



BUPATI WAKATOBI
PROVINSI SULAWESI TENGGARA

PERATURAN BUPATI WAKATOBI
NOMOR **33** TAHUN 2019

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN WAKATOBI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI WAKATOBI,

- 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 pihak rumah sakit dan staf medis fungsional, maka perlu ditetapkan 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 Kabupaten Wakatobi;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Bombana, Kabupaten Wakatobi dan Kabupaten Kolaka Utara di Provinsi Sulawesi Tenggara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4339);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia

- Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
 8. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
 9. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 109/PMK.05/2007 tentang Dewan Pengawas Badan Layanan Umum;
 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971/MENKES/PER/IX/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan;
 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit

(Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);

14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*);
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit;
16. Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Wakatobi (Lembaran Daerah Kabupaten Wakatobi Tahun 2016 Nomor 5);

MEMUTUSKAN:

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

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Wakatobi.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Wakatobi.
4. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Wakatobi.
5. Peraturan Internal (*hospital bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
6. Peraturan Internal Korporasi (*corporate bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di RSUD.
7. Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di RSUD.
8. Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Wakatobi adalah Pemerintah Kabupaten Wakatobi.

9. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Wakatobi.
10. Komite Medik adalah perangkat RSUD untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medik di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
11. Satuan Pengawas Internal (SPI) adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pengawasan internal di RSUD.
12. Dokter adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan di RSUD.
13. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di RSUD.
14. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai RSUD, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di RSUD untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.
15. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorar adalah dokter, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga honorar di RSUD, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.
16. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD atas usul Komite Medik.
17. Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medik untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
18. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medik untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di RSUD berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
19. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medik untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
20. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medik yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
21. Audit Medik adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

22. Mitra Bestari (*Peergroup*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.

BAB II
NAMA, VISI DAN MISI, NILAI, MOTTO,
TUJUAN DAN STRATEGI

Pasal 2

- (1) Dengan Peraturan Bupati ini RSUD diberi nama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Wakatobi.
- (2) Visi RSUD adalah “Rumah Sakit Maritim Yang Unggul dan Berdaya Saing Tahun 2021”.
- (3) Misi RSUD adalah:
 - a. meningkatkan jenis dan mutu pelayanan rumah sakit yang inovatif, terjangkau dan berdaya saing;
 - b. meningkatkan jenis dan kualitas sumber daya manusia RSUD;
 - c. meningkatkan sarana dan prasarana RSUD;
 - d. mengembangkan sistem manajemen RSUD yang efektif dan efisien untuk mendukung *Good Corporate Governance*.
- (4) Visi dan Misi RSUD ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (5) Visi dan Misi RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), dievaluasi secara berkala oleh tim yang dibentuk berdasarkan Keputusan Direktur.
- (6) Nilai yang mendasari pelayanan yang diberikan RSUD adalah:
 - a. inovatif;
 - b. jujur;
 - c. kerja sama;
 - d. professional;
 - e. rendah hati;
 - f. religius.
- (7) Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat RSUD mempunyai filosofi:
 - a. amanah (kepedulian, kejujuran, berdedikasi dan bertanggung jawab);
 - b. profesional (kompetensi dan etika);
 - c. kerja sama.
- (8) Motto RSUD adalah “Profesional, Cepat dan Ramah”.
- (9) Tujuan RSUD adalah sebagai berikut:
 - a. meningkatkan kepercayaan kepada masyarakat terhadap pelayanan RSUD;

- b. mewujudkan pelayanan RSUD yang berfokus pada pasien (*patient oriented*);
 - c. mewujudkan RSUD pusat rujukan kemaritiman di Sulawesi Tenggara;
 - d. mewujudkan tata kelola RSUD yang transparan, akuntabel, responsif, independen dan adil.
- (10) Sasaran strategis RSUD yang harus dicapai dalam 5 (lima) tahun kedepan adalah sebagai berikut:
- a. meningkatnya kualitas layanan kesehatan secara merata dan terjangkau bagi masyarakat;
 - b. meningkatnya akses dan kualitas pelayanan RSUD:
 1. pemenuhan sarana dan pra sarana kesehatan;
 2. pemenuhan tenaga kesehatan;
 3. penguatan akses jaminan kesehatan bagi masyarakat;
 4. promosi pola hidup sehat masyarakat;
 5. pemantapan pola hidup sehat masyarakat.
 - c. meningkatnya pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat melalui Program Kesehatan Wakatobi Bersinar (PKBW);
 - d. meningkatnya ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan.

BAB III SEJARAH PENDIRIAN, KELAS, ALAMAT DAN LOGO

Pasal 3

- (1) RSUD bermula dari terbentuknya pemekaran Daerah Kabupaten Wakatobi pada Tanggal 18 Desember 2003 dan RSUD ini diresmikan pada tanggal 1 Oktober 2007 yang mana pembangunannya dilakukan secara bertahap dan Rumah Sakit ini berlokasi di ibu kota Kabupaten Wakatobi yaitu Wangi-Wangi yang mana RSUD dipimpin oleh seorang Direktur dan pada tahun 2016 melalui Keputusan Bupati Wakatobi Nomor 042/29/2016.
- (2) RSUD beralamat di Jalan Utudae Samad Kelurahan Mandati III, Kecamatan Wangi-Wangi Selatan, Kabupaten Wakatobi, Provinsi Sulawesi Tenggara.
- (3) Logo RSUD adalah adalah logo Pemerintah Daerah Kabupaten Wakatobi yaitu sebagai berikut:



- (4) Logo sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mempunyai bagian dan memiliki makna sebagai berikut:

- a. perisai bersudut lima menggambarkan/melambangkan lima sila dari Pancasila sebagai dasar negara dan perisai sebagai simbol pertahanan diri masyarakat Wakatobi dari berbagai ancaman dan gangguan;
- b. bis hitam yang melingkari perisai bersudut lima, sebagai simbol tali persatuan dan persaudaraan masyarakat Kabupaten Wakatobi;
- c. dasar lambang biru laut melambangkan bahwa Kabupaten Wakatobi dikelilingi laut sebagai penghubung pulau yang satu dengan pulau lainnya dimana luas wilayah laut lebih luas dari wilayah daratan;
- d. bintang, melambangkan Ketuhanan dan Ketakwaan masyarakat Wakatobi kepada Tuhan Yang Maha Esa;
- e. mahkota dengan sebelas permata, sebagai simbol bahwa masyarakat Wakatobi sebagai masyarakat berbudaya dengan sebelas ragam budaya yaitu budaya masyarakat Wanci, budaya masyarakat Mandati, budaya masyarakat Liya, budaya masyarakat Kapota, budaya masyarakat Kaledupa, budaya masyarakat Tomia, Tongano Tomia dan Timu Tomia, budaya masyarakat Binongko, budaya masyarakat Cia-Cia dan budaya masyarakat Bajo, yang terangkai dengan lingkaran mahkota menjadi satu ikatan;
- f. padi dan kapas sebagai simbol Kemakmuran dan Kesejahteraan masyarakat Wakatobi:
 1. padi berjumlah 29 butir sebagai simbol bahwa Kabupaten Wakatobi terbentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2003;
 2. kapas berjumlah 18 kelopak sebagai simbol bahwa Tanggal 18 Desember 2003 sebagai Tanggal penetapan terbentuknya Kabupaten Wakatobi;
 3. tujuh pita yang mengikat padi dan kapas sebagai simbol bahwa Kabupaten Wakatobi diresmikan pada Tanggal 7 Januari 2004.
- g. perahu dengan layar terkembang dengan simbol keuletan mengarungi lautan mencari nafkah di daerah lain, juga sebagai simbol keuletan masyarakat Wakatobi dalam meraih cita-cita serta simbol bahwa masyarakat Wakatobi mata pencahariannya mayoritas adalah pelayar/pelaut ulung;
- h. latar belakang biru langit melambangkan simbol keceriaan dan keramah-tamahan masyarakat Wakatobi;
- i. 4 (empat) pulau melambangkan bahwa Kabupaten Wakatobi terdiri dari Pulau Wangi-Wangi, Pulau Kaledupa, Pulau Tomia, dan Pulau Binongko;
- j. gelombang laut melambangkan bahwa Kabupaten Wakatobi pada musim angin timur dan musim angin barat terkenal dengan ombak lautnya, juga melambangkan semangat yang keras dan dinamika masyarakat Wakatobi yang gagah berani

berjiwa patriotis menghadapi berbagai tantangan kehidupan (Tara Turu Toro).

BAB IV KEDUDUKAN RSUD

Pasal 4

- (1) RSUD berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah dan merupakan unsur penunjang Pemerintah Daerah dalam rangka mendukung pelaksanaan tugas Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Direktur, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 5

RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, dimana pelayanan kesehatan merupakan pelayanan utama.

BAB V TUGAS DAN FUNGSI RSUD

Pasal 6

- (1) RSUD mempunyai tugas membantu Bupati dalam melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan perorangan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD mempunyai fungsi:
 - a. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan;
 - b. pelayanana kesehatan perorangan meliputi promosi, pencegahan penyakit, pengobatan, perawatan, pemulihan, rujukan medis, dan pelayanan non medis yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu;
 - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan;
 - d. pelaksanaan administrasi RSUD;
 - e. pembinaan terhadap kelompok jabatan fungsional; dan
 - f. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsi RSUD.

BAB VI
KEWENANGAN DAN TANGGUNGJAWAB
PEMERINTAH DAERAH

Pasal 7

- (1) Pemerintah Daerah, dalam hal ini Bupati sebagai pemilik berdasarkan kewenangan yang dimilikinya, bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup serta kemajuan dan perkembangan rumah sakit sesuai yang diharapkan dan diinginkan masyarakat.
- (2) Pemerintah Daerah, dalam hal ini Bupati berwenang dan bertanggung jawab sebagai berikut:
 - a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang di perlukan untuk menjalankan RSUD dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategi RSUD;
 - b. menunjuk atau menetapkan direksi RSUD, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang baku;
 - c. menunjuk dan menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, paling sedikit 1 (satu) tahun sekali;
 - d. menetapkan struktur organisasi RSUD;
 - e. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan RSUD dan pengelolaan sumber daya RSUD;
 - f. tanggung jawab dan kewenangan memberikan arahan dan kebijakan RSUD;
 - g. tanggung jawab dan kewenangan menetapkan visi dan misi RSUD dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi RSUD serta meriviu secara berkala misi RSUD;
 - h. tanggung jawab dan kewenangan menilai dan menyetujui rencana anggaran;
 - i. tanggung jawab dan kewenangan menyetujui rencana strategi RSUD;
 - j. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategi;
 - k. tanggung jawab dan kewenangan menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program tersebut;
 - l. tanggung jawab dan kewenangan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
 - m. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;

- n. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan RSUD;
- o. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit dilaksanakan RSUD;
- p. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi kepatuhan penerapan etika RSUD, etika profesi dan Peraturan Perundang-undangan.

BAB VII SUSUNAN ORGANISASI RSUD

Pasal 8

Susunan Organisasi RSUD terdiri atas:

- a. Direktur;
- b. Bagian Tata Usaha:
 - 1. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
 - 2. Sub Bagian Keuangan dan Perlengkapan;
 - 3. Sub Bagian Program.
- c. Bidang Pelayanan Medik dan Rujukan, terdiri dari:
 - 1. Seksi Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat;
 - 2. Seksi Pelayanan Bedah Sentral, Perawatan Intensif dan Rujukan.
- d. Bidang Keperawatan, terdiri dari:
 - 1. Seksi Bimbingan Asuhan dan Pelayanan Keperawatan;
 - 2. Seksi Bimbingan Etika dan Mutu Keperawatan.
- e. Bidang Penunjang Medik, terdiri dari:
 - 1. Seksi Penunjang Klinik;
 - 2. Seksi Penunjang Non Klinik.
- f. Komite dan Tim;
- g. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI);
- h. Instalasi;
- i. Kelompok Jabatan Fungsional.

BAB VIII DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Organisasi

Pasal 9

- (1) Dewan pengawas merupakan unit non struktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada pemilik RSUD.

- (2) Dewan Pengawas pada RSUD dibentuk dengan Keputusan Bupati.
- (3) Pembentukan dan susunan keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (4) Keanggotaan Dewan Pengawas bagi RSUD yang menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah ditetapkan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (5) Jumlah anggota Dewan Pengawas sebanyak 3 (tiga) orang dan seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (6) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur:
 - a. unsur pemilik RSUD;
 - b. unsur organisasi profesi tenaga kesehatan yang ditetapkan oleh pemilik RSUD setelah berkoordinasi dengan organisasi profesi tenaga kesehatan;
 - c. unsur asosiasi perumahsakitannya;
 - d. unsur tokoh masyarakat.
- (7) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu :
 - a. memiliki integritas dan dedikasi dan memahami masalah yang berkaitan dengan kegiatan RSUD, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota pengelola RSUD, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
 - d. tidak pernah dihukum melakukan tindak pidana;
 - e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan RSUD;
 - f. persyaratan lain yang ditetapkan oleh pemilik RSUD.

Bagian Kedua Pengangkatan dan Pemberhentian

Pasal 10

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- (3) Anggota Dewan Pengawas pada RSUD dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh pemilik RSUD.

- (4) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan apabila Dewan pengawas terbukti:
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan rumah sakit; atau
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (5) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh pemilik RSUD.

Bagian Ketiga
Ketua dan Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 11

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usul Direktur Rumah Sakit.
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Bupati mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan atas usul Direktur RSUD.
- (3) Tugas Ketua Dewan Pengawas adalah:
 - a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
 - b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tata cara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal (*hospital by laws/statuta*) RSUD melalui rapat Dewan Pengawas;
 - c. bekerja sama dengan Pengelola RSUD untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas;
 - d. apabila rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka Ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu; dan
 - e. melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (5) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas dari lingkup internal Rumah Sakit atas beban Rumah Sakit.

- (6) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas, sedangkan Sekretaris Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

Bagian Keempat
Tugas Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakitian secara internal di rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas bertugas:
- a. menentukan arah kebijakan RSUD;
 - 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 RSUD;
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika RSUD, etika profesi, dan Peraturan Perundang-undangan; dan
 - h. mengawasi Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah RSUD sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Bagian Kelima
Kewajiban Dewan Pengawas

Pasal 13

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

sewaktu-waktu apabila diperlukan.

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

Bagian Keenam
Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 14

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

- a. memberikan arahan dan kebijakan RSUD;
- b. menetapkan visi dan misi RSUD dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi RSUD serta meriviu secara berkala misi RSUD;
- c. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
- d. menyetujui rencana strategi bisnis;
- e. mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategi;
- f. menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program;

- g. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
- h. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- i. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan rumah sakit;
- j. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit dilaksanakan rumah sakit;
- k. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan Peraturan Perundang-undangan;
- l. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan rumah sakit dari Direktur RSUD Kabupaten Wakatobi;
- m. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh satuan Pemeriksa Internal RSUD Kabupaten Wakatobi dengan sepengetahuan Direktur RSUD Kabupaten Wakatobi dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindaklanjut;
- n. meminta penjelasan dari pejabat pengelola rumah sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD Kabupaten Wakatobi dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- o. memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit;
- p. meminta Penjelasan dari komite atau unit non struktural di RSUD Kabupaten Wakatobi terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal RSUD Kabupaten Wakatobi (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- q. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal RSUD Kabupaten Wakatobi (*hospital bylaws*) atau dokumen pola tata kelola (*corporate governance*) untuk ditetapkan oleh Bupati; dan
- r. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSUD Kabupaten Wakatobi.

BAB IX TATA KERJA DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Rapat Rutin

Pasal 15

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.

- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola RSUD dan Komite Medik serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di RSUD.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh kali) dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola RSUD, Komite Medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Bagian Kedua Rapat Khusus

Pasal 16

- (1) Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 2 (dua) orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (4) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (5) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Bagian Ketiga Rapat Tahunan

Pasal 17

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan

Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional RSUD.

- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan RSUD, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Bagian Keempat Undangan Rapat

Pasal 18

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

Bagian Kelima Peserta Rapat

Pasal 19

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

Bagian Keenam Pejabat Ketua

Pasal 20

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

Bagian Ketujuh Kuorum

Pasal 21

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

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

Bagian Kedelapan Risalah Rapat

Pasal 22

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggungjawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan/ditandatangani oleh ketua Dewan Pengawas dalam waktu paling lama 14 (empat belas) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut yang berupa rekomendasi agar dilaksanakan oleh RSUD.

Bagian Kesembilan Pemungutan Suara

Pasal 23

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

Bagian Kesepuluh Pembatalan Rapat

Pasal 24

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam peraturan Internal (*hospital by laws/statuta*) ini.
- (2) Dalam klausul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

BAB X
PEJABAT PENGELOLA RSUD

Pasal 25

- (1) Pejabat Pengelola RSUD diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Direktur bertanggung jawab terhadap operasional RSUD kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Pejabat keuangan dan pejabat teknis RSUD bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Setiap pejabat pengelola wajib dengan itikad baik dan penuh tanggung jawab menjalankan tugas untuk kepentingan dan usaha RSUD dengan mengindahkan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

BAB XI
TUGAS, FUNGSI, WEWENANG, URAIAN TUGAS, DAN SPESIFIKASI
JABATAN PEJABAT PENGELOLA RSUD

Bagian Kesatu
Direktur

Pasal 26

- (1) Direktur mempunyai tugas memimpin menyelenggarakan RSUD.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:
 - a. koordinasi pelaksanaan tugas dan unsur organisasi;
 - b. penetapan kebijakan penyelenggaraan RSUD sesuai dengan kewenangannya;
 - c. penyelenggaraan tugas dan fungsi RSUD;
 - d. pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
 - e. monitoring, evaluasi, pencatatan dan pelaporan.
- (3) Direktur mempunyai uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab sebagai berikut:
 - a. mengetahui dan memahami semua Peraturan Perundang-undangan terkait dengan RSUD;
 - b. menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman pada Peraturan Perundang-undangan;
 - c. menjamin kepatuhan RSUD terhadap Peraturan Perundang-undangan;
 - d. menetapkan regulasi RSUD;
 - e. menjamin kepatuhan staf RSUD dalam implementasi semua regulasi RSUD yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;

- f. menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
 - g. menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Spesifikasi Jabatan Direktur RSUD:
- a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah dokter atau dokter gigi;
 - b. pengalaman jabatan: Direktur Rumah Sakit Kelas D pernah memimpin puskesmas paling singkat selama 1 (satu) tahun;
 - c. memiliki kompetensi manajerial;
 - d. mengikuti pelatihan perumahsakitannya 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, dan Pengelolaan Sumber Daya Manusia;
 - e. memiliki kemampuan komunikasi dengan baik;
 - f. memahami Peraturan Perundang-undangan perumahsakitannya.

Bagian Kedua Bagian Tata Usaha

Pasal 27

- (1) Bagian Tata Usaha mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas RSUD dalam memberikan pelayanan administrasi yang meliputi urusan umum dan kepegawaian, keuangan dan perlengkapan dan mengoordinasikan penyusunan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bagian Tata Usaha menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:
- a. pengelolaan urusan umum dan kepegawaian, keuangan dan perlengkapan dan mengoordinasikan penyusunan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan;
 - b. pelaksanaan urusan penyusunan anggaran, penatausahaan keuangan, perbendaharaan, verifikasi, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan;
 - c. pelaksanaan urusan pengelolaan barang dan aset RSUD;
 - d. pengoordinasian penyusunan program, evaluasi dan pelaporan program RSUD;
 - e. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (3) Uraian tugas Bagian Tata Usaha adalah sebagai berikut:

- a. menyusun rencana operasional di lingkungan Bagian Tata Usaha berdasarkan program kerja RSUD serta petunjuk pimpinan sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. mendistribusikan tugas kepada bawahan di lingkungan Bagian Tata Usaha sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang ditetapkan agar tugas yang diberikan dapat berjalan efektif dan efisien;
 - c. memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan di lingkungan RSUD sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku agar tidak terjadi kesalahan dalam pelaksanaan tugas;
 - d. menyelia pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan Bagian Tata Usaha secara berkala sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku untuk mencapai target kinerja yang diharapkan;
 - e. melaksanakan pengelolaan rencana strategis, Rencana Kerja Anggaran (RKA) dan laporan perencanaan kebijakan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP), Laporan Keterangan Pertanggungjawaban (LKPJ), Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (LPPD) berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-undangan sehingga pelaksanaan program kerja di Bagian Tata Usaha dapat terealisasi tepat waktu dan sesuai harapan;
 - f. melaksanakan pengelolaan anggaran, penatausahaan keuangan, perbendaharaan dan pengelolaan barang di lingkungan RSUD sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku sehingga pelayanan dan penatausahaan Keuangan di lingkungan RSUD dapat berjalan dengan baik;
 - g. melaksanakan pengelolaan Administrasi Umum dan Kepegawaian di lingkungan RSUD sesuai ketentuan dan petunjuk teknis serta Peraturan Perundang-undangan agar pengelolaan administrasi kepegawaian tertata dengan baik;
 - h. mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan Bagian Tata Usaha dengan cara membandingkan antara rencana operasional dengan tugas-tugas yang telah dilaksanakan sebagai bahan laporan kegiatan dan perbaikan kinerja di masa yang akan datang;
 - i. menyusun laporan pelaksanaan tugas Bagian Tata Usaha sesuai dengan tugas yang telah dilaksanakan secara berkala sebagai bentuk akuntabilitas kinerja;
 - j. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan pimpinan baik lisan maupun tertulis.
- (4) Spesifikasi Jabatan:
- a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah Strata Satu (S1) Manajemen Kesehatan;
 - b. pengalaman kerja: memiliki pengalaman dalam pelaksanaan tugas di bidang tata usaha paling kurang 2 (dua) tahun;

- c. keahlian: memiliki kompetensi manajemen perkantoran;
- d. ketrampilan:
 - 1. mampu menjabarkan analisa performa bisnis rumah sakit;
 - 2. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi;
 - 3. memahami peraturan ketenagakerjaan dan hukum perusahaan;
 - 4. memiliki kemampuan komunikasi dan negosiasi dengan baik;
 - 5. memahami manajemen operasional Rumah Sakit.

Pasal 28

- (1) Bagian Tata Usaha terdiri dari:
 - a. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
 - b. Sub Bagian Keuangan dan Perlengkapan;
 - c. Sub Bagian Program.
- (2) Sub Bagian sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipimpin oleh Kepala Sub Bagian yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bagian Tata Usaha.

Pasal 29

- (1) Sub Bagian Umum dan Kepegawaian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 ayat (1) huruf a, mempunyai tugas menghimpun pedoman dan petunjuk teknis serta melaksanakan urusan ketatausahaan, kerumahtanggaan, pelayanan hukum dan kemitraan, pemasaran, kehumasan, pencatatan, pelaporan dan evaluasi, sumber daya manusia, pendidikan dan pelatihan.
- (2) Uraian tugas Sub Bagian Umum dan Kepegawaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. merencanakan kegiatan Sub Bagian Umum dan Kepegawaian berdasarkan rencana operasional Bagian Tata Usaha sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing untuk kelancaran pelaksanaan tugas Sub Bagian Umum Kepegawaian;
 - c. membimbing pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan RSUD sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan agar pekerjaan berjalan tertib dan lancar;
 - d. memeriksa hasil kerja bawahan di lingkungan RSUD sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku agar terhindar dari kesalahan;

- e. menyiapkan daftar kebutuhan pegawai di lingkungan RSUD berdasarkan peraturan menteri kesehatan agar terpenuhi kualifikasi pegawai yang memadai;
- f. mengelola surat menyurat dan kearsipan RSUD berdasarkan peraturan tentang tata naskah dinas dan kearsipan untuk kelancaran proses yang baik;
- g. mengelola administrasi kepegawaian sesuai kebutuhan organisasi berdasarkan Peraturan Perundang-undangan agar pelaksanaan tugas berjalan dengan baik;
- h. menganalisis laporan yang dikerjakan oleh bawahan sesuai standar operasional dan prosedur agar pelaksanaan tugas berjalan dengan baik;
- i. mengevaluasi pelaksanaan kegiatan di lingkungan RSUD dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang;
- j. melaporkan pelaksanaan kinerja di lingkungan RSUD sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku sebagai akuntabilitas kinerja dan rencana kegiatan mendatang;
- k. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan pimpinan baik lisan maupun tertulis.

(3) Spesifikasi Jabatan:

- a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah Diploma Tiga (D3) Bidang Kesehatan;
- b. pengalaman kerja: memiliki pengalaman dalam pelaksanaan tugas sesuai dengan bidang tugasnya paling kurang 3 (tiga) tahun;
- c. keahlian sertifikasi:
 - 1) manajemen sumber daya manusia;
 - 2) telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi;
 - 3) manajemen hukum dan undang-undang;
 - 4) terampil mengoperasikan komputer;
 - 5) tegas, teliti dan mampu berkomunikasi dengan baik.

Pasal 30

- (1) Sub Bagian Keuangan dan Perlengkapan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 ayat (1) huruf b, mempunyai tugas menghimpun pedoman dan petunjuk teknis serta melaksanakan penatausahaan keuangan (akuntansi), perbendaharaan dan mobilisasi dana, verifikasi, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan, pelaksanaan urusan pengelolaan barang dan aset serta perlengkapan RSUD.

- (2) Uraian tugas Sub Bagian Keuangan dan Perlengkapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
- a. membuat rencana kegiatan Sub Bagian Keuangan dan Perlengkapan berdasarkan Renja RSUD sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. mendistribusikan tugas kepada bawahan sesuai uraian tugas dan tanggung jawabnya untuk kelancaran pelaksanaan tugas Sub Bagian Keuangan dan Perlengkapan;
 - c. memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sesuai peraturan dan prosedur yang berlaku agar terhindar dari kesalahan;
 - d. membimbing bawahan dalam rangka pelaksanaan tugas sesuai permasalahan yang timbul untuk mencapai profesionalisme;
 - e. memeriksa hasil pelaksanaan tugas bawahan sesuai peraturan dan prosedur yang berlaku agar diperoleh hasil kerja yang benar dan akurat;
 - f. menyelia bawahan sesuai pelaksanaan pekerjaan agar tercapai tingkat kinerja yang diharapkan;
 - g. menyiapkan pelaksanaan perbendaharaan pengelolaan administrasi keuangan, verifikasi laporan pertanggungjawaban, pelaksanaan akuntansi dan laporan keuangan belanja langsung dan tidak langsung berdasarkan tugas dan fungsi agar kegiatan berjalan dengan lancar;
 - h. membuat laporan hasil kegiatan penyelesaian Laporan Keuangan sebagai pertanggungjawaban pelaksanaan pekerjaan untuk kejelasan hasil kerjanya;
 - i. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diperintahkan oleh atasan baik lisan maupun tertulis.
- (3) Spesifikasi Jabatan:
- a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah Diploma Tiga (D3) Ekonomi Akuntansi;
 - b. pengalaman kerja: memiliki pengalaman dalam pelaksanaan tugas di bidang keuangan paling kurang 3 (tiga) tahun;
 - c. keahlian/sertifikasi:
 1. manajemen keuangan, akuntansi dan perbankan;
 2. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi;
 3. manajemen perpajakan;
 4. terampil mengoperasikan komputer;
 5. tegas dan teliti.

Pasal 31

- (1) Sub Bagian Program sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 ayat (1) huruf c, mempunyai tugas menghimpun pedoman dan petunjuk teknis serta melaksanakan pengoordinasian penyusunan program, evaluasi dan pelaporan program RSUD.
- (2) Uraian tugas Sub Bagian Program sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. merencanakan kegiatan Sub Bagian Program berdasarkan rencana operasional bagian tata usaha dan ketentuan yang berlaku sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing untuk kelancaran pelaksanaan tugas Sub Bagian Program;
 - c. membimbing pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan Sub Bagian Program sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan agar pekerjaan berjalan tertib dan lancar;
 - d. memeriksa hasil kerja bawahan di lingkungan Sub Bagian Program sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku agar terhindar dari kesalahan;
 - e. melaksanakan penyusunan RKA dan DPA sesuai peraturan dan prosedur yang berlaku agar diperoleh hasil kerja yang benar dan akurat;
 - f. melaksanakan penyusunan Profil RSUD, Update Data SIRS Online, dan RBA sesuai peraturan dan prosedur yang berlaku agar diperoleh hasil kerja yang benar dan akurat;
 - g. melaksanakan penyusunan laporan LAKIP, LPPD, LKPJ, Laporan Evaluasi Program dan Kegiatan Per Triwulan dan Laporan DAK per Triwulan sesuai peraturan dan prosedur yang berlaku agar diperoleh hasil kerja yang benar dan akurat;
 - h. mengevaluasi pelaksanaan kegiatan di lingkungan Sub Bagian Program dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang;
 - i. melaporkan pelaksanaan kinerja di Sub Bagian Program sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku sebagai akuntabilitas kinerja dan rencana kegiatan mendatang;
 - j. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan pimpinan baik lisan maupun tertulis.
- (3) Spesifikasi Jabatan:
 - a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah Diploma Tiga (D3) Bidang Kesehatan;
 - b. pengalaman kerja: memiliki pengalaman dalam pelaksanaan tugas di bidang keuangan paling kurang 3 (tiga) tahun;
 - c. keahlian/sertifikasi:

1. manajemen perencanaan dan program rumah sakit;
2. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi;
3. manajemen perpajakan;
4. terampil mengoperasikan komputer;
5. tegas dan teliti.

Bagian Ketiga
Bidang Pelayanan Medik dan Rujukan

Pasal 32

- (1) Bidang Pelayanan Medik dan Rujukan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas RSUD dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan medik dan rujukan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidang Pelayanan Medik dan Rujukan menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan rencana pemberian pelayanan medis dan rujukan;
 - b. pengoordinasian dan pelaksanaan pelayanan medis dan rujukan;
 - c. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis; dan
 - d. pemantauan dan evaluasi pelayanan medis.
- (3) Uraian tugas Bidang Pelayanan Medik dan Rujukan adalah sebagai berikut:
 - a. menyusun rencana operasional di lingkungan pelayanan medik dan rujukan berdasarkan program kerja RSUD serta petunjuk pimpinan sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. mendistribusikan tugas kepada bawahan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang ditetapkan agar tugas yang diberikan dapat berjalan efektif dan efisien;
 - c. memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan di lingkungan pelayanan medik dan rujukan sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku agar tidak terjadi kesalahan dalam pelaksanaan tugas;
 - d. menyelia pelaksanaan tugas bawahan secara berkala sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku untuk mencapai target kinerja yang diharapkan;
 - e. menyusun kebijakan pelayanan bidang pelayanan medik dan rujukan untuk menentukan arah dan tujuan dalam mencapai hasil kerja yang efektif berdasarkan prosedur yang telah ditetapkan;

- f. memfasilitasi peningkatan sumber daya manusia melalui pendidikan dan pelatihan berdasarkan kebutuhan sumber daya dengan mengikuti pedoman dan aturan yang berlaku dalam meningkatkan kualitas pelayanan;
 - g. melaksanakan pemantauan dan pengawasan kegiatan bawahan dalam menyelesaikan tugas yang telah ditetapkan berdasarkan tugas dan fungsi;
 - h. mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan pelayanan medik dan rujukan dengan cara membandingkan antara rencana operasional dengan tugas-tugas yang telah dilaksanakan sebagai bahan laporan kegiatan dan perbaikan kinerja di masa yang akan datang;
 - i. menyusun laporan pelaksanaan tugas bawahan sesuai dengan tugas yang telah dilaksanakan secara berkala sebagai bentuk akuntabilitas kinerja;
 - j. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan pimpinan baik lisan maupun tertulis.
- (4) Spesifikasi Jabatan:
- a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan dokter;
 - b. pengalaman kerja: memiliki pengalaman dalam pelaksanaan tugas di bidang pelayanan medik paling kurang 3 (tiga) tahun;
 - c. keahlian:
 1. manajemen kedokteran;
 2. manajemen perumahsakit;
 3. manajemen pelayanan minimal.
 - d. ketrampilan:
 1. memahami regulasi medis secara umum (Dokter, Rumah Sakit, Pasien dan Keluarga);
 2. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi;
 3. manajemen leadership;
 4. memahami peraturan ketenagakerjaan dan hukum rumah sakit;
 5. memiliki kemampuan komunikasi dan negosiasi dengan baik.

Pasal 33

- (1) Bidang Pelayanan Medik dan Rujukan, terdiri dari:
- a. Seksi Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat;

- b. Seksi Pelayanan Bedah Sentral, Perawatan Intensif dan Rujukan.
- (2) Seksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipimpin oleh Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Rujukan.

Pasal 34

- (1) Seksi Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf a, mempunyai tugas menghimpun pedoman dan petunjuk teknis, perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi kebutuhan alat/bahan, sarana dan prasarana dalam pelaksanaan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat dan *Hyperbaric Oxygen Therapy*.
- (2) Uraian tugas Seksi Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
- a. merencanakan kegiatan Seksi Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat dan *Hyperbaric Oxygen Therapy* berdasarkan rencana operasional bidang pelayanan medik dan rujukan sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing untuk kelancaran pelaksanaan tugas Seksi Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat dan *Hyperbaric Oxygen Therapy* sebagai pedoman pelaksanaan tugas Seksi Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat;
 - c. membimbing pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan Seksi Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan agar pekerjaan berjalan tertib dan lancar;
 - d. memeriksa hasil kerja bawahan di lingkungan Seksi Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku agar terhindar dari kesalahan;
 - e. menyiapkan konsep teknis dan panduan penerapan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat sesuai prosedur untuk mendukung kegiatan Seksi Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat;
 - f. menyusun bimbingan teknis pelayanan rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat yang sesuai prosedur dan peraturan yang berlaku untuk kelancaran kegiatan pelaksanaan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan darurat;
 - g. menyusun konsep mutu pelayanan medik dalam meningkatkan pelayanan medik yang lebih baik guna kelancaran tugas dan fungsi Seksi Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat agar pelayanan medik dapat berjalan dengan baik dan sesuai dengan standar;

- h. mengevaluasi pelaksanaan kegiatan di lingkungan Seksi Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang;
 - i. melaporkan pelaksanaan kinerja di lingkungan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku sebagai akuntabilitas kinerja dan rencana kegiatan mendatang;
 - j. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan pimpinan baik lisan maupun tertulis.
- (3) Spesifikasi Jabatan:
- a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah Diploma Tiga (D3) Bidang Kesehatan;
 - b. pengalaman kerja: memiliki pengalaman dalam pelaksanaan tugas jabatan manajerial paling kurang 3 (tiga) tahun;
 - c. keahlian sertifikasi:
 1. manajemen operasional rumah sakit;
 2. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi;
 3. memahami regulasi medis secara umum (dokter, rumah sakit pasien dan keluarga);
 4. memahami fungsi psikologis;
 5. memiliki kemampuan komunikasi dan negoisasi dengan baik.

Pasal 35

- (1) Seksi Pelayanan Bedah Sentral, Perawatan Intensif dan Rujukan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf b, mempunyai tugas menghimpun pedoman dan petunjuk teknis, perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi kebutuhan alat/bahan, sarana dan prasarana dalam pelaksanaan pelayanan bedah sentral, perawatan intensif dan rujukan.
- (2) Uraian tugas Seksi Pelayanan Bedah Sentral, Perawatan Intensif dan Rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. merencanakan kegiatan Seksi Pelayanan Bedah Sentral, Perawatan Intensif dan Rujukan berdasarkan rencana operasional bidang pelayanan medik dan rujukan sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing untuk kelancaran pelaksanaan tugas Seksi Pelayanan Bedah Sentral, Perawatan Intensif dan Rujukan sebagai pedoman

pelaksanaan tugas Seksi Pelayanan Bedah Sentral, Perawatan Intensif dan Rujukan;

- c. membimbing pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan Seksi Pelayanan Bedah Sentral, Perawatan Intensif dan Rujukan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan agar pekerjaan berjalan tertib dan lancar;
- d. memeriksa hasil kerja bawahan di lingkungan Seksi Pelayanan Bedah Sentral, Perawatan Intensif dan Rujukan sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku agar terhindar dari kesalahan;
- e. menyiapkan konsep teknis dan panduan penerapan pelayanan bedah sentral, perawatan intensif dan rujukan sesuai prosedur untuk mendukung kegiatan Seksi Pelayanan Bedah Sentral, Perawatan Intensif dan Rujukan.
- f. menyusun bimbingan teknis pelayanan bedah sentral, perawatan intensif dan rujukan yang sesuai prosedur dan peraturan yang berlaku untuk kelancaran kegiatan pelaksanaan pelayanan bedah sentral, perawatan intensif dan rujukan;
- g. menyusun konsep mutu pelayanan medik dalam meningkatkan pelayanan medik yang lebih baik dalam mengontrol kelancaran tugas dan fungsi Seksi Pelayanan Bedah Sentral, Perawatan Intensif dan Rujukan;
- h. mengevaluasi pelaksanaan kegiatan di lingkungan Seksi Pelayanan Bedah Sentral, Perawatan Intensif dan Rujukan dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang;
- i. melaporkan pelaksanaan kinerja di lingkungan pelayanan bedah sentral, perawatan intensif dan rujukan sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku sebagai akuntabilitas kinerja dan rencana kegiatan mendatang;
- j. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan pimpinan baik lisan maupun tertulis.

(3) Spesifikasi Jabatan:

- a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah Diploma Tiga (D3) Bidang Kesehatan;
- b. pengalaman kerja: memiliki pengalaman dalam pelaksanaan tugas jabatan manajerial paling kurang 3 (tiga) tahun;
- c. keahlian sertifikasi:
 1. manajemen teknik pemeliharaan sarana prasana rumah sakit;
 2. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi;

3. manajemen sanitasi;
4. terampil mengoperasikan komputer.

Bagian Keempat
Bidang Keperawatan

Pasal 36

- (1) Bidang Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas RSUD dalam pelaksanaan kegiatan Bidang Keperawatan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidang Keperawatan menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan rencana pemberian pelayanan keperawatan;
 - b. pengoordinasian dan pelaksanaan pelayanan keperawatan;
 - c. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang keperawatan; dan
 - d. pemantauan dan evaluasi pelayanan keperawatan.
- (3) Uraian tugas Bidang Keperawatan adalah sebagai berikut:
 - a. menyusun rencana operasional di bidang keperawatan berdasarkan program kerja rumah sakit serta petunjuk pimpinan sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. mendistribusikan tugas kepada bawahan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang ditetapkan agar tugas yang diberikan dapat berjalan efektif dan efisien;
 - c. memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan di bidang keperawatan sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku agar tidak terjadi kesalahan dalam pelaksanaan tugas;
 - d. menyelia pelaksanaan tugas bawahan secara berkala sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku untuk mencapai target kinerja yang diharapkan;
 - e. menyusun kebijakan pelayanan bidang keperawatan berdasarkan prosedur yang telah ditetapkan untuk menentukan arah dan tujuan dalam mencapai hasil kerja yang efektif;
 - f. memfasilitasi peningkatan sumber daya manusia melalui pendidikan dan pelatihan berdasarkan kebutuhan sumber daya dengan mengikuti pedoman dan aturan yang berlaku dalam meningkatkan kualitas pelayanan;
 - g. melaksanakan pemantauan dan pengawasan kegiatan bawahan dalam menyelesaikan tugas yang telah ditetapkan berdasarkan tugas dan fungsi agar kegiatan berjalan dengan lancar;

- h. mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan di bidang keperawatan dengan cara membandingkan antara rencana operasional dengan tugas yang telah dilaksanakan sebagai bahan laporan kegiatan dan perbaikan kinerja di masa yang akan datang;
 - i. menyusun laporan pelaksanaan tugas bawahan sesuai dengan tugas yang telah dilaksanakan secara berkala sebagai bentuk akuntabilitas kinerja;
 - j. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan pimpinan baik lisan maupun tertulis.
- (4) Spesifikasi Jabatan:
- a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah Strata Satu (S1) Keperawatan;
 - b. pengalaman kerja: memiliki pengalaman dalam pelaksanaan tugas di bidang keperawatan paling kurang 3 (tiga) tahun;
 - c. keahlian:
 - 1. memahami regulasi Keperawatan dan penunjang;
 - 2. manajemen leadership;
 - d. ketrampilan:
 - 1. mampu memahami peraturan keperawatan dan penunjang medis;
 - 2. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi;
 - 3. memiliki kemampuan komunikasi dan negosiasi dengan baik.

Pasal 37

- (1) Bidang Keperawatan, terdiri dari:
 - a. Seksi Bimbingan Asuhan dan Pelayanan Keperawatan;
 - b. Seksi Bimbingan Etika dan Mutu Keperawatan.
- (2) Seksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipimpin oleh Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang Keperawatan.

Pasal 38

- (1) Seksi Bimbingan Asuhan dan Pelayanan Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 ayat (1) huruf a, melaksanakan tugas menghimpun pedoman dan petunjuk teknis, melaksanakan perencanaan, pengawasan, dan evaluasi kebutuhan alat/bahan, sarana dan prasarana dalam menyelenggarakan bimbingan asuhan dan pelayanan keperawatan dan asuhan pelayanan kebidanan.

- (2) Uraian tugas Seksi Bimbingan Asuhan dan Pelayanan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
- a. merencanakan kegiatan seksi bimbingan pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan berdasarkan rencana operasional bidang keperawatan sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing untuk kelancaran pelaksanaan tugas Seksi Bimbingan Asuhan dan Pelayanan Keperawatan sebagai pedoman pelaksanaan tugas Seksi Bimbingan Asuhan dan Pelayanan Keperawatan;
 - c. membimbing pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan Seksi Bimbingan Asuhan dan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan agar pekerjaan berjalan tertib dan lancar;
 - d. memeriksa hasil kerja bawahan di lingkungan Seksi Bimbingan Asuhan dan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku agar terhindar dari kesalahan;
 - e. menyiapkan konsep teknis pelayanan asuhan keperawatan sesuai prosedur dan petunjuk teknis untuk mendukung pelaksanaan tugas Seksi Bimbingan Asuhan dan Pelayanan Keperawatan;
 - f. mengelola bimbingan teknis pelayanan asuhan keperawatan sesuai prosedur dan peraturan yang berlaku untuk kelancaran kegiatan pelaksanaan bimbingan asuhan dan pelayanan keperawatan;
 - g. menyusun kebutuhan logistik, sarana dan prasarana dalam pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan demi kelancaran tugas dan fungsi pelayanan keperawatan;
 - h. mengevaluasi pelaksanaan kegiatan di lingkungan bidang keperawatan dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang;
 - i. melaporkan pelaksanaan kinerja di lingkungan bidang keperawatan sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku sebagai akuntabilitas kinerja dan rencana kegiatan mendatang;
 - j. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan pimpinan baik lisan maupun tertulis.
- (3) Spesifikasi Jabatan:
- a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah Diploma Tiga (D3) Keperawatan;
 - b. pengalaman kerja: memiliki pengalaman dalam pelaksanaan tugas di bidang keperawatan paling kurang 3 (tiga) tahun;
 - c. keahlian sertifikasi:

1. terampil mengoperasikan komputer;
2. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi;
3. mampu berkomunikasi dengan baik.

Pasal 39

- (1) Seksi Bimbingan Etika dan Mutu Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 ayat (1) huruf b, melaksanakan tugas menghimpun pedoman dan petunjuk teknis, melaksanakan perencanaan, pengawasan, dan evaluasi dalam pengadaan sumber daya manusia, menyelenggarakan bimbingan etika asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan, menyelenggarakan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan.
- (2) Uraian tugas Seksi Bimbingan Etika dan Mutu Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. merencanakan kegiatan Seksi Bimbingan Etika dan Mutu Keperawatan berdasarkan rencana operasional bidang keperawatan sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing untuk kelancaran pelaksanaan tugas Seksi Bimbingan Etika dan Mutu Keperawatan sebagai pedoman pelaksanaan tugas Seksi Bimbingan Etika dan Mutu Keperawatan;
 - c. membimbing pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan Seksi Bimbingan Etika dan Mutu Keperawatan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan agar pekerjaan berjalan tertib dan lancar;
 - d. memeriksa hasil kerja bawahan di lingkungan Seksi Bimbingan Etika dan Mutu Keperawatan sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku agar terhindar dari kesalahan;
 - e. menyiapkan konsep teknis dan panduan penerapan etika dalam pelayanan keperawatan sesuai prosedur untuk mendukung kegiatan Seksi Bimbingan Etika dan Mutu Keperawatan;
 - f. menyusun bimbingan teknis pembinaan etika dalam pelayanan keperawatan yang sesuai prosedur dan peraturan yang berlaku untuk kelancaran kegiatan pelaksanaan bimbingan etika dan mutu keperawatan;
 - g. menyusun konsep mutu keperawatan dalam meningkatkan asuhan dan pelayanan keperawatan yang lebih baik dalam mengontrol kelancaran tugas dan fungsi Seksi Bimbingan Etika dan Mutu Keperawatan;

- h. mengevaluasi pelaksanaan kegiatan di lingkungan bidang keperawatan dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang;
 - i. melaporkan pelaksanaan kinerja di lingkungan bidang keperawatan sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku sebagai akuntabilitas kinerja dan rencana kegiatan mendatang;
 - j. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan pimpinan baik lisan maupun tertulis.
- (3) Spesifikasi Jabatan:
- a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah Diploma Tiga (D3) Keperawatan;
 - b. pengalaman kerja: memiliki pengalaman dalam pelaksanaan tugas di bidang keperawatan paling kurang 3 (tiga) tahun;
 - c. keahlian sertifikasi:
 - 1. menguasai pengelolaan rekam medik;
 - 2. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi;
 - 3. manajemen informasi;
 - 4. manajemen teknik mengelola jaringan;
 - 5. mampu membuat program komputer;
 - 6. mampu berkomunikasi dengan baik.

Bagian Kelima
Bidang Penunjang Medik

Pasal 40

- (1) Bidang Penunjang Medik mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas RSUD dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan Penunjang Medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidang Penunjang Medik menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :
 - a. penyusunan rencana pemberian pelayanan penunjang medik;
 - b. pengoordinasian dan pelaksanaan pelayanan penunjang medik;
 - c. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan penunjang medik; dan
 - d. pemantauan dan evaluasi pelayanan penunjang medik.
- (3) Uraian tugas Bidang Penunjang Medik adalah sebagai berikut:
 - a. merencanakan operasional bidang penunjang medis

berdasarkan renstra dan program kerja RSUD agar menjadi pedoman dalam pelaksanaan tugas;

- b. membagi tugas kepada bawahan sesuai uraian tugas dan tanggung jawabnya untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - c. memberi petunjuk pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan bidang penunjang medis setiap saat sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan agar pekerjaan berjalan tertib dan lancar;
 - d. menyelia pelaksanaan rencana operasional bidang penunjang medis dan non medik sesuai dengan rencana operasional yang telah ditetapkan sebelumnya agar terlaksana dengan baik dan benar;
 - e. melaksanakan pelayanan farmasi, radiologi, gizi, rehabilitasi medik, patologi klinis, anestesi, laboratorium dan pemulasaran jenazah berdasarkan rencana operasional yang telah ditetapkan agar rencana kerja setiap seksi terlaksana dengan baik dan lancar;
 - f. melaksanakan pengadaan obat dan bahan medis habis pakai sesuai peraturan pemerintah untuk menjamin ketersediaan obat dan bahan medis habis pakai yang memenuhi syarat mutu dan keamanan di RSUD;
 - g. melaksanakan kalibrasi, pengujian, proteksi radiasi dan uji kesesuaian alat kesehatan berdasarkan peraturan yang berlaku agar dihasilkan pemeriksaan akurat dan terapi pengobatan yang tepat;
 - h. melaksanakan pengendalian kebersihan dan penanganan limbah RSUD berdasarkan pedoman RSUD bersih agar tercapainya RSUD yang bersih;
 - i. menyelenggarakan kegiatan penyediaan makanan bagi pasien rawat inap sesuai diagnosa penyakit untuk menunjang terapi pengobatan;
 - j. mengevaluasi dan memonitoring pelaksanaan tugas di bidang penunjang medis dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja dimasa mendatang dan dasar dalam pemberian penilaian terhadap hasil dan prestasi dalam bidang sesuai dengan prosedur untuk kelancaran tugas;
 - k. melaporkan pelaksanaan tugas di bidang penunjang medis sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku untuk pertanggungjawaban dan rencana yang akan datang;
 - l. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh pimpinan baik lisan maupun tertulis.
- (4) Spesifikasi Jabatan:
- a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah Strata Satu (S1) Bidang Kesehatan;

- b. pengalaman kerja: memiliki pengalaman dalam pelaksanaan tugas jabatan manajerial paling kurang 3 (tiga) tahun;
- c. keahlian:
 - 1. manajemen rekam medis;
 - 2. manajemen komunikasi dan informasi;
 - 3. manajemen leadership;
- d. ketrampilan:
 - 1. memahami peraturan ketenagakerjaan dan hukum rumah sakit;
 - 2. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi.
 - 3. memiliki kemampuan komunikasi dan negosiasi dengan baik.

Pasal 41

- (1) Bidang Penunjang Medik terdiri dari:
 - a. Seksi Penunjang Klinik;
 - b. Seksi Penunjang Non Klinik.
- (2) Seksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipimpin oleh Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang Penunjang Medik.

Pasal 42

- (1) Seksi Penunjang klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (1) huruf a, mempunyai tugas menghimpun pedoman dan petunjuk teknis, melaksanakan perencanaan, pengawasan dan evaluasi kebutuhan alat/bahan, sarana dan prasarana dalam pelaksanaan pelayanan radiologi, farmasi, pelayanan darah, gizi, *Central Sterile Supply Department (CSSD)*, Laboratorium Klinik, dan Rekam Medik.
- (2) Uraian tugas Seksi Penunjang klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. merencanakan kegiatan Seksi Penunjang klinik berdasarkan rencana operasional Bidang Penunjang klinik sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing untuk kelancaran pelaksanaan tugas Seksi Penunjang klinik;
 - c. membimbing pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan Seksi Penunjang klinik sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan agar pekerjaan berjalan tertib dan lancar;

- d. memeriksa hasil kerja bawahan di lingkungan Seksi Penunjang klinik sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku agar terhindar dari kesalahan;
 - e. menyusun pedoman, SPO dan petunjuk teknis Pelayanan radiologi, rehabilitasi medik, farmasi, pelayanan darah, gizi, Central Sterile Supply Department (CSSD), laboratorium klinik, rekam medik sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan agar mutu Pelayanan radiologi, rehabilitasi medik, farmasi, pelayanan darah, gizi, Central Sterile Supply Department (CSSD), laboratorium klinik, rekam medik lebih baik;
 - f. mengelola kegiatan pelayanan radiologi, rehabilitasi medik, farmasi, pelayanan darah, gizi, Central Sterile Supply Department (CSSD), laboratorium klinik, rekam medik berdasarkan rencana oprasional yang telah ditetapkan agar tugas dan fungsi Pelayanan radiologi, rehabilitasi medik, farmasi, pelayanan darah, gizi, Central Sterile Supply Department (CSSD), laboratorium klinik, rekam medik terlaksana dengan baik dan lancar;
 - g. mengelola bimbingan teknis tenaga pelayanan radiologi, rehabilitasi medik, farmasi, pelayanan darah, gizi, Central Sterile Supply Department (CSSD), laboratorium klinik, rekam medik sesuai prosedur dan peraturan yang berlaku untuk kelancaran kegiatan pelayanan patologi klinik, Anatomi dan Pemulasaran Jenazah;
 - h. menyiapkan data kebutuhan alat/bahan, sarana dan prasarana pelayanan radiologi, rehabilitasi medik, farmasi, pelayanan darah, gizi, Central Sterile Supply Department (CSSD), laboratorium klinik, rekam medik sesuai dengan tingkat kebutuhan pelayanan radiologi, rehabilitasi medik, farmasi, pelayanan darah, gizi, Central Sterile Supply Department (CSSD), laboratorium klinik, rekam medik untuk kelancaran tugas dan fungsi pelayanan;
 - i. mengevaluasi pelaksanaan kegiatan di lingkungan Seksi Penunjang klinik dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang;
 - j. melaporkan pelaksanaan kinerja di lingkungan Seksi Penunjang klinik sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku sebagai akuntabilitas kinerja dan rencana kegiatan mendatang;
 - k. melaksanakan tugas kedinasan lain yang pimpinan berikan baik lisan maupun tertulis.
- (3) Spesifikasi Jabatan:
- a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah Diploma Tiga (D3) Bidang Kesehatan;
 - b. pengalaman kerja: memiliki pengalaman dalam pelaksanaan tugas jabatan manajerial paling kurang 3 (tiga) tahun;

- c. keahlian sertifikasi:
1. menguasai pengelolaan rekam medik;
 2. manajemen informasi;
 3. manajemen teknik mengelola jaringan;
 4. mampu membuat program komputer;
 5. mampu berkomunikasi dengan baik.

Pasal 43

- (1) Seksi Penunjang Non Klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (1) huruf b, mempunyai tugas menghimpun pedoman dan petunjuk teknis, melaksanakan perencanaan, pengawasan dan evaluasi kebutuhan alat/bahan, sarana dan prasarana dalam pelaksanaan pelayanan Instalasi Prasarana Rumah Sakit (IPSRS), pengelolaan limbah, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaraan jenazah.
- (2) Uraian tugas Seksi Penunjang Non Klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. merencanakan kegiatan Seksi Penunjang Non Klinik berdasarkan rencana operasional Bidang Penunjang Non klinik sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing untuk kelancaran pelaksanaan tugas Seksi Penunjang Non Klinik;
 - c. membimbing pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan Seksi Penunjang Non Klinik sesuai dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan agar pekerjaan berjalan tertib dan lancar;
 - d. memeriksa hasil kerja bawahan di lingkungan Seksi Penunjang Non Klinik sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku agar terhindar dari kesalahan;
 - e. menyusun pedoman, SPO dan petunjuk teknis Pelayanan Instalasi Prasarana Rumah Sakit (IPSRS), pengelolaan limbah, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaraan jenazah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan agar mutu pelayanan Instalasi Prasarana Rumah Sakit (IPSRS), pengelolaan limbah, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaraan jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik dan pengelolaan air bersih lebih baik;
 - f. mengelola kegiatan Pelayanan Instalasi Prasarana Rumah Sakit (IPSRS), pengelolaan limbah, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaraan jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik dan pengelolaan air bersih berdasarkan rencana operasional yang telah ditetapkan agar tugas dan fungsi pelayanan Pelayanan Patologi Klinik, Anatomi dan Pemulasaraan Jenazah terlaksana dengan baik dan lancar;

- g. mengelola bimbingan teknis tenaga pelayanan Instalasi Prasarana Rumah Sakit (IPSRs), pengelolaan limbah, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaran jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik dan pengelolaan air bersih sesuai prosedur dan peraturan yang berlaku untuk kelancaran kegiatan pelayanan Instalasi Prasarana Rumah Sakit (IPSRs), pengelolaan limbah, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaran jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik dan pengelolaan air bersih;
 - h. menyiapkan data kebutuhan alat/bahan, sarana dan prasarana Pelayanan Instalasi Prasarana Rumah Sakit (IPSRs), pengelolaan limbah, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaran jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik dan pengelolaan air bersih sesuai dengan tingkat kebutuhan Pelayanan Instalasi Prasarana Rumah Sakit (IPSRs), pengelolaan limbah, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaran jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik dan pengelolaan air bersih untuk kelancaran tugas dan fungsi pelayanan;
 - i. mengevaluasi pelaksanaan kegiatan di lingkungan Seksi Penunjang Non Klinik dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang;
 - j. melaporkan pelaksanaan kinerja di lingkungan Seksi Penunjang Non Klinik sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku sebagai akuntabilitas kinerja dan rencana kegiatan mendatang;
 - k. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan pimpinan baik lisan maupun tertulis.
- (3) Spesifikasi Jabatan:
- a. pendidikan: memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah Diploma Tiga (D3) Bidang Kesehatan;
 - b. pengalaman kerja: memiliki pengalaman dalam pelaksanaan tugas jabatan manajerial paling kurang 3 (dua) tahun;
 - c. keahlian sertifikasi:
 1. menguasai pengelolaan gas medik;
 2. manajemen informasi dan komunikasi;
 3. manajemen teknik mengelola jaringan;
 4. mampu berkomunikasi dengan baik;
 5. berbadan sehat.

BAB XII
KOMITE/TIM

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 44

- (1) Komite/Tim adalah wadah nonstruktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi atau fungsional dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan (Direktur), dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan RSUD.
- (2) Komite RSUD membantu Direktur atas pengurusan RSUD berkaitan dengan pelayanan pasien, baik jenis, jumlah dan mutu layanan.
- (3) Pembentukan komite ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan RSUD.
- (4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Pembentukan dan perubahan jumlah jenis komite ditetapkan oleh Direktur setelah mendapat masukan dari fungsional, sesuai dengan perkembangan layanan RSUD.
- (6) Pembentukan komite dan Tim, yaitu:
 - a. komite medik;
 - b. komite keperawatan;
 - c. komite farmasi dan terapi;
 - d. komite tenaga kesehatan lainnya;
 - e. komite pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI); dan
 - f. komite mutu dan keselamatan pasien;
 - g. tim kesehatan dan keselamatan kerja RSUD.
- (7) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan badan nonstruktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Kedua
Komite Medik

Pasal 45

- (1) Komite Medik merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk di Rumah Sakit oleh Direktur.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan perwakilan dari staf medis.

Pasal 46

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

Pasal 47

- (1) Ketua Komite Medik dipilih secara demokratis diantara ketua staf medik fungsional.
- (2) Ketua komite medik diangkat dan diberhentikan berdasarkan Keputusan Direktur.
- (3) Masa kerja ketua komite medik ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di RSUD.

Pasal 48

- (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;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, 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/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, 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 RSUD;
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 49

Komite Medik mempunyai wewenang:

- 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 50

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

Pasal 51

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

Pasal 52

- (1) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial 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 RSUD.
- (4) Instrumen sebagaimana dimaksud pada ayat (3) paling sedikit meliputi kebijakan RSUD tentang kredensial dan Kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan.

Pasal 53

- (1) Staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan pendukung.
- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur kepada Komite Medik.
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan diisi oleh pemohon.
- (4) Pengkajian oleh Sub komite Kredensial meliputi elemen:

- a. kompetensi:
 - 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 - 2. kognitif;
 - 3. afektif;
 - 4. psikomotor.
 - b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. perilaku etis.
- (5) Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (6) Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara:
- a. menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap kelompok staf medis;
 - b. mengkaji kewenangan klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis; dan
 - c. mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
- (7) Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (8) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa:
- a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (9) Bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur dan selanjutnya Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

Pasal 54

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 55

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari:

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

Pasal 56

- (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 dirumah 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 pelaksanaan audit medis:
 - a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
 - b. penetapan standar dan kriteria;
 - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan di audit;
 - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 - f. menerapkan perbaikan;
 - g. rencana re-audit.
- (3) Sub komite 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 (*deathcase*), kasus sulit atau 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 RSUD 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 untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

Pasal 57

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

Pasal 58

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

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

Pasal 59

- (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 bioetika.

- (2) Tolak ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, yaitu:
 - a. pedoman pelayanan kedokteran di RSUD;
 - b. prosedur kinerja pelayanan di RSUD;
 - c. daftar kewenangan klinis di RSUD;
 - 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.
- (4) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri dari 3 (tiga) 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 atau Direktur Rumah Sakit terlapor.
- (5) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional adalah sebagai berikut:
 - a. sumber laporan:
 1. perorangan:
 - a) manajemen rumah sakit;
 - b) staf medis lain;
 - c) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
 - d) pasien atau keluarga pasien.
 2. non perorangan:
 - a) hasil konferensi kematian;
 - b) hasil konferensi klinis.
 - b. dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut 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 RSUD;
 5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf RSUD 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 RSUD 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:
1. 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 RSUD;
 2. apabila 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;
 3. keputusan bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur RSUD melalui Komite Medik.
- e. rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi di RSUD berupa:
1. peringatan tertulis;
 2. limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
 3. bekerja dibawah supervise dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
 4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya;
 5. Pelaksanaan Keputusan: Keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur RSUD oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.
- (6) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran.

- (7) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Pasal 60

- (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 RSUD yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
 - c. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya *urgent*;
 - 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 pertiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum.
- (4) Setiap Rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola RSUD dan 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 hanya berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.
- (8) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin, rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (9) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (8) tidak diterima dalam rapat, maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Pasal 61

- (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 pertiga) 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 pada ayat (1) huruf a harus dilakukan 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 62

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

Bagian Ketiga Komite Keperawatan

Pasal 63

Komite Keperawatan merupakan organisasi nonstruktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 64

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur RSUD.
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan, terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. sub komite.
- (3) Keanggotaan komite keperawatan terbagi kedalam sub komite.

Pasal 65

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Ketua komite keperawatan dipilih secara demokratis diantara staf keperawatan.
- (3) Komite keperawatan diketuai oleh seorang dengan pendidikan perawat, dan bertanggung jawab kepada Direktur.

- (4) Ketua komite keperawatan diangkat dan diberhentikan berdasarkan keputusan Direktur.
- (5) Masa kerja ketua komite keperawatan ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.
- (6) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

Pasal 66

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar keperawatan dan memantau pelaksanaannya serta melaksanakan pembinaan etika profesi, mengatur kewenangan profesi staf keperawatan dan mengembangkan program pendidikan, pelayanan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai wewenang:
 - a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
 - b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
 - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
 - d. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
 - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
 - f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
 - g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 67

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di RSUD.

- (2) Sub Komite yang ada di RSUD terdiri atas:
- a. sub komite kredensial;
 - b. sub komite mutu profesi;
 - c. sub komite etik dan disiplin profesi.

Pasal 68

- (1) Sub Komite Kredensial mempunyai tugas:
- a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
 - b. menyusun buku putih;
 - c. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - d. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
 - e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - f. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - 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 adhoc*, kepada semua komite keperawatan.

Pasal 69

- (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 dimaksud pada ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya *team adhoc* kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

Pasal 70

- (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 pelanggaran disiplin dan 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 dimaksud pada ayat (1), komite keperawatan membentuk *team adhoc* baik insidental atau permanen.
 - (3) Hasil kerja *team adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

Pasal 71

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari:
 - a. rapat kerja;
 - b. rapat rutin;
 - c. rapat pleno; dan
 - d. sidang tahunan.
- (3) Rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a yaitu:
 - a. rapat kerja keperawatan dilaksanakan 1 (satu) kali dalam setahun 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, kepala Bidang Keperawatan, panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan;
 - d. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b yaitu:
 - a. rapat rutin keperawatan dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali diikuti oleh bidang keperawatan, komite keperawatan, kepala ruang keperawatan dan seluruh anggota komite keperawatan;
 - b. agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah keperawatan;
 - c. rapat rutin keperawatan dipimpin oleh kepala bidang keperawatan atau ketua komite keperawatan.

- (5) Rapat pleno sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c yaitu:
 - 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 kepala Bidang Keperawatan;
 - c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.
- (6) Sidang tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d yaitu:
 - a. sidang tahunan keperawatan diadakan 1 (satu) kali dalam setahun;
 - b. sidang tahunan dipimpin oleh ketua komite keperawatan atau kepala bidang keperawatan dan dihadiri oleh sekretaris komite keperawatan, sub komite, kepala Bidang Keperawatan, 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 paling kurang oleh 2/3 (dua pertiga) peserta yang hadir.

Bagian Keempat
Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 72

- (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 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 dan peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan nonstruktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari Kepala Bagian/Kepala Bidang.

Bagian Kelima
Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 73

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi nonstruktural yang berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. membantu Direktur untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan dan melindungi keselamatan pasien;
 - b. meyelenggarakan tata kelola klinis yang baik dengan mengandalkan kompetensi dan perilaku staf yang merupakan tenaga kesehatan di rumah sakit.

Pasal 74

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan Organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. wakil ketua
 - c. sekretaris; dan
 - d. sub komite.
- (3) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terbagi kedalam Sub komite.

Pasal 75

- (1) Ketua Komite Organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga kesehatan yang bekerja di RSUD.
- (2) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga Komite Tenaga Kesehatan yang bekerja di RSUD.

Pasal 76

- (1) Meningkatkan mutu dan profesionalisme tenaga kesehatan lain yang bekerja di RSUD dengan tugas:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lainnya;
 - c. melakukan audit profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (2) Melaksanakan kredensial terhadap tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di RSUD dengan tugas:
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga kesehatan lainnya;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis tenaga kesehatan lainnya;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada ketua komite tenaga kesehatan lainnya untuk diteruskan kepada Direktur.
- (3) Menjaga disiplin, etika dan perilaku tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di RSUD dengan tugas:
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik profesi dalam pelayanan kesehatan;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis;
 - e. memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan.

Pasal 77

Wewenang Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah sebagai berikut:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit;

- f. memberikan rekomendasi pendidikan tenaga kesehatan berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan;
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 78

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dan Bidang Pelayanan Medik dan Rujukan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat Koordinasi Pelayanan Kesehatan RSUD.
- (2) Rapat Koordinasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari:
 - a. rapat kerja;
 - b. rapat rutin;
 - c. rapat pleno; dan
 - d. sidang tahunan.
- (3) Rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a yaitu:
 - a. rapat kerja dilaksanakan 1 (satu) kali dalam setahun dan bersifat terbuka;
 - b. rapat kerja dipimpin oleh Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya atau Kepala Bidang Penunjang Medik dan dihadiri oleh Sekretaris Komite;
 - c. sub komite, kepala Bidang Pelayanan Medik dan Rujukan, panitia Pelayanan dan Kepala Ruang Penunjang RSUD;
 - d. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja Pelayanan Penunjang Kesehatan RSUD dalam 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b yaitu:
 - a. rapat rutin dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali diikuti oleh bidang penunjang, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, kepala ruang penunjang medis dan seluruh anggota Komite;
 - b. agenda rapat rutin adalah membahas masalah Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - c. rapat rutin Tenaga Kesehatan Lainnya dipimpin oleh kepala Bidang Penunjang Medik atau ketua Komite.
- (5) Rapat pleno sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c yaitu:
 - a. rapat pleno diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
 - b. rapat pleno dipimpin oleh ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya atau kepala Bidang Penunjang Medik dan dihadiri oleh sekretaris Komite, sub komite dan kepala Bidang Penunjang Medik;
 - c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (6) Sidang Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d yaitu:
 - a. sidang tahunan dilaksanakan 1 (satu) kali dalam setahun;

- b. sidang tahunan dipimpin oleh ketua Komite atau kepala Bidang Penunjang Medik dan dihadiri oleh sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, sub komite, kepala Bidang Penunjang Medik, panitia penunjang pelayanan dan kepala ruang penunjang pelayanan kesehatan;
- c. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja penunjang pelayanan kesehatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu;
- d. keputusan yang diambil harus disetujui paling kurang oleh 2/3 (dua pertiga) peserta yang hadir.

Bagian Keenam
Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 79

- (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 pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) RSUD;
 - c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD;
 - d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan 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, nonmedik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa rumah sakit;
 - h. menerima laporan atas kegiatan komite PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktur.
- (3) Komite PPI merupakan badan nonstruktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari Kepala Bagian/Kepala Bidang.

Bagian Ketujuh
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Paragraf 1
Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 80

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sub komite mutu;
 - c. sub komite manajemen resiko;
 - d. sub komite keselamatan pasien.
- (3) Masa tugas Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (MKP) pada RSUD selama 5 (Lima) tahun.
- (4) Dalam pelaksanaan tugas Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (MKP) pada RSUD bertanggung jawab kepada Direktur.

Paragraf 2
Tugas Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 81

- (1) Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien 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 RSUD;
 - 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 Root Cause Analysis (RCA) dan Failure Mode Effect Analysis (FMEA);
 - k. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS);
 - l. mengoordinir 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 RSUD 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 RSUD;
 - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
 - i. mengoordinasikan 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 RSUD;
 - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
 - i. mengoordinasikan 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 KKPRS;
 - d. mengoordinir investigasi dan masalah terkait kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cidera (KNC) dan kejadian sentinel;
 - e. secara berkala membuat laporan kegiatan kepemimpinan RSUD.

Bagian Kedelapan Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja RSUD

Pasal 82

- (1) Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja RSUD dibentuk guna membantu Direktur dalam perencanaan, pengelolaan, pengawasan dan penilaian serta pengembangan bidang kesehatan dan keselamatan kerja dan potensi bahaya di RSUD sehingga tercipta lingkungan kerja yang aman, sehat dan produktif untuk pekerja, aman dan sehat bagi pasien, pengunjung, masyarakat dan lingkungan sekitar RSUD sehingga proses pelayanan RSUD berjalan baik dan lancar.
- (2) Tim kesehatan dan keselamatan kerja rumah sakit RSUD mempunyai tugas:
 - a. melakukan koordinasi serta pengawasan untuk kesehatan dan keselamatan kerja baik pasien, karyawan dan

- pengunjung serta pengawasan untuk peralatan baik medis dan non medis sehingga dapat menjamin pelayanan secara maksimal;
- b. mengembangkan kebijakan, prosedur, regulasi internal kesehatan dan keselamatan kerja RSUD, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) kesehatan dan keselamatan kerja RSUD untuk mengendalikan risiko;
 - c. menyusun program kesehatan dan keselamatan kerja RSUD;
 - d. menyusun rekomendasi untuk bahan pertimbangan pimpinan Rumah Sakit yang berkaitan dengan kesehatan dan keselamatan kerja RSUD;
 - e. memantau pelaksanaan kesehatan dan keselamatan kerja RSUD;
 - f. mengolah data dan informasi yang berhubungan dengan kesehatan dan keselamatan kerja RSUD;
 - g. memelihara dan mendistribusikan informasi terbaru mengenai kebijakan, prosedur, regulasi internal keselamatan dan kesehatan kerja RSUD, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan (SPO) kesehatan dan keselamatan kerja RSUD yang telah ditetapkan;
 - h. pengawasan pelaksanaan program kesehatan dan keselamatan kerja RSUD;
 - i. berpartisipasi dalam perencanaan pembelian peralatan baru, pembangunan gedung dan prosesnya;
 - j. koordinasi dengan wakil unit kerja RSUD yang menjadi anggota organisasi/unit yang bertanggung jawab di bidang kesehatan dan keselamatan kerja RSUD;
 - k. memberikan saran dan pertimbangan berkaitan dengan tindakan korektif;
 - l. melaporkan kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan dan keselamatan kerja RSUD secara teratur kepada Direktur Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang ada di Rumah Sakit.
- (3) Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja RSUD merupakan badan nonstruktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja RSUD dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari Kepala Bagian/Kepala Bidang.

BAB XIII
SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

Pasal 83

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) adalah auditor internal BLUD yang berfungsi untuk melakukan penilaian terhadap kecukupan dan efektivitas sistem pengendalian internal BLUD, melakukan review terhadap cara pengamanan aset BLUD, menilai kehematan dan efisiensi penggunaan sumber daya, serta menilai efektivitas kegiatan operasi.
- (2) Kedudukan Satuan Pemeriksaan Internal dalam struktur organisasi Rumah Sakit berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Satuan Pemeriksaan Internal dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan dilaporkan kepada Bupati.
- (4) Standar untuk Satuan Pemeriksaan Internal, yaitu:
 - a. memiliki pendidikan dan pengetahuan yang memadai di bidang akuntansi, keuangan, manajemen dan/atau teknik operasional di bidang kegiatan rumah sakit;
 - b. memiliki pengetahuan dan pengalaman di bidang audit;
 - c. memiliki pengetahuan dan pengalaman di bidang kegiatan rumah sakit agar dapat mendukung kelancaran pelaksanaan tugas;
 - d. secara terus menerus mengembangkan pengetahuan dan keahlian dalam rangka menjamin kualitas hasil audit dan rekomendasi.
- (5) Tugas dan kewajiban SPI adalah:
 - a. membantu menciptakan sistem pengendalian intern yang efektif di RSUD dan memastikan bahwa pengendalian intern tersebut telah dipatuhi, melalui kegiatan yang telah terprogram dan terencana sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
 - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian intern yang berlaku serta pelaksanaannya disemua kegiatan, fungsi dan program RSUD yang mencakup:
 1. audit atas keuangan dan ketaatan pada Peraturan Perundang-undangan;
 2. melakukan audit operasional dan audit kepatuhan pada unit kerja perusahaan untuk meyakinkan bahwa semua kegiatan telah dilaksanakan sesuai dengan prinsip ekonomis, efisien, efektif dan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
 3. melakukan audit khusus untuk mengungkap permasalahan yang mempunyai indikasi terjadi penyalahgunaan wewenang, penggelapan, penyelewengan, dan kecurangan;

4. penilaian tentang efisiensi, efektivitas dan ekonomis dari penggunaan sarana dan prasarana serta manfaat yang direncanakan dari suatu kegiatan atau program;
 5. penilaian atas pendayagunaan dan pengembangan sumber daya manusia di BLUD;
 6. melakukan kajian terhadap kecukupan pelaksanaan manajemen risiko (*risk management*) di lingkungan BLUD;
 7. mengadakan koordinasi dan auditor eksternal;
 8. menyusun peraturan rumah sakit di bidang audit serta pedoman yang berkaitan dengan kelengkapan prosedur untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 9. menyampaikan hasil laporan audit beserta rekomendasi yang diusulkan secara tertulis kepada Direktur;
 10. memantau, mengevaluasi, dan menganalisa tindak lanjut atas rekomendasi hasil audit yang telah disetujui oleh Direktur.
- (6) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (5) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (7) Satuan Pemeriksaan Internal mempunyai fungsi sebagai berikut:
- a. melaksanakan audit secara rutin terhadap seluruh unit kerja di lingkungan RSUD;
 - b. membantu manajemen RSUD dalam hal pengamanan harta kekayaan, menciptakan akurasi sistem informasi keuangan, menciptakan efisiensi dan produktivitas, dan mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat;
 - c. memberikan rekomendasi perbaikan untuk mencapai sasaran rumah sakit secara ekonomis, efisien dan efektif;
 - d. membantu efektivitas penerapan pola tata kelola di rumah sakit;
 - e. menangani permasalahan yang berkaitan dengan indikasi terjadinya KKN (kolusi, korupsi dan nepotisme) yang menimbulkan kerugian RSUD, bekerja sama dengan unit kerja terkait.
- (8) Satuan Pemeriksaan Internal mempunyai wewenang sebagai berikut:
- a. mendapatkan akses secara penuh dan tidak terbatas terhadap unit kerja RSUD, aktivitas, catatan-catatan, dokumen, personil, aset rumah sakit, serta informasi relevan lainnya sesuai dengan tugas yang ditetapkan oleh pimpinan BLUD;
 - b. menetapkan ruang lingkup dan menerapkan teknik audit yang diperlukan untuk mencapai efektivitas sistem pengendalian intern;

- c. memperoleh bantuan, dukungan, maupun kerja sama dari personal unit kerja yang terkait, terutama dari unit kerja yang di audit;
- d. mendapatkan kerja sama penuh dari seluruh unsur pejabat pengelola rumah sakit, tanggapan terhadap laporan, dan langkah perbaikan;
- e. mendapatkan dukungan sumber daya yang memadai untuk keperluan pelaksanaan tugasnya;
- f. mendapatkan bantuan tenaga ahli, baik dari dalam maupun luar rumah sakit, sepanjang hal tersebut diperlukan dalam pelaksanaan tugasnya.

BAB XIV INSTALASI

Pasal 84

- (1) Instalasi adalah unit pelayanan nonstruktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan, dan penelitian RSUD.
- (2) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan RSUD untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (3) Pembentukan instalasi ditetapkan oleh pimpinan RSUD dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
- (4) Instalasi dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh pimpinan RSUD.
- (5) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (6) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Bupati melalui sekretaris Daerah.

BAB XV KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

Pasal 85

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Kelompok jabatan fungsional, dipimpin oleh seorang koordinator, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan fungsional di bidang masing-masing sesuai dengan keahliannya.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional dalam melaksanakan tugasnya dipimpin oleh seorang tenaga fungsional senior yang ditunjuk oleh Direktur.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

BAB XVI TATA KERJA

Pasal 86

- (1) Dalam rangka melaksanakan tugas setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan RSUD wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*crossfunction approach*) secara vertikal dan horizontal 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 yang diperlukan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggung jawab memimpin dan mengoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.
- (4) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab 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.

BAB XVII PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Bagian Kesatu Tujuan Pengelolaan

Pasal 87

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan pengambilan kebijakan yang jelas, terarah dan berkesinambungan mengenai sumber daya manusia pada suatu organisasi dalam rangka memenuhi kebutuhannya baik jumlah maupun kualitas yang paling menguntungkan sehingga organisasi dapat mencapai tujuan secara efisien, efektif dan ekonomis.

Bagian Kedua Perencanaan Pegawai

Pasal 88

- (1) Perencanaan Pegawai dilakukan untuk mengantisipasi kebutuhan penyediaan pegawai bagi RSUD.

- (2) Perencanaan pegawai dilakukan berdasarkan analisis organisasi dan analisis kebutuhan jabatan minimal untuk 5 (lima) tahun ke depan.
- (3) Dalam melakukan analisis kebutuhan organisasi harus mempertimbangkan visi, misi, tujuan dan strategi RSUD.
- (4) Dalam melakukan analisis kebutuhan jabatan harus memperhatikan hasil analisis organisasi (desain pekerjaan, analisis pekerjaan, analisis formasi jabatan, evaluasi jabatan, kompetensi jabatan, perputaran pegawai), anggaran RSUD, dan data kekuatan pegawai.

Bagian Ketiga
Pengadaan Pegawai

Pasal 89

- (1) Pengadaan pegawai dilakukan berdasarkan kebutuhan dengan menyeleksi pegawai sesuai dengan kriteria dan kompetensi yang dibutuhkan RSUD.
- (2) RSUD dapat mencari langsung ke perguruan tinggi serta sumber lain (*head hunter*) guna mendapatkan calon pegawai terbaik sesuai kebutuhan RSUD.

Bagian Keempat
Seleksi dan Program Orientasi

Pasal 90

- (1) Penerimaan pegawai dilakukan melalui proses seleksi yang transparan dan obyektif serta tidak didasarkan atas jenis kelamin, suku, agama, ras, golongan atau daerah.
- (2) Proses seleksi sekurang-kurangnya melalui seleksi administrasi, tes tertulis, wawancara, psikologi, dan tes kesehatan serta dapat melibatkan pihak luar yang bersifat independen yang ditunjuk oleh RSUD.

Bagian Kelima
Penempatan Pegawai

Pasal 91

- (1) Penempatan pegawai dilakukan sesuai dengan analisa kebutuhan dan formasi pegawai RSUD serta perjanjian kerja yang disepakati dan menganut prinsip *The Right Man at The Right Place*.
- (2) Penempatan pegawai untuk jabatan tertentu melalui mekanisme penilaian (*fit and proper test/assessment*) oleh fungsi yang ditunjuk Direktur RSUD.
- (3) Setiap pegawai harus bersedia ditempatkan dimana saja sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

- (4) Pegawai yang menolak penempatan diberikan sanksi oleh RSUD sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Bagian Keenam
Pengembangan Pegawai

Pasal 92

- (1) Pengembangan pegawai dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan yang dimaksudkan untuk mewujudkan SDM yang berkualitas, memiliki sikap dasar pengabdian serta profesionalisme, meningkatkan pengetahuan dan kompetensi pegawai, memenuhi persyaratan jabatan serta mendorong pegawai untuk berkembang guna pencapaian tujuan dan peningkatan kinerja RSUD.
- (2) Pengembangan karier dilakukan untuk mengisi jabatan di RSUD berdasarkan kompetensi jabatan dan profil kompetensi pegawai serta proyeksi jenjang karir.
- (3) Mengembangkan tenaga dokter berpendidikan Strata Satu (S1) dan Strata Dua (S2) yang potensial ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi.
- (4) Merintis kegiatan yang mengarah pada pengembangan kemampuan sumber daya manusia baik tenaga medis, paramedis, maupun administrasi melalui kegiatan penelitian, kegiatan ilmiah, diskusi panel, seminar, simposium, lokakarya, penulisan buku, studi banding, dan lain-lain.
- (5) Meningkatkan standar pendidikan tenaga administrasi yang potensial, terutama ke jenjang Diploma Tiga (D3) dan Strata Satu (S1).
- (6) Meningkatkan standar pendidikan dan kompetensi tenaga paramedis keperawatan maupun non keperawatan terutama ke jenjang Diploma Tiga, Diploma Empat dan Starata Satu serta pendidikan profesinya.
- (7) Mendorong pendidikan berbasis beasiswa bagi pegawai berstatus Pegawai Negara Sipil, dengan berkoordinasi dengan Badan Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia (BKPSDM) Kabupaten Wakatobi, Badan Kepegawaian Negara dan/atau Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, melalui program beasiswa bagi Pegawai Negeri Sipil di lingkungan RSUD, Pemerintah Daerah dan Provinsi Sulawesi Tenggara, dan/atau Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- (8) Melakukan pelatihan kepada tenaga medis dan/atau paramedis di lingkungan RSUD secara mandiri atau mengundang narasumber dari pihak luar yang berkompeten, untuk meningkatkan kapasitas dan kompetensi keahlian dalam rangka pelayanan kesehatan di RSUD.
- (9) Mengikutsertakan pelatihan kepada tenaga medis dan paramedis di lingkungan RSUD yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Wakatobi, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi

Tenggara, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, maupun organisasi profesi.

- (10) Mengikutsertakan pelatihan kepada tenaga manajerial di lingkungan RSUD untuk meningkatkan kapasitas dan kompetensi keahlian dalam rangka pertanggungjawaban manajemen dalam operasional rumah sakit.

Bagian Ketujuh Mutasi dan Pemberhentian

Pasal 93

- (1) Mutasi pegawai dapat dilakukan dalam bentuk rotasi, promosi dan demosi.
- (2) Rotasi dilakukan untuk menciptakan keseimbangan antara kemampuan tenaga kerja dan beban kerja dan mencegah terjadinya kejenuhan dalam bekerja.
- (3) Promosi dilakukan untuk memberikan pengakuan, jabatan, dan imbalan jasa yang meningkat sesuai prestasi pegawai RSUD serta memotivasi agar pegawai lebih giat bekerja.
- (4) Setiap pegawai diberikan kesempatan yang sama untuk diseleksi dan dipilih guna mengisi jabatan (promosi) sepanjang memenuhi persyaratan.
- (5) Demosi dilakukan sebagai upaya pembinaan untuk menegakkan disiplin pegawai dan meningkatkan ketaatan serta mencegah terjadinya kembali pelanggaran.
- (6) RSUD dapat melakukan *tour of duty* (mutasi) bagi pegawai yang telah bekerja selama kurun waktu disuatu bagian/bidang/instalasi tertentu sesuai ketentuan yang berlaku atau atas dasar permintaan pegawai tersebut.
- (7) Pemutusan Hubungan kerja (PHK) atau pemberhentian dapat terjadi karena permintaan pegawai sendiri atau oleh RSUD.
- (8) Pemutusan Hubungan Kerja menimbulkan hak dan kewajiban yang harus diselesaikan sesuai dengan Perjanjian Ikatan kerja dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (9) Pemutusan hubungan kerja Pejabat Pengelola dan Pegawai RSUD Kabupaten Wakatobi yang berasal dari non PNS, juga diatur lebih lanjut dengan Keputusan Bupati.

BAB XVIII PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Pasal 94

- (1) Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) 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 Medis meliputi :
- a. tercapainya kerja sama yang baik antara staf medik dengan pemilik RSUD atau yang mewakili diantara staf medis dengan Direktur;
 - b. tercapainya sinergitas antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
 - c. terciptanya tanggung jawab staf medik terhadap mutu pelayanan medis di RSUD;
 - d. untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peergroup*) 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 RSUD.

BAB XIX KEWENANGAN KLINIS

Bagian Kesatu Kewenangan Klinis

Pasal 95

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) oleh Direktur.
- (2) Kewenangan Klinis sebagaimana 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 Staf Medis Fungsional (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 RSUD.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Sub Komite Kredensial Komite Medik.

Bagian Kedua Proses Penilaian Kewenangan Klinis

Pasal 96

- (1) 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 izin praktek dari Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Wakatobi 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.

Bagian Ketiga
Pembatasan Kewenangan Klinis

Pasal 97

- (1) Komite Medik dapat memberi rekomendasi kepada Direktur agar Kewenangan Klinis anggota SMF dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Sub komite Kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota SMF tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di RSUD 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) Sub Komite 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 permohonanan tersebut kepada Sub komite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi dianggota SMF yang bersangkutan;
- c. Sub Komite Kredensial berhak memanggil anggota SMF yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membeladiri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan;
- d. Sub Komite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

Bagian Keempat Pencabutan Kewenangan Klinis

Pasal 98

- (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.

Bagian Kelima Pengakhiran Kewenangan Klinis

Pasal 99

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite 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 dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

BAB XX PENUGASAN KLINIS

Pasal 100

- (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.

BAB XXI
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 101

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan aturan profesi bagi staf medis secara tersendiri di luar Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff bylaws*).
- (2) Aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), 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.

BAB XXII
TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Pasal 102

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medik RSUD.
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis dan staf manajemen terkait melalui lokakarya dan terakhir disahkan oleh Direktur.

BAB XXIII
KERAHASIAN INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu
Kerahasiaan Pasien

Pasal 103

- (1) Setiap pegawai RSUD wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.

- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur/Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Rujukan.

Bagian Kedua
Informasi Medis

Pasal 104

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

Bagian Ketiga
Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 105

- (1) Hak pasien meliputi:
- memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di RSUD;
 - memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
 - memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
 - memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
 - mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
 - memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
 - meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik dalam maupun di luar RSUD;
 - mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data medisnya;
 - 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 RSUD apabila RSUD diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
- r. mengeluhkan pelayanan RSUD 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 RSUD;
- b. memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, *hospitalisme medikasi*/pengobatan dan hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
- c. mengikuti rencana pengobatan yang diadviskan oleh dokter termasuk instruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai perintah dokter;
- d. memperlakukan 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 RSUD;
- f. tidak membawa alkohol dan obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata ke dalam RSUD;
- g. menghormati bahwa RSUD adalah area bebas rokok;
- h. mematuhi jam kunjungan dari RSUD;
- i. meninggalkan barang berharga di rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di RSUD;
- j. memastikan bahwa kewajiban finansial atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan RSUD;
- k. melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan RSUD/dokter;
- l. bertanggung jawab atas tindakannya sendiri bila mereka

- menolak pengobatan atau advis dokternya; dan
- m. memenuhi hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.

Bagian Keempat
Hak dan Kewajiban Dokter

Pasal 106

- (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.
- (2) Kewajiban Dokter meliputi:
- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
 - b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
 - c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
 - d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
 - e. menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

Bagian Kelima
Hak dan Kewajiban RSUD

Pasal 107

- (1) Hak RSUD, meliputi :
- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi RSUD;
 - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
 - c. melakukan kerja sama 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 sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Kewajiban RSUD, meliputi :
- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan RSUD kepada masyarakat;
 - b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan RSUD;
 - c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
 - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
 - f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
 - g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di RSUD 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 pasien;
 - n. melaksanakan etika RSUD;
 - o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
 - p. melaksanakan program pemerintah di bidang 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 bylaws*);

- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas RSUD dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan RSUD sebagai kawasan tanpa rokok.

BAB XXIV KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

Pasal 108

- (1) Kebijakan, pedoman/panduan, dan prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi RSUD sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang administrasi dan sumber daya yang berwenang sebelum diterbitkan oleh Kepala Bagian Tata Usaha RSUD.
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Rujukan RSUD.
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan/atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan.
- (6) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Sub Bagian Umum dan Kepegawaian Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui salinan terkendali.
- (7) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarkhi struktural.
- (8) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bias dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (9) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar RSUD yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan Dokumen melalui catatan formulir Master List Dokumen Eksternal.

- (10) Retensi dari kebijakan, pedoman/penduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur tentang Retensi dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (11) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan master list yang dikelola oleh Sub Bagian Umum dan Kepegawaian Bagian Tata Usaha.

BAB XXV KERJA SAMA/KONTRAK

Pasal 109

- (1) Direktur menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerja sama/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;
 - b. Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Rujukan RSUD berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis;
 - c. kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjejang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi administrasi sumber daya, Kepala Bagian Tata Usaha RSUD berpartisipasi dalam seleksi

kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen.

- (5) Setelah dibubuhi paraf/fiat kepada kedua belah pihak dan kemudian 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 non material berupa keuntungan.
- (8) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa uang harus menjadi pendapatan RSUD sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (9) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa barang harus dicatat sebagai aset RSUD secara proporsional sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (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) Apabila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

BAB XXVI PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

Bagian Kesatu Perencanaan

Pasal 110

- (1) RSUD menyusun Rencana Strategis (Renstra) dan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit.
- (2) Renstra dan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian 5 (lima) tahunan dan proyeksi keuangan 5 (lima) tahunan rumah sakit.
- (3) Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan.

- (4) Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan RSUD 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 internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
- (7) Rencana pencapaian 5 (lima) tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- (8) Proyeksi keuangan 5 (lima) tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Bagian Kedua
Penganggaran

Pasal 111

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran tahunan yang berpedoman pada 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.

Bagian Ketiga
Rencana Bisnis dan Anggaran

Pasal 112

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 111 ayat (1), 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 Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Bagian Keempat Persetujuan

Pasal 113

- (1) Renstra Bisnis RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 111 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan RSUD dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan RSUD.

BAB XXVII AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN

Bagian Kesatu Akuntansi

Pasal 114

- (1) RSUD menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat setiap transaksi keuangan RSUD harus dicatat dalam dokumen pendukungnya dikelola secara tertib.
- (2) RSUD menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.
- (3) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.
- (4) RSUD mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk RSUD.

- (5) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (6) Kebijakan akuntansi RSUD digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

Bagian Kedua
Pelaporan dan Pertanggungjawaban

Pasal 115

- (1) Laporan keuangan RSUD 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 RSUD.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Setiap triwulan RSUD 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 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 kedalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

BAB XXVIII
PEMBINAAN, PENGAWASAN, EVALUASI
DAN PENILAIAN KINERJA

Bagian Kesatu
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 116

- (1) Pembinaan teknis RSUD dilakukan oleh Bupati melalui

Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan RSUD dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).

- (2) Pengawasan operasional RSUD dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah Direktur.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD selain dilakukan oleh Bupati, Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah Kabupaten Wakatobi, Internal Auditor juga dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal.

Bagian Kedua Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 117

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi RSUD.
- (2) Review/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik RSUD.
- (3) Review/perubahan Visi dan Misi RSUD diajukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi RSUD.
- (4) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Bupati.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur RSUD dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja RSUD dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (7) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan RSUD sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.
- (8) Hasil pengukuran kinerja RSUD dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Bupati.

BAB XXIX TUNTUTAN UMUM

Pasal 118

- (1) Dalam hal pegawai RSUD dituntut berkaitan dengan hukum pidana, maka itu didasarkan pada tuntutannya.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka RSUD bertanggung jawab 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 tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan.

BAB XXX
KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 119

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

BAB XXXI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 120

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Wangi-Wangi
pada tanggal 2 - 10 - 2019

BUPATI WAKATOBI,



ARHAWI

Diundangkan di Wangi-Wangi
pada tanggal 2 - 10 - 2019

Pj. SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN WAKATOBI,



LA JUMADIN

BERITA DAERAH KABUPATEN WAKATOBI TAHUN 2019 NOMOR 33