sakit.

### Pasal 3

- (1) Peraturan Internal RSUD berdasarkan prinsip:
  - a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. responsibilitas; dan
  - d. independensi.
- (2) Transparansi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan serta dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (3) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada rumah sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggung jawabkan kepada semua pihak, yang diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset dan manajemen pelayanan.
- (4) Responsibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- (5) Independensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

## BAB III PERATURAN ORGANISASI RSUD

### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 4

Identitas RSUD adalah sebagai berikut:

- a. Nama : Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rubini Mempawah;
- b. Jenis : Rumah Sakit Umum;
- c. Kelas : Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C;
- d. Bentuk : Perangkat Daerah yang menerapkan PPK-BLUD; dan
- e. Alamat : Jalan Raden Kusno No. 1 Mempawah Kelurahan Terusan Kecamatan Mempawah Hilir Kabupaten Mempawah Kalimantan Barat 78912.
- e. Telepon : (0561) 691981

#### Pasal 5

- (1) Filosofi RSUD dr. Rubini Mempawah terdiri atas:
  - a. nilai dasar berupa kejujuran, kerendahan hati, kerja keras, keterbukaan, keberanian, ketelitian, keharmonisan, integritas, dan kesediaan untuk melayani;



- b. keyakinan dasar berupa perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi senantiasa dilandasi iman dan takwa, pelanggan merupakan tujuan utama pekerjaan dan sukses merupakan hasil penilaian suara pelanggan; dan
  - c. budaya kerja berupa ringkas, rawat, resik, rapi, dan rajin dalam setiap menyelenggarakan kegiatannya.
- (2) Visi RSUD dr. Rubini Mempawah adalah Terwujudnya Pelayanan Rumah Sakit yang Berkualitas
- (3) Misi RSUD dr. Rubini Mempawah adalah:
- a. Meningkatkan kualitas pelayanan Rumah Sakit
  - b. Meningkatkan kualitas dan kuantitas serta profesionalisme sumber daya manusia Rumah Sakit
  - c. Meningkatkan sarana dan prasarana Rumah Sakit
- (4) Tujuan RSUD dr. Rubini Mempawah adalah:
- a. meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan kualitas pelayanan
  - b. meningkatkan jumlah dan kualitas sumber daya manusia rumah sakit
  - c. meningkatkan pengadaan sarana dan prasarana rumah sakit
- (5) Motto RSUD dr. Rubini Mempawah adalah "Kesembuhan anda merupakan tekad dan kebahagiaan kami"

#### Pasal 6

- (1) Filosofi, Visi, Misi, Tujuan dan Motto RSUD dr. Rubini Mempawah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 dapat dievaluasi jika terdapat perubahan kelembagaan dan perencanaan daerah diselaraskan dengan Kebijakan Pemerintah Daerah.
- (2) Berdasarkan hasil evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati menetapkan perubahan Filosofi, Visi, Misi, Tujuan dan motto RSUD dr. Rubini Mempawah.

#### Pasal 7

- (1) RSUD dr. Rubini Mempawah merupakan rumah sakit Daerah.
- (2) Kedudukan, tugas pokok, dan fungsi RSUD dr. Rubini Mempawah diatur dalam Peraturan Bupati tersendiri dengan berpedoman pada ketentuan Peraturan Perundang-undangan dibidang organisasi perangkat daerah.

### Bagian Kedua Pemerintah Daerah

#### Pasal 8

Pemerintah daerah bertanggung jawab:

- a. menyediakan Rumah Sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat;
- b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;

- c. membina dan mengawasi penyelenggaraan Rumah Sakit;
- d. memberikan perlindungan kepada Rumah Sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab;
- e. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan Peraturan perundang-undangan;
- f. menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian Rumah Sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
- g. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
- h. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di Rumah Sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa;
- i. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan
- j. mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.

#### Pasal 9

Untuk melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Pemerintah Daerah berwenang:

- a. menetapkan Peraturan Internal Korporasi;
- b. menetapkan Pedoman Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit;
- c. menetapkan penerapan, peningkatan, penurunan, dan pencabutan status PPK BLUD-RSUD;
- d. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural dan Dewan Pengawas;
- e. menyetujui dan mengesahkan Renstra Bisnis dan RBA;
- f. mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit; dan
- g. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan serta memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

#### Bagian Ketiga Dewan Pengawas

##### Paragraf 1 Pembentukan, Tugas Pokok dan Fungsi serta Wewenang Dewan Pengawas

#### Pasal 10

- (1) Dewan Pengawas pada RSUD dr. Rubini Mempawah dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (2) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Bupati selaku pemilik RSUD.

#### Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai perwakilan pemilik rumah sakit (governing body) yang melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.

- (2) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), 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; dan
  - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan Peraturan Perundang-undangan;
- (3) Dalam hal RSUD menerapkan PPK BLUD, selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Dewan Pengawas juga melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan BLUD-RSUD sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), kepada Pemerintah Daerah selaku pemilik RSUD paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan Pemerintah Daerah selaku pemilik RSUD.

## Pasal 12

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2), Dewan Pengawas berwenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit;
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit;
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit, untuk ditetapkan oleh Pemerintah Daerah; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

## Paragraf 2

### Keanggotaan Dewan Pengawas

## Pasal 13

- (1) Anggota Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari unsur pemilik Rumah Sakit, organisasi profesi, asosiasi perumahsakitannya, dan tokoh masyarakat.
- (3) Unsur pemilik Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditunjuk oleh Bupati.
- (4) Unsur organisasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditunjuk oleh Pemerintah Daerah setelah berkoordinasi dengan organisasi profesi tenaga kesehatan.

- (5) Unsur asosiasi perumahsakitannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan asosiasi perumahsakitannya.
- (6) Unsur tokoh masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga ahli di bidang perumahsakitannya.
- (7) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah maksimal 3 (tiga) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 2 (dua) orang anggota.
- (8) Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim Ad-hoc.
- (9) Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan:
  - a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakitannya, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
  - c. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
  - d. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
  - e. persyaratan lain yang ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit,

#### Pasal 14

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir karena:
  - a. masa jabatan berakhir;
  - b. diberhentikan; dan
  - c. mengundurkan diri.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan apabila anggota :
  - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
  - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah
  - f. memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas ditetapkan menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya.
- (5) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (9).
- (6) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

#### Pasal 15

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan wewenang Dewan Pengawas mengadakan rapat koordinasi

- (2) Rapat koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menghasilkan berita acara, rekomendasi, atau keputusan.
- (3) Hasil rapat koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bersifat kolektif kolegial.

Paragraf 3  
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi syarat

Pasal 17

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada anggaran RSUD.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan RSUD.

Bagian Keempat  
Pejabat Pengelola

Paragraf 1  
Umum

Pasal 18

- (1) Pejabat pengelola RSUD dr. Rubini Mempawah terdiri atas:
  - a. Direktur selaku pemimpin;
  - b. Pejabat yang membidangi pelayanan medis;
  - c. Pejabat yang membidangi administrasi dan keuangan;
  - d. Pejabat yang membidangi pelayanan penunjang medis; dan
  - e. Pejabat yang membidangi pengendalian
- (2) Sebutan pemimpin, pejabat yang membidangi pelayanan medis, pejabat yang membidangi administrasi dan keuangan, pejabat yang membidangi penunjang medis dan pejabat yang membidangi pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada RSUD dr. Rubini Mempawah sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

## Pasal 19

- (1) Komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan susunan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati.

## Paragraf 2 Pengangkatan Pejabat Pengelola

## Pasal 20

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola setelah memenuhi persyaratan:
  - a. persyaratan kompetensi; dan
  - b. kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan kemampuan dan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
- (3) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.

## Pasal 21

Persyaratan kompetensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1) huruf a, untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:

- a. berstatus Pegawai Negeri Sipil dan mempunyai kemampuan dan keahlian dibidang perumahsakitian;
- b. telah mengikuti pelatihan perumahsakitian meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, tata kelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem remunerasi rumah sakit, pengelolaan sumber daya manusia, yang harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural;
- c. mempunyai pengalaman menjabat sebagai Kepala Rumah Sakit/Direktur atau pejabat yang membidangi pelayanan medis paling singkat 3 (tiga) tahun.

## Pasal 22

Persyaratan kompetensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1) huruf a, untuk dapat diangkat menjadi pejabat yang membidangi pelayanan medis adalah:

- a. berstatus Pegawai Negeri Sipil yang berlatar belakang pendidikan dokter spesialis atau dokter dengan pendidikan sarjana strata dua bidang kesehatan;
- b. telah mengikuti pelatihan perumahsakitian meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategi bisnis, rencana aksi strategi, rencana implementasi dan rencana tahunan, tata kelola rumah sakit, standar pelayanan minimal dan pengelolaan sumber daya manusia, yang harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural;

- c. diutamakan memiliki pengalaman dibidang pelayanan medis paling singkat 3 (tiga) tahun.

### Pasal 23

Persyaratan kompetensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1) huruf a, untuk dapat diangkat menjadi pejabat yang membidangi administrasi dan keuangan adalah:

- a. berstatus Pegawai Negeri Sipil berlatar belakang pendidikan Sarjana Ekonomi atau Akuntansi, atau pendidikan sarjana lainnya dengan pendidikan sarjana strata dua bidang kesehatan;
- b. telah mengikuti pendidikan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi, laporan pokok keuangan akuntansi, rencana bisnis anggaran, dan sistem informasi, yang harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural;
- c. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang tugasnya.

### Paragraf 3 Pemberhentian

### Pasal 24

Pejabat pengelola diberhentikan karena:

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
- d. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan
- f. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman pindanya 5 (lima) tahun atau lebih.

### Paragraf 4 Tugas, Wewenang, dan Tanggung Jawab

### Pasal 25

(1) Direktur bertugas:

- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan rumah sakit;
- b. memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan rumah sakit;
- c. mewakili rumah sakit di dalam dan di luar pengadilan;
- d. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah digariskan ;
- e. memperhatikan pengelolaan rumah sakit dengan berwawasan lingkungan;
- f. menyiapkan Renstra Bisnis dan RBA rumah sakit;
- g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai ketentuan yang berlaku;
- h. menyiapkan laporan tahunan laporan berkala; dan
- i. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan Rumah sakit.

- (2) Direktur berwenang:
- a. menetapkan kebijakan operasional;
  - b. menetapkan Peraturan Internal Staf Medis, Peraturan Internal Staf Keperawatan, Kebijakan, Pedoman, Panduan dan Standar Prosedur Operasional;
  - c. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pegawai rumah sakit sesuai ketentuan yang berlaku;
  - d. menetapkan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan yang berlaku;
  - e. memberikan penghargaan atas prestasi pegawai, karyawan dan profesional sesuai ketentuan yang berlaku;
  - f. memberikan sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
  - g. melakukan kerja sama dengan ahli, konsultan, atau lembaga independen sesuai kebutuhan;
  - h. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
  - i. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya; dan
  - j. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola dibawah Direktur.
- (3) Tanggungjawab Direktur adalah:
- a. kebenaran kebijakan Rumah sakit;
  - b. kelancaran, efektivitas dan efisiensi kegiatan rumah sakit;
  - c. kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya;
  - d. meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.

#### Pasal 26

- (1) Tugas pejabat yang membidangi pelayanan medis adalah:
- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidang pelayanan medis dan keperawatan;
  - b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai dengan Rencana Bisnis dan Anggaran;
  - c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang pelayanan medis dan keperawatan; dan
  - d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
- (2) Tugas pejabat yang membidangi administrasi dan keuangan adalah:
- a. menyelenggarakan program kerja;
  - b. menyelenggarakan perumusan kebijakan teknis;
  - c. mengoordinasikan, pembinaan, dan sinronisasi kegiatan;
  - d. menyelenggarakan pengendalian dan pengawasan di bidang umum, keuangan, perencanaan, kepegawaian, pendidikan dan pelatihan serta pengembangan SDM;
  - e. menyelenggarakan koordinasi dengan instansi/pihak terkait di bidang umum, keuangan, perencanaan, kepegawaian, pendidikan dan pelatihan serta pengembangan SDM;
  - f. menyelenggarakan evaluasi dan pelaporan;
  - g. mengoordinasikan penyusunan RBA;
  - h. menyiapkan Daftar Pelaksanaan Anggaran rumah sakit;
  - i. melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;



- j. menyelenggarakan pengelolaan kas;
  - k. melakukan pengelolaan utang-piutang;
  - l. menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
  - m. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
  - n. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan;
  - o. mengoordinasikan pengelolaan sistem remunerasi, pola tarif dan pelayanan administrasi keuangan;
  - p. mengoordinasikan pelaksanaan serta pemantauan pelaksanaan dengan bekerjasama dengan Satuan Pengawas Intern; dan
  - q. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
- (3) Tugas pejabat yang membidangi penunjang medis adalah:
- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidang penunjang medis dan penunjang non medis;
  - b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai dengan Rencana Bisnis dan Anggaran;
  - c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang penunjang medis dan penunjang non medis; dan
  - d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
- (4) Tugas pejabat yang membidangi pengendalian adalah:
- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidang peningkatan mutu/akreditasi dan layanan informasi dan pengaduan masyarakat;
  - b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai dengan Rencana Bisnis dan Anggaran;
  - c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang peningkatan mutu/akreditasi dan layanan informasi dan pengaduan masyarakat; dan
  - d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

Bagian Kelima  
Organisasi Pelaksana

Paragraf 1  
Instalasi dan Unit

Pasal 27

- (1) Instalasi merupakan unit pelayanan non struktural guna mendukung penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan kesehatan.
- (2) Pembentukan dan perubahan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (3) Dalam melaksanakan operasional pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.

Pasal 28

- (1) Instalasi dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (2) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, monitoring dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan dan Kepala Bidang Penunjang.

- (3) Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga nonfungsional.

Paragraf 2  
Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 29

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

Paragraf 3  
Staf Medik Fungsional

Pasal 30

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

Bagian Keenam  
Organisasi Pendukung

Paragraf 1  
Satuan Pengawas Internal

Pasal 31

- (1) Untuk membantu tugas Direktur dalam bidang pengawasan internal dan monitoring dibentuk Satuan Pengawas Internal.
- (2) Pembentukan Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Satuan pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Ketua yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Jumlah anggota Satuan Pengawas Internal ditetapkan paling banyak 5 (lima) orang

## Pasal 32

- (1) Pembentukan Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (2), dengan mempertimbangkan:
  - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
  - b. kompleksitas manajemen;
  - c. volume; dan/atau
  - d. jangkauan pelayanan.
- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam pasal 31 ayat (2) bersama jajaran manajemen rumah sakit menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal rumah sakit.
- (3) Pengendalian internal rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempunyai fungsi membantu manajemen rumah sakit dalam hal:
  - a. pengamanan harta kekayaan;
  - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
  - c. menciptakan efisiensi, efektivitas dan produktivitas; dan
  - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat.

## Pasal 33

- (1) Satuan Pengawas Internal bertugas:
  - a. melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan dan operasional rumah sakit;
  - b. menilai pengendalian pelaksanaan kegiatan rumah sakit; dan
  - c. memberikan saran perbaikan kepada Direktur.
- (2) Satuan Pengawas Internal berfungsi:
  - a. pengawasan terhadap segala kegiatan di lingkungan rumah sakit;
  - b. penelusuran kebenaran laporan atau informasi tentang penyimpangan yang terjadi;
  - c. pemantauan tindak lanjut hasil pemeriksaan aparat pengawas fungsional.

## Pasal 34

- Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Pengawas Internal antara lain:
- a. mempunyai etika, integritas dan kapabilitas yang memadai;
  - b. memiliki pendidikan dan/atau pengalaman teknis sebagai pemeriksa;
  - c. mempunyai sikap independen dan objektif.

## Paragraf 3 Komite – Komite

## Pasal 35

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien maka perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah professional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), farmasi dan terapi serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.

- (2) Bentuk komite-komite yaitu:
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Etik dan Hukum;
  - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI); dan
  - e. Komite Farmasi dan Terapi.
- (3) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab dan ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 4  
Komite Medik

Pasal 36

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

Pasal 37

- (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 (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di rumah sakit;
- (5) Anggota Komite Medik terbagi kedalam Subkomite.

Pasal 38

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

Pasal 39

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD dr. Rubini Mempawah;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;

- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    - 1. Kompetensi;
    - 2. Kesehatan fisik dan mental;
    - 3. Perilaku;
    - 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;
  - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik rumah sakit.
  - d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran.
  - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.
  - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di rumah sakit.
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

#### Pasal 40

##### Wewenang Komite Medik:

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

#### Pasal 41

- (1) Untuk membantu Ketua Komite Medi dibentuk Su. Komite

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

#### Pasal 42

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

#### Pasal 43

- (1) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam pasal 42 terdiri dari
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi;
- (3) Sub Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur Rumah Sakit. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan Kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan;
- (4) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur RSUD dr. Rubini Mempawah tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf medis;
- (5) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

#### Pasal 44

Tata Kerja Sub Komite Kredensial, sebagai berikut :

- a. 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;
- b. Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Komite Medik;
- c. Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon;
- d. Pengkajian oleh Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada huruf c meliputi elemen:
  1. kompetensi:
    - a) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
    - b) kognitif;
    - c) afektif;
    - d) psikomotor;

2. kompetensi fisik;
  3. kompetensi mental/perilaku; dan
  4. perilaku etis;
- e. Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik;
- f. Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara :
1. menyusun daftar Kewenangan Klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
  2. mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
  3. mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik;
- g. Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial;
- h. Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa :
1. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  2. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  3. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  4. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  5. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/ dimodifikasi; dan
  6. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri;
- i. 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 45

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

#### Pasal 46

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari :

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

#### Pasal 47

Tata Kerja Sub Komite Mutu Profesi

- (1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu :
  - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
  - b. sebagai dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis/Clinical Privilege sesuai kompetensi yang dimiliki;

- c. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis/Clinical Privilege;
  - 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;
  - g. rencana reaudit.
- (3) Subkomite Mutu Profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis :
- a. menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
  - b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (death case), kasus sulit maupun kasus langka;
  - c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
  - d. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip Sub Komite Mutu Profesi;
  - e. Sub Komite Mutu Profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Sub Komite Mutu Profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
  - f. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Sub Komite Mutu Profesi pertahun;
  - g. Sub Komite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
  - h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
  - i. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Manajemen.
- (4) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (proctoring) bagi staf medis yang membutuhkan :
- a. menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis;
  - b. komite medik berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (proctoring) tersebut.



## Pasal 48

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

## Pasal 49

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

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

## Pasal 50

Tata Kerja Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan :
  - a. peraturan internal rumah sakit;
  - b. peraturan internal staf medis;
  - c. etika rumah sakit;
  - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika;
- (2) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu:
  - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - b. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar Kewenangan Klinis di rumah sakit;
  - d. kode etik kedokteran Indonesia;
  - e. pedoman perilaku profesional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
  - f. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
  - g. pedoman pelayanan medik/klinik;
  - h. standar prosedur operasional asuhan medis.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi. Panel terdiri dari 3 orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :
  - a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
  - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur RSUD dr. Rubini Mempawah atau Direktur Rumah Sakit terlapor.
- (4) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut:
  - a. sumber laporan:
    1. perorangan:
      - 1) manajemen rumah sakit;
      - 2) staf medis lain;
      - 3) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
      - 4) pasien atau keluarga pasien;
    2. non perorangan:
      - 1) hasil konferensi kematian;
      - 2) hasil konferensi klinis;

- b. dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain:
1. kompetensi klinis;
  2. penatalaksanaan kasus medis;
  3. pelanggaran disiplin profesi;
  4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien;
- c. pemeriksaan:
1. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
  2. melalui proses pembuktian;
  3. dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik;
  4. terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
  5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
  6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia;
- d. keputusan:
- keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur RSUD dr. Rubini Mempawah melalui Komite Medik.
- e. rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi di rumah sakit berupa:
1. peringatan tertulis;
  2. limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
  3. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
  4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.
- f. pelaksanaan Keputusan:
- keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur RSUD dr. Rubini Mempawah oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.
- (5) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medik.
- (6) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

## Pasal 51

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

## Pasal 52

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

### Pasal 53

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

### Paragraf 5 Komite Keperawatan

### Pasal 54

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

### Pasal 55

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

### Pasal 56

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

### Pasal 57

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur Rumah Sakit dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan;
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud 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;
- f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

#### Pasal 58

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

#### Pasal 59

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

#### Pasal 60

- (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.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya team ad hoc, kepada semua komite keperawatan.

#### Pasal 61

- (1) Sub Komite Mutu Profesi mempunyai tugas :
  - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit asuhan keperawatan;
  - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.

- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut dalam pasal 61 ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya team add hoc kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

#### Pasal 62

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mempunyai tugas :
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
  - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
  - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis;
  - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana tersebut dalam pasal 62 ayat (1), komite keperawatan membentuk team ad hoc baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja team ad hoc sebagaimana dalam pasal 62 ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

#### Pasal 63

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

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

Paragraf 6  
Komite Etik dan Hukum

Pasal 64

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk guna membantu Direktur untuk mensosialisasikan kewajiban rumah sakit kepada semua unsur yang ada di rumah sakit meliputi kewajiban umum rumah sakit, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap staf, menyelesaikan masalah medikolegal dan etika rumah sakit serta melakukan koordinasi dengan Bagian Hukum Sekretariat Daerah Kabupaten Mempawah dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemerintah Daerah Kabupaten Mempawah dalam menyelesaikan masalah medikolegal;
- (2) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD dr. Rubini Mempawah;
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang dan Bagian;
- (4) Dalam melaksanakan tugas Komite Etik dan Hukum berfungsi:
  - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi medik etik legal, baik internal maupun eksternal RSUD dr. Rubini Mempawah;
  - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di RSUD dr. Rubini Mempawah;
  - c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di RSUD dr. Rubini Mempawah.
- (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.

Paragraf 7  
Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Pasal 65

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

Paragraf 8  
Komite Farmasi Dan Terapi

Pasal 66

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
  - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
  - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
  - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
  - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam rumah sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
  - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
  - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus;
  - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.



- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur
- (4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang dan Bagian.

#### Paragraf 9

#### Unit Penjamin Mutu Dan Keselamatan Pasien (UPMKP)

#### Pasal 67

- (1) Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit;
- (2) Susunan Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) terdiri dari :
  - a. ketua UPMKP
  - b. koordinator :
    1. koordinator mutu klinik;
    2. koordinator mutu manajemen;
    3. koordinator keselamatan pasien.
- (3) Masa tugas Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Dalam pelaksanaan tugas Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) bertanggungjawab kepada Direktur.

#### Pasal 68

- (1) Ketua Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) mempunyai tugas :
  - a. menyusun kebijakan dan strategi dan membuat program Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
  - b. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
  - c. mengevaluasi terhadap implementasi SPO Pelayanan dan administrasi, program penjamin mutu serta menjalankan peran dan melakukan motivator, edukator, konsultasi, monitoring, evaluasi implementasi program keselamatan pasien rumah sakit;
  - d. menyusun dan mensosialisasikan laporan hasil pencapaian program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
  - e. menyusun jadwal besar kegiatan akreditasi nasional dan internasional;
  - f. memfasilitasi kegiatan terkait penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
  - g. melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/ komite/unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus pada pasien dan manajemen;
  - h. bersama-sama dengan bagian diklat rumah sakit melakukan pelatihan internal mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
  - i. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik dan manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
  - j. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam RCA(Root Cause Analysis) dan FMEA (Failure Mode Effect Analysis) ;
  - k. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKPRS PERSI;

- l. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait:
  - 1) Kondisi Potensial Cedera (KPC),
  - 2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC),
  - 3) Kejadian Tidak Cedera (KTC),
  - 4) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan
  - 5) Kejadian Sentinel;
- (2) Koordinator Mutu Klinik mempunyai tugas :
  - a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Klinik;
  - b. mengevaluasi implementasi SPO Pelayanan;
  - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu klinik;
  - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu klinik;
  - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator mutu klinik;
  - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian indikator mutu klinik;
  - g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal atau eksternal rumah sakit;
  - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
  - i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
  - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (3) Koordinator Mutu Manajemen mempunyai tugas :
  - a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Manajemen;
  - b. mengevaluasi implementasi SPO administrasi dan sumber daya;
  - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu manajemen;
  - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu manajemen;
  - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator manajemen;
  - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen;
  - g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
  - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
  - i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali;
  - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (4) Koordinator Keselamatan Pasien mempunyai tugas :
  - a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
  - b. melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;

- c. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKKRS PERSI;
- d. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
- e. secara berkala membuat laporan kegiatan ke pimpinan rumah sakit

Bagian Ketujuh  
Tata Kerja

Pasal 69

- (1) Dalam rangka melaksanakan tugas setiap pimpinan satuan organisasi dilingkungan RSUD dr. Rubini Mempawah wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (cross function approach) secara vertikal dan horisontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing;
- (2) Setiap pimpinan satuan 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 wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

Bagian Kedelapan  
Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Pasal 70

- (1) Pegawai rumah sakit dapat berasal dari Aparatur Sipil Negara atau Pegawai Non Aparatur Sipil Negara.
- (2) Pegawai berstatus Non Aparatur Sipil Negara merupakan tenaga BLUD dapat dipekerjakan secara penuh waktu (full timer) atau secara paruh waktu (part timer).
- (3) Pengangkatan dan pemberhentian Pegawai Aparatur Sipil Negara menurut ketentuan yang berlaku.
- (4) Mekanisme Pengangkatan dan pemberhentian Non Aparatur Sipil Negara BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur tersendiri dengan Peraturan Bupati.

#### Pasal 71

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas, rumah sakit menerapkan kebijakan tentang imbal jasa bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang telah ditetapkan.

#### Pasal 72

- (1) Rotasi Aparatur Sipil Negara dan Non Aparatur Sipil Negara dilaksanakan dengan tujuan peningkatan kinerja dan pengembangan karier.
- (2) Rotasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan pertimbangan:
  - a. penempatan seseorang pada pekerjaan sesuai dengan pendidikan, kompetensi dan keterampilannya;
  - b. masa kerja pada suatu unit tertentu;
  - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
  - d. kegunaan pada bidang tugas tertentu untuk menunjang karir yang bersangkutan; dan/atau
  - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

#### Pasal 73

- (1) Disiplin didasarkan pada tolok ukur:
  - a. tingkat kehadiran;
  - b. laporan kegiatan; dan
  - c. sasaran penilaian kinerja,
- (2) Pelanggaran disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari pelanggaran disiplin ringan, sedang, dan berat.
- (3) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

#### Pasal 74

- (1) Pemberhentian pegawai yang berstatus Aparatur Sipil Negara sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur tersendiri dengan Peraturan Bupati.

### Bagian Kesembilan Standar Pelayanan Minimal

#### Pasal 75

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh rumah sakit, Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Standar Pelayanan Minimal harus mempertimbangkan kualitas pelayanan, pemerataan, dan kelancaran pelayanan serta kemudahan untuk mendapatkan pelayanan.

## Pasal 76

- (1) Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan:
  - a. fokus pada jenis pelayanan;
  - b. terukur;
  - c. dapat dicapai;
  - d. relevan dan dapat diandalkan; dan
  - e. tepat waktu.
- (2) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi.
- (3) Terukur sebagaimana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (4) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (5) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi.
- (6) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.
- (7) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sampai dengan ayat (6) dapat dievaluasi sesuai dengan perkembangan pelayanan.

## Bagian Kesepuluh Pengelolaan Keuangan

### Pasal 77

- (1) Pengelolaan keuangan BLUD-RSUD berdasarkan pada prinsip efektivitas, efisiensi dan produktivitas dengan berdasarkan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan Sistem Akuntansi berbasis Standar Akuntansi Keuangan dan Standar Akuntansi Pemerintahan.

### Pasal 78

Subsidi pembiayaan BLUD-RSUD dari Pemerintah dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan jasa sesuai ketentuan yang berlaku.

### Pasal 79

- (1) BLUD-RSUD dapat memungut biaya kepada masyarakat
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana, termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per-unit layanan.

- (3) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan RSUD.

#### Pasal 80

- (1) Tarif layanan RSUD diusulkan oleh Direktur kepada Bupati sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Tarif Layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan:
  - a. kontinuitas dan pengembangan layanan;
  - b. daya beli masyarakat;
  - c. asas keadilan dan kepatuhan; dan
  - d. kompetisi yang sehat.

#### Pasal 81

- (1) Peraturan Bupati mengenai tarif layanan rumah sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per-unit layanan.
- (3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berpedoman pada ketentuan Pasal 80.

#### Pasal 82

Pendapatan BLUD dapat bersumber dari jasa layanan, hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, APBD, APBN dan lain-lain pendapatan BLUD yang sah.

#### Pasal 83

- (1) Biaya BLUD merupakan biaya operasional dan biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban BLUD dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban BLUD dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.
- (4) Biaya BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan.
- (5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

#### Pasal 84

Ketentuan lebih lanjut mengenai pola pengelolaan keuangan diatur melalui Peraturan Bupati tersendiri.

Bagian Kesebelas  
Pengelolaan Barang Milik Daerah

Pasal 85

- (1) Barang milik daerah yang berada penguasaan RSUD digunakan untuk mendukung penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi RSUD.
- (2) Tata cara pengelolaan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku.

Bagian Keduabelas  
Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

Pasal 86

- (1) RSUD melaksanakan pengelolaan lingkungan dan limbah rumah sakit untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang berorientasi kepada kesehatan, kebersihan, kenyamanan, keamanan, kerapian, keindahan dan keselamatan dan efisiensi.
- (2) Pengelolaan limbah rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pengelolaan limbah medis dan non medis
- (3) Tata cara pengelolaan lingkungan dan limbah rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku.

Bagian Ketigabelas  
Kerjasama/Kontrak

Pasal 87

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama/kontrak;
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu;
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat:
  - a. subjek kerja sama/kontrak.
  - b. objek kerja sama/kontrak.
  - c. ruang lingkup kerja sama/kontrak.
  - d. hak dan kewajiban para pihak.
  - e. jangka waktu kerja sama/kontrak.
  - f. pengakhiran kerja sama/kontrak.
  - g. keadaan memaksa.
  - h. penyelesaian perselisihan
- (4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/ fiat para pejabat yang berwenang yaitu :
  - a. Kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi pelayanan. Kepala Bagian Pelayanan berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis.

- b. Kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjejang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi administrasi sumber daya. Kepala Bagian Tata Usaha berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen
- (5) Setelah dibubuhi paraf/fiat pada kedua belah pihak dan lanjut diberi nomor oleh para pihak.
  - (6) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
  - (7) Hasil kerja sama/kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau nonmaterial berupa keuntungan.
  - (8) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa uang harus menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
  - (9) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa barang harus dicatat sebagai aset rumah sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
  - (10) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerja sama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
  - (11) Evaluasi kerja sama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarkhi pejabat yang berwenang.
  - (12) Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

#### BAB IV PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK

##### Bagian Kesatu Maksud dan Tujuan

##### Pasal 85

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



## Pasal 86

- (1) Peraturan Internal Staf Medik (Medical Staff By Laws), mencakup kebijakan Direktur, dengan sistematika penyusunan sekurang-kurangnya terdiri dari:
  - a. Pendahuluan
  - b. Ketentuan umum;
  - c. Tujuan;
  - d. Kewenangan klinis;
  - e. Penugasan klinis;
  - f. Komite medik;
  - g. Rapat;
  - h. Sub Komite Kredensial;
  - i. Sub Komite Mutu Profesi;
  - j. Tata cara rewiu dan perbaikan peraturan internal staf medis; dan
  - m.ketentuan penutup.
- (2) Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws), sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun oleh Komite Medik berkoordinasi dengan Staf Medik fungsional,
- (3) Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws) ditetapkan oleh Direktur.

## Bagian Kedua Kewenangan Klinis

### Pasal 87

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur.
- (2) Kewenangan Klinis seperti dimaksud pada ayat (1) adalah berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota SMF.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota SMF untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) adalah Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit asal dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di RSUD dr. Rubini Mempawah kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Sub. Komite Kredensial Komite Medik.

### Pasal 88

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis:

- a. pendidikan:
  1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi;
  2. menyelesaikan program pendidikan kedokteran.

- b. perizinan (lisensi):
  - 1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
  - 2. memiliki ijin praktek dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
- c. kegiatan penjagaan mutu profesi:
  - 1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya;
  - 2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. kualifikasi personal:
  - 1. riwayat disiplin dan etik profesi;
  - 2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
  - 3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
  - 4. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;
  - 5. memiliki asuransi proteksi profesi.
- e. pengalaman di bidang keprofesian:
  - 1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
  - 2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

#### Pasal 89

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

#### Pasal 90

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.

- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila:
  - a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - b. adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi;
  - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

#### Pasal 91

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur RSUD dr. Rubini Mempawah atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (SPK):
  - a. habis masa berlakunya;
  - b. dicabut sesuai pasal 90 ayat (2).

#### Bagian Ketiga Penugasan Klinis

#### Pasal 92

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

#### Bagian Keempat Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

#### Pasal 93

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

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

#### Bagian Kelima Tata Cara Review Dan Perbaikan Peraturan Internal Staf Medis

#### Pasal 94

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

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

## BAB V PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN

### Pasal 95

- (1) Peraturan Internal Staf Keperawatan (Nursing Staff By Laws), mencakup kebijakan Direktur, dengan sistematika petunjuk teknis staf keperawatan meliputi:
  - a. pendahuluan
  - b. ketentuan umum;
  - c. tujuan;
  - d. kewenangan klinis;
  - e. penugasan klinis;
  - f. komite keperawatan;
  - g. rapat;
  - h. subkredensial, mutu profesi, etika dan disiplin profesi;
  - i. peraturan pelaksanaan tata kelola Klinis;
  - j. tata cara reviu dan perbaikan peraturan internal staf keperawatan;
  - dan
  - k. penutup.
- (2) Peraturan Internal Staf Keperawatan (Nursing Staff By Laws), sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun oleh Komite Keperawatan berkoordinasi dengan Staf Keperawatan.
- (3) Peraturan Internal Staf Keperawatan (Nursing Staff by Laws) ditetapkan oleh Direktur.

## BAB VI REMUNERASI

### Pasal 96

- (1) Remunerasi diberikan kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Pegawai BLUD sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (2) Bagi Pejabat Pengelola dan pegawai RSUD yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan Aparatur Sipil Negara serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang ditetapkan oleh Bupati.
- (3) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh Bupati berdasarkan usulan Direktur sesuai ketentuan yang berlaku.

### Pasal 97

- (1) Penetapan remunerasi Direktur, mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan:
  - a. ukuran (size) dan jumlah aset yang dikelola RSUD, tingkat pelayanan serta produktivitas;
  - b. pertimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
  - c. kemampuan pendapatan RSUD; dan
  - d. kinerja operasional rumah sakit yang ditetapkan oleh Bupati dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan mutu dan manfaat bagi masyarakat.
- (2) Remunerasi Pejabat yang membidangi pelayanan medik dan keperawatan, pejabat yang membidangi administrasi dan keuangan, pejabat yang membidangi penunjang medik dan pejabat yang membidangi pengendalian ditetapkan paling banyak sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari remunerasi direktur.

### Pasal 98

- (1) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas, diberikan dalam bentuk honorarium.
- (2) Honorarium sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
  - a. honorarium Ketua Dewan Pengawas paling banyak sebesar 40% (empat puluh persen) dari gaji direktur;
  - b. honorarium anggota dewan pengawas paling banyak sebesar 36% (tiga puluh enam persen) dari gaji direktur;
  - c. honorarium Sekretaris Dewan Pengawas paling banyak sebesar 15% (lima belas persen) dari gaji direktur.
- (3) Besaran honorarium sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

### Pasal 99

Remunerasi bagi Pegawai BLUD dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian:

- a. pengalaman dan masa kerja (basic index);
- b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (competency index);
- c. resiko kerja (risk index);
- d. tingkat kegawatdaruratan (emergency index);
- e. jabatan yang disandang (position index); dan
- f. hasil/capaian kerja (performance index).

### Pasal 100

- (1) Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas yang diberhentikan sementara dari jabatannya memperoleh penghasilan sebesar 50% (lima puluh persen) dari remunerasi/honorarium bulan terakhir yang berlaku sejak tanggal diberhentikan sampai dengan ditetapkannya keputusan definitif tentang jabatan yang bersangkutan.

- (2) Bagi Pejabat Pengelola yang berstatus Aparatur Sipil Negara yang diberhentikan sementara dari jabatannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memperoleh penghasilan sebesar 50% (lima puluh persen) dari remunerasi bulan terakhir dirumah sakit sejak tanggal diberhentikan atau sebesar gaji Aparatur Sipil Negara berdasarkan keputusan pangkat terakhir.

## BAB VII KERAHASIAN INFORMASI MEDIS

### Bagian Kesatu Kerahasiaan Pasien

#### Pasal 101

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

### Bagian Kedua Informasi Medis

#### Pasal 102

- (1) Hak-hak pasien yang dimaksud adalah hak-hak pasien sebagaimana yang terdapat didalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;
- (2) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai :
- a. keadaan kesehatan pasien;
  - b. rencana terapi dan alternatifnya;
  - c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
  - d. prognosis; dan
  - e. kemungkinan Komplikasi.

### Bagian Ketiga Hak dan Kewajiban Pasien, Dokter dan Rumah Sakit

#### Pasal 103

- (1) Hak pasien meliputi :
- a) memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di RSUD dr. Rubini Mempawah;
  - b) memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
  - c) memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
  - d) memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - e) memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;

- f) mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
- g) memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h) meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
- i) mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- j) mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k) memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l) didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m) menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n) memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- o) mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- p) menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q) menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana, dan
- r) mengejutkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Kewajiban Pasien meliputi :

- a) mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit ;
- b) memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
- c) mengikuti rencana pengobatan yang diadviskan oleh dokter termasuk intruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai dokter;
- d) memberlakukan staf rumah sakit dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan rumah sakit;
- e) menghormati privasi orang lain dan barang milik rumah sakit;
- f) tidak membawa alkohol dan obat-obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata kedalam Rumah Sakit;
- g) menghormati bahwa Rumah Sakit adalah area bebas rokok;
- h) mematuhi jam kunjungan dari Rumah sakit;
- i) meninggalkan barang berharga di Rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Rumah Sakit;
- j) memastikan bahwa kewajiban financial atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit ; melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter;

- k) bertanggung jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokternya; dan
- l) memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.

#### Pasal 104

- (1) Hak dokter meliputi :
  - a) hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
  - b) hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
  - c) hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
  - d) hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di RSUD dr. Rubini Mempawah.
- (2) Kewajiban Dokter meliputi :
  - a) memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
  - b) merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
  - c) merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
  - d) melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
  - e) menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

#### Pasal 105

- (1) Hak Rumah Sakit meliputi :
  - a) menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
  - b) menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c) melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
  - d) menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e) menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
  - f) mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
  - g) mempromosikan layanan kesehatan yang ada di RSUD dr. Rubini Mempawah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- (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;
- f) melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g) membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di RSUD dr. Rubini Mempawah sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h) menyelenggarakan rekam medis;
- i) menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j) melaksanakan sistem rujukan;
- k) menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l) memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m) menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n) melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o) memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p) melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q) membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- r) menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (hospital by laws);
- s) melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t) memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

## BAB VIII KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

### Pasal 106

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan;
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO);
- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bagian Tata Usaha;
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bidang Pelayanan;

- (5) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Penunjang Medis yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bidang Penunjang;
- (6) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pengendalian yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bidang Pengendalian;
- (7) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku;
- (8) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali;
- (9) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarkhi struktural;
- (10) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana;
- (11) 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;
- (12) 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;
- (13) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan master list yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha.

## BAB IX PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

### Bagian Kesatu Perencanaan

#### Pasal 107

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Strategis (Renstra) Bisnis rumah sakit;
- (2) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan rumah sakit;
- (3) Visi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan;
- (4) Misi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan rumah sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik;

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

Bagian Kedua  
Penganggaran

Pasal 108

- (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.

Pasal 109

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 108, memuat:
  - a. kinerja tahunan berjalan;
  - b. asumsi makro dan mikro;
  - c. target kinerja;
  - d. analisis dan perkiraan biaya satuan
  - e. perkiraan harga;
  - f. anggaran pendapatan dan biaya;
  - g. besaran persentase ambang batas;
  - h. prognosa laporan keuangan;
  - i. perkiraan maju (forward estimate);
  - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat 1, disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

## Pasal 110

- (1) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud Pasal 107 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran Pasal 108 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 X AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN

### Bagian kesatu Akuntansi

#### Pasal 111

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

### Bagian Kedua Pelaporan dan Pertanggungjawaban

#### Pasal 112

- (1) Laporan keuangan RSUD dr. Rubini Mempawah terdiri dari :
  - a. laporan neraca;
  - b. laporan operasional;
  - c. laporan arus kas;
  - d. laporan realisasi anggaran; dan
  - e. catatan atas laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran rumah sakit.

- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Setiap triwulan RSUD dr. Rubini Mempawah menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.
- (5) Setiap semesteran dan tahunan RSUD dr. Rubini Mempawah wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah melalui Direktur untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

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

### Pasal 113

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

### Pasal 114

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi RSUD dr. Rubini Mempawah.
- (2) Review/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik RSUD dr. Rubini Mempawah.
- (3) Review/perubahan Visi dan Misi RSUD dr. Rubini Mempawah diajukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi RSUD dr. Rubini Mempawah.
- (3) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Bupati dan dipublikasikan oleh Kepala Seksi Informasi dan Pengaduan Masyarakat RSUD dr. Rubini Mempawah.
- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur RSUD dr. Rubini Mempawah dilaksanakan melalui melalui SKP (Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil).
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.
- (7) Hasil pengukuran kinerja RSUD dr. Rubini Mempawah dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Bupati.

- (8) LAKIP RSUD dr. Rubini Mempawah berpedoman kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

## BAB XII TUNTUTAN UMUM

### Pasal 115

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

## BAB XIII KETENTUAN PERALIHAN

### Pasal 116

Pada saat Peraturan Walikota ini mulai berlaku,

- a. Komite Medik, Komite Keperawatan, Satuan Pengawas Internal dan Dewan Pengawas yang telah dibentuk sebelum berlakunya Peraturan Bupati ini tetap menjalankan tugasnya sampai dengan berakhirnya masa jabatan atau masa bakti;
- b. perjanjian atau ikatan hukum antara RSUD dengan pihak lain yang telah dibuat sebelum berlakunya Peraturan Bupati ini dinyatakan tetap berlaku sampai dengan berakhirnya jangka waktu perjanjian atau ikatan hukum tersebut.

## BAB XIV KETENTUAN LAIN-LAIN

### Pasal 118

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

BAB XV  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 119

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Diundangkan di Mempawah  
pada tanggal 30.8.2018  
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MEMPAWAH

  
ISMAIL

BERITA DAERAH KABUPATEN MEMPAWAH  
TANUN 2018 NOMOR 29

Ditetapkan di  
pada tanggal

30 - 8 - 2018  
Mempawah

WAKIL BUPATI MEMPAWAH,

  
GUSTI RAMLANA