



BUPATI GUNUNGGKIDUL
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
PERATURAN BUPATI GUNUNGGKIDUL
NOMOR 59 TAHUN 2022
TENTANG
PERATURAN INTERNAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WONOSARI
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI GUNUNGGKIDUL,

- Menimbang : a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja disebutkan bahwa setiap Rumah Sakit harus menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Daerah Istimewa Yogyakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 44);

2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
3. 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 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1950 tentang Penetapan Mulai Berlakunya Undang-undang Tahun 1950 Nomor 12,13,14 dan 15 dari hal Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat, dan Daerah Istimewa Yogyakarta;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Penyelenggaraan Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
7. Peraturan Daerah Kabupaten Gunungkidul Nomor 6 Tahun 2016 tentang Urusan Pemerintahan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Gunungkidul Tahun 2016 Nomor 6);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI GUNUNGKIDUL TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WONOSARI.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari yang selanjutnya disebut RSUD Wonosari adalah RSUD Wonosari Kabupaten Gunungkidul.
2. Unit Organisasi Bersifat Khusus yang selanjutnya disingkat UOBK adalah Rumah Sakit Daerah yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian.
3. Direktur adalah Direktur RSUD Wonosari Kabupaten Gunungkidul.
4. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan Daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan Daerah pada umumnya.
5. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah aturan dasar rumah sakit yang merupakan konstitusi (Anggaran Rumah Tangga) yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
6. Peraturan Internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur staf medis di Rumah Sakit.
7. Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disingkat ASN adalah profesi bagi pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja yang bekerja pada instansi pemerintah.
8. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah warga negara Indonesia yang memenuhi syarat tertentu, diangkat sebagai Pegawai ASN secara tetap oleh pejabat pembina kepegawaian untuk menduduki jabatan pemerintahan.
9. Satuan Kerja Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat SKPD adalah unsur perangkat Daerah pada Pemerintah Daerah yang melaksanakan pemerintahan Daerah.

10. Jabatan Fungsional adalah sekelompok jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan fungsional yang berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.
11. Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan yang selanjutnya disingkat PPTK adalah pejabat pada Unit SKPD yang melaksanakan 1 (satu) atau beberapa Kegiatan dari suatu Program sesuai dengan bidang tugasnya.
12. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
13. Rencana Strategis yang selanjutnya disebut Renstra adalah dokumen perencanaan BLUD untuk periode 5 (lima) tahunan.
14. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran SKPD.
15. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
16. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
17. Tenaga Medis adalah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang merupakan Staf Medis fungsional.
18. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis di rumah sakit yang dikelompokkan sesuai bidang spesialisasinya.
19. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
20. Unit adalah unit pelayanan yang menyelenggarakan upaya kesehatan dan unit kerja yang menyelenggarakan kegiatan administrasi manajemen.
21. Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan Pelayanan Kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/atau kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi.

22. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
23. Surat Izin Praktik yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota kepada Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
24. Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
25. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
26. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
27. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
28. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
29. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
30. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran atau administrasi pelayanan guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.
31. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
32. Sekretaris Dewan Pengawas adalah orang perseorangan yang diangkat untuk mendukung penyelenggaraan tugas Dewan Pengawas.

33. Satuan Pemeriksa Internal adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
34. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
35. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang selanjutnya disingkat APBN adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan negara yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat.
36. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan Pemerintah Daerah yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.
37. Daerah adalah Kabupaten Gunungkidul.
38. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonom.
39. Bupati adalah Bupati Gunungkidul.

BAB II

MAKSUD, TUJUAN DAN FUNGSI

Pasal 2

- (1) Maksud Peraturan Internal ini adalah :
 - a. menyusun peraturan dasar yang mengatur hubungan antara Pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili, Direktur, dan Staf Medis sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas;
 - b. untuk meningkatkan kinerja layanan secara profesional kepada masyarakat;
 - c. pengorganisasian pemilik atau representasi pemilik sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - d. peran, tugas, dan kewenangan pemilik atau representasi pemilik;
 - e. peran, tugas, dan kewenangan Direktur rumah sakit;
 - f. pengorganisasian staf medis; dan
 - g. peran, tugas, dan kewenangan staf medis.

(2) Tujuan Peraturan Internal ini adalah :

a. umum

menyusun suatu tatanan peraturan dasar yang mengatur Pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili, Direktur dan Staf Medis sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas.

b. khusus :

1. menyusun pedoman Rumah Sakit dan hubungannya dengan Pemilik atau yang mewakili, Direktur dan Staf Medis.
2. memiliki pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis operasional Rumah Sakit.
3. memiliki pedoman dalam pengaturan staf medis.

Pasal 3

Fungsi Peraturan Internal adalah :

- a. sebagai acuan pemilik Rumah Sakit dalam melakukan pengawasan;
- b. sebagai acuan Direktur dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional;
- c. sarana menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu layanan;
- d. sarana perlindungan hukum;
- e. sebagai acuan penyelesaian konflik; dan
- f. memenuhi persyaratan akreditasi.

BAB III

RUANG LINGKUP DAN PRINSIP PERATURAN INTERNAL

Pasal 4

(1) Ruang lingkup Peraturan Internal Rumah Sakit terdiri dari :

- a. Peraturan Internal Korporasi;
- b. Peraturan Internal Staf Medis;
- c. manajemen pengelolaan RSUD Wonosari sebagai UOBK :
 1. pengelolaan keuangan;
 2. pengelolaan barang milik Daerah; dan
 3. pengelolaan kepegawaian.
- d. manajemen sumber daya;
- e. manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- f. manajemen budaya keselamatan kerja;
- g. manajemen pencegahan dan pengendalian infeksi;

- h. manajemen kerjasama/ kontrak;
- i. manajemen pendidikan, pelatihan dan penelitian;
- j. manajemen etik;
- k. manajemen penanganan pengaduan;
- l. manajemen budaya keselamatan;
- m. manajemen pengelolaan lingkungan dan sumber daya lain;
- n. manajemen Standar Pelayanan Minimal;
- o. evaluasi dan penilaian kinerja;
- p. informasi medis;
- q. tuntutan hukum; dan
- r. pelaksanaan Peraturan Internal Rumah Sakit.

(2) Peraturan Internal Rumah Sakit menganut prinsip-prinsip sebagai berikut :

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

BAB IV
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
Bagian Kesatu
Identitas Rumah Sakit
Pasal 5

- (1) Identitas Rumah Sakit ditetapkan sebagai berikut:
 - a. nama rumah sakit adalah RSUD Wonosari;
 - b. RSUD Wonosari merupakan UOBK di lingkungan Pemerintah Daerah untuk mendukung penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Daerah;
 - c. Alamat RSUD Wonosari adalah Jalan Taman Bhakti Nomor 06 Wonosari Kabupaten Gunungkidul, Kode Pos 55812; dan
 - d. Cap dan Stempel sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (2) RSUD Wonosari dipimpin oleh seorang Direktur yang merupakan seorang Tenaga Medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakit.

Bagian Kedua
Visi, Misi, Tujuan, Motto,
Budaya Layanan, dan Nilai-Nilai Dasar
Paragraf 1
Visi dan Misi
Pasal 6

- (1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional pada RSUD Wonosari dengan berpedoman pada visi Pemerintah Daerah dapat ditetapkan Visi RSUD Wonosari.
- (2) Sebagai upaya untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Wonosari mempunyai misi.
- (3) Misi RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.

- (4) Visi dan misi RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan oleh Dewan Pengawas dengan Arahan Bupati.

Paragraf 2

Tujuan

Pasal 7

Untuk mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 RSUD Wonosari mempunyai tujuan:

a. Tujuan :

1. umum :

terselenggaranya pelayanan yang bermutu dan terjangkau bagi masyarakat di Kabupaten Gunungkidul dan sekitarnya.

2. khusus :

a) terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh lapisan masyarakat.

b) terwujudnya derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat Kabupaten Gunungkidul.

c) terciptanya sumber daya manusia bidang kesehatan yang bermutu dan profesional dalam melaksanakan serta mengintegrasikan pelayanan pemeliharaan kesehatan, pendidikan, dan penelitian.

d) terciptanya suasana akademik yang mendukung pendidikan, penelitian, dan pelayanan pemeliharaan kesehatan yang bermutu.

Paragraf 3

Motto, Budaya Layanan, dan Nilai-Nilai

Pasal 8

- (1) Motto RSUD Wonosari adalah "Cepat, Bersih, Simpatik".
- (2) Selain motto sebagaimana dimaksud pada ayat (1) RSUD Wonosari memiliki budaya layanan "Senyum, Salam, Sapa, Sopan, Santun".

Pasal 9

- (1) RSUD Wonosari menerapkan nilai-nilai dasar "berAKHLAK" dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat (Budaya Kerja).

- (2) Nilai-nilai dasar "berAKHLAK" sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu :
- a. berorientasi pelayanan, yaitu komitmen memberikan pelayanan prima demi kepuasan masyarakat;
 - b. akuntabel, yaitu bertanggungjawab atas kepercayaan yang diberikan;
 - c. kompeten, yaitu terus belajar dan mengembangkan kapabilitas;
 - d. harmonis, yaitu saling peduli dan menghargai perbedaan;
 - e. loyal, yaitu berdedikasi dan mengutamakan kepentingan bangsa dan negara;
 - f. adaptif, yaitu terus berinovasi dan antusias dalam menggerakkan serta menghadapi perubahan; dan
 - g. kolaboratif, yaitu membangun kerja sama yang sinergis.

Pasal 10

- (1) RSUD Wonosari menerapkan Budaya Pemerintahan "SATRIYA".
- (2) Budaya Pemerintahan "SATRIYA", sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu:
- a. selaras artinya dalam kehidupan selalu menjaga kelestarian dan keseimbangan hubungan manusia dengan tuhan, alam dan sesama manusia;
 - b. akal budi luhur-jati diri artinya keluhuran jatidiri seseorang merupakan pengejawantahan perikemanusiannya;
 - c. teladan-keteladanan artinya dapat dijadikan panutan/sebagai teladan/ccontoh oleh lingkungannya;
 - d. rela melayani artinya memberikan pelayanan yang lebih dari yang diharapkan masyarakat;
 - e. inovatif artinya selalu melakukan pembaharuan yang bersifat positif kearah kemajuan individu dan kelompok; ✓
 - f. yakin dan percaya diri artinya dalam melaksanakan tugas selalu didasari atas keyakinan dan penuh percaya diri bahwa apa yang dilaksanakan akan membawa kemajuan dan manfaat baik ke intern maupun ekstern; dan
 - g. ahli-profesional artinya mempunyai kompetensi, komitmen dan prestasi pada pekerjaannya.

Bagian Ketiga
Tanggungjawab dan Wewenang Bupati
Pasal 11

- (1) Bupati sebagai pemilik RSUD Wonosari bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat Daerah.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati berwenang :
 - a. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku Representasi Pemilik;
 - b. mengesahkan Peraturan Internal Rumah Sakit;
 - c. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - d. mengevaluasi kinerja pejabat pengelola baik kinerja keuangan, maupun non keuangan melalui institusi yang ditunjuk;
 - e. memberikan arahan kebijakan rumah sakit; dan
 - f. memberikan advokasi kepada pihak manajemen dan para pekerja profesional kesehatan di RSUD Wonosari.
- (3) Bupati dapat mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur dalam melaksanakan fleksibilitas dalam rangka efisien dan efektivitas melaksanakan BLUD yang meliputi:
 - a. pengelompokan jenis pelayanan yang berlaku di RSUD Wonosari;
 - b. menetapkan formula remunerasi pada RSUD Wonosari;
 - c. melaksanakan perjanjian kerjasama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan pada RSUD Wonosari;
 - d. dalam keadaan darurat, melakukan pemenuhan kebutuhan Pegawai BLUD;
 - e. menyusun tata cara kerjasama dalam Peraturan Direktur;
 - f. melakukan publikasi visi dan misi RSUD Wonosari;
 - g. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. melakukan pengesahan evaluasi Renstra.
- (4) Kinerja pemilik merupakan bagian dalam Laporan Pertanggungjawaban Bupati dan dilakukan penilaian setiap tahun.

Bagian Keempat
Pelaksanaan Pembinaan dan Pengawasan BLUD
Pasal 12

- (1) Pemerintah Daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD Wonosari dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakit dan organisasi kemasyarakatan.
- (2) Pembinaan dan Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk:
 - a. pemenuhan kebutuhan Pelayanan Kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat;
 - b. peningkatan mutu pelayanan kesehatan;
 - c. keselamatan pasien;
 - d. pengembangan jangkauan pelayanan; dan
 - e. peningkatan kemampuan kemandirian RSUD Wonosari.
- (3) Pembina dan Pengawas RSUD Wonosari terdiri atas:
 - a. Pembina Teknis dan Pembina Keuangan;
 - b. Satuan Pemeriksa Internal; dan
 - c. Dewan Pengawas.
- (4) Pembina Teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a yaitu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.
- (5) Pembina Keuangan sebagaimana dimaksud pada Ayat (3) huruf a yaitu Badan Keuangan dan Aset Daerah (BKAD).
- (6) Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b dibentuk oleh Direktur untuk melakukan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktek bisnis yang sehat.
- (7) Pembentukan Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (6) mempertimbangkan:
 - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - b. kompleksitas manajemen; dan
 - c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.
- (8) Tugas dan persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Satuan Pemeriksa Internal mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (9) Selain Pembina dan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) pada RSUD Wonosari juga terdapat Organ yang berfungsi sebagai pembina dan pengkoordinasian/perumus kebijakan yaitu Subbagian Pembinaan Badan Usaha Milik Daerah, BLUD dan Proyeksi Pendapatan Daerah Sekretariat Daerah Kabupaten Gunungkidul yang mempunyai tugas dan fungsi:
- a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis evaluasi BLUD RSUD Wonosari;
 - b. menyiapkan bahan koordinasi kebijakan teknis evaluasi BLUD RSUD Wonosari;
 - c. menyiapkan bahan penyusunan petunjuk pelaksanaan kebijakan evaluasi RSUD Wonosari; dan
 - d. menyiapkan bahan dan melaksanakan pemantauan, evaluasi, analisis dan pelaporan kebijakan perencanaan pengembangan dan kerjasama BLUD.
- (10) Selain pembina teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a terdapat aspek non teknis perumahsakitian yang dapat dilakukan secara internal dan eksternal oleh RSUD Wonosari.
- (11) Pembinaan dan Pengawasan non teknis eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (10) dilakukan oleh Dewan Pengawas.
- (12) Pedoman pembinaan dan pengawasan RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud pada ayat (11) mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Kelima
Dewan Pengawas
Paragraf I
Umum
Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas merupakan representasi dari Pemilik RSUD Wonosari yang dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usul Direktur.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beranggotakan unsur pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD, pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah dan tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.

- (3) Keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak-banyaknya 3 (tiga) orang, terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 2 (dua) orang anggota atau Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah maksimal 5 orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (4) Dewan Pengawas bukan merupakan pegawai BLUD RSUD Wonosari.
- (5) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhalangan tetap, maka Bupati mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi Ketua hingga masa jabatan berakhir atas usulan pimpinan BLUD.
- (6) Direktur dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (7) Dewan Pengawas sebagai Representasi Pemilik RSUD Wonosari bertanggungjawab kepada Bupati.

Paragraf 2

Kedudukan, Tugas, dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Bupati.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk pada RSUD Wonosari sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di RSUD Wonosari.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (5) Dewan Pengawas mempunyai tugas:
 - a. menyetujui arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan Renstra;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

- (6) Dewan Pengawas selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (5) juga melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan RSUD Wonosari sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yaitu :
- a. memantau perkembangan kegiatan RSUD Wonosari;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan RSUD Wonosari dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola;
 - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - e. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai:
 - 1) RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - 2) permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan RSUD Wonosari; dan
 - 3) kinerja RSUD Wonosari.

Pasal 15

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan RSUD Wonosari dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal RSUD Wonosari dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD Wonosari dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di RSUD Wonosari terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik;
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSUD Wonosari;

- g. memperoleh informasi mengenai BLUD secara lengkap, tepat waktu, dan terukur;
- h. mendapatkan laporan berkala atas pengelolaan BLUD yang paling sedikit meliputi laporan keuangan dan laporan kinerja;
- i. mendapatkan laporan hasil pengawasan/pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal BLUD, auditor intern Pemerintah, auditor ekstern, dan pembina BLUD;
- j. mengetahui kebijakan dan tindakan yang dijalankan oleh Pejabat Pengelola BLUD dalam pelaksanaan kegiatan BLUD;
- k. mendapatkan penjelasan dan/atau data dari Pejabat Pengelola Badan Layanan Umum dan/ atau Pegawai mengenai kebijakan dan pelaksanaan kegiatan BLUD;
- l. memberikan persetujuan atas pengangkatan kepala Satuan Pemeriksa Internal;
- m. menghadirkan Pejabat Pengelola dalam rapat Dewan Pengawas;
- n. berkomunikasi secara langsung dengan Satuan Pemeriksa Internal;
- o. meminta Pejabat Pengelola BLUD untuk menghadirkan tenaga profesional dalam rapat Dewan Pengawas;
- p. meminta audit secara khusus kepada aparat pengawasan intern Pemerintah dan melaporkannya kepada Bupati;
- q. menunjuk kantor akuntan publik; dan
- r. melaksanakan kewenangan lainnya sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 16

Tanggung jawab representasi pemilik harus dilakukan agar RSUD Wonosari mempunyai kepemimpinan yang jelas, dapat beroperasi secara efisien, dan menyediakan Pelayanan Kesehatan bermutu tinggi yang meliputi:

- a. menyetujui dan mengkaji visi misi RSUD Wonosari secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi RSUD Wonosari;
- b. menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional RSUD Wonosari yang diperlukan untuk berjalannya RSUD Wonosari sehari-hari;
- c. menyetujui partisipasi RSUD Wonosari dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program-program tersebut;

- d. menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan RSUD Wonosari dan memenuhi misi serta rencana strategis RSUD Wonosari;
- e. melakukan evaluasi tahunan kinerja direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
- f. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- g. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis; dan
- h. melakukan pengkajian laporan manajemen risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

Paragraf 3

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas berkewajiban melaporkan hasil penilaian kinerjanya kepada Pemilik setiap 1 (satu) tahun sekali.
- (2) Penilaian kinerja diukur paling sedikit meliputi:
 - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Penilaian kinerja nonkeuangan diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

- (5) Penilaian Kinerja terhadap Dewan Pengawas dilakukan Bupati.
- (6) Penilaian didasarkan pada laporan pelaksanaan tugas dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan.

Paragraf 4

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 18

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

Paragraf 5

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak-banyaknya 3 (tiga) orang, terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 2 (dua) orang anggota atau Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah maksimal 5 orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (3) sesuai dengan realisasi pendapatan atau nilai aset.

- (2) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang memiliki:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
 - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp.500.000.000.000 (lima ratus miliar rupiah).
- (3) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang memiliki:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
 - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).

Pasal 20

- (1) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (2) terdiri atas unsur:
 - a. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi kegiatan perumahsakitian;
 - b. 1 (satu) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (2) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (3) terdiri atas unsur:
 - a. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi kegiatan perumahsakitian;
 - b. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (3) Tenaga Ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan ayat (2) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional dan/atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan Rumah Sakit.
- (4) Pengangkatan Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola di angkat.

- (5) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat:
- a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan Rumah Sakit;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
 - d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi Rumah Sakit;
 - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
 - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2);
 - h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpinnya dinyatakan pailit;
 - i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon Bupati atau calon wakil Bupati, dan/atau calon anggota legislatif.

Paragraf 6

Tata Kerja Dewan Pengawas

Pasal 21

- (1) Tata Kerja Dewan Pengawas dan Manajemen bersifat dinamis dan selalu berkembang.
- (2) Penyempurnaannya sangat tergantung kepada kebutuhan Manajemen dan Dewan Pengawas dalam pengelolaan Rumah Sakit dengan prinsip:
 - a. Dewan Pengawas menghormati tugas dan wewenang Manajemen dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana telah diatur dalam peraturan perundang-undangan;
 - b. Manajemen menghormati tugas dan wewenang Dewan Pengawas untuk melakukan pengawasan dan memberikan nasihat terhadap kebijakan pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - c. Setiap hubungan kerja antara Manajemen dengan Dewan Pengawas merupakan hubungan yang bersifat formal kelembagaan, dalam arti senantiasa dilandasi oleh suatu mekanisme baku atau korespondensi yang dapat dipertanggungjawabkan;

- d. Hubungan Kerja Informal tidak dapat dijadikan sebagai dasar pengambilan keputusan;
- e. Dewan Pengawas berhak memperoleh informasi Rumah Sakit secara tepat waktu, lengkap, terukur, dan akurat;
- f. Manajemen bertanggung jawab atas penyampaian informasi Rumah Sakit kepada Dewan Pengawas secara tepat waktu, lengkap, terukur dan akurat.

Paragraf 7
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 22

- (1) Dalam rangka mendukung penyelenggaraan tugas Dewan Pengawas, diangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas memiliki tugas membantu Dewan Pengawas untuk:
 - a. menyelenggarakan tugas kesekretariatan Dewan Pengawas;
 - b. membuat dan mendokumentasikan risalah rapat Dewan Pengawas, termasuk mencatat setiap keputusan yang dihasilkan dalam forum-forum pengambilan keputusan;
 - c. membantu menyusun program kerja, laporan, pendapat, kajian, dan saran Dewan Pengawas;
 - d. menyiapkan penyelenggaraan rapat Dewan Pengawas, termasuk mengkoordinasi kehadiran peserta rapat dan menyiapkan daftar hadir serta bahan-bahan rapat;
 - e. mengumpulkan data atau informasi yang relevan dengan pelaksanaan tugas Dewan Pengawas; dan
 - f. melaksanakan kegiatan-kegiatan lain yang mendukung pelaksanaan tugas Dewan Pengawas.
- (3) Pengangkatan Sekretaris Dewan Pengawas harus mempertimbangkan kemampuan keuangan RSUD Wonosari dan beban tugas Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.
- (5) Sekretaris Dewan Pengawas diangkat dari pegawai RSUD Wonosari, dengan memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. memiliki integritas, dedikasi, itikad baik, dan rasa tanggung jawab;

- b. dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya; dan
- c. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan Keuangan Negara.

Paragraf 8

Pembiayaan dan Operasional Dewan Pengawas

Pasal 23

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Anggaran BLUD RSUD Wonosari dan dimuat dalam RBA sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan.

Paragraf 9

Rapat Dewan Pengawas

Pasal 24

- (1) Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi (Pejabat Pengelola) , Komite-Komite dan pihak lain tertentu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu;
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 25

- (1) Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit tiga orang anggota Dewan Pengawas.

- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 26

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

Paragraf 10

Undangan Rapat

Pasal 27

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

Paragraf 11

Peserta Rapat

Pasal 28

Setiap Rapat Rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Direksi dan Komite Medik serta pihak lain yang ada di lingkungan RSUD Wonosari dan/atau diluar lingkungan RSUD Wonosari apabila diperlukan.

Pasal 29

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.

- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berkewajiban melaporkan keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Paragraf 12

Kuorum

Pasal 30

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

Paragraf 13

Risalah Rapat

Pasal 31

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah Rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Paragraf 14

Pemungutan Suara

Pasal 32

- (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.

Paragraf 15
Pembatalan Putusan Rapat
Pasal 33

- (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 ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Bagian Keenam
Susunan Organisasi, Kedudukan, Tugas, Fungsi, dan Tata Kerja

Paragraf 1
Struktur Organisasi
Pasal 34

- (1) Struktur organisasi menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (2) Prosedur kerja menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi logis menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan rentang kendali dan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.
- (4) Pengelompokan sumber daya manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif berdasarkan kompetensi untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif, efisien dan produktif.

- (5) Kepala Bidang/Bagian merupakan para pimpinan di RSUD Wonosari yang diberi sejumlah tanggungjawab secara keseluruhan untuk mengantarkan RSUD Wonosari dalam mencapai misinya dalam lingkup Bidang/Bagian masing-masing.

Paragraf 2

Pejabat Pengelola

Pasal 35

- (1) Pejabat Pengelola RSUD Wonosari terdiri dari:
- a. Direktur
 - b. Bagian Tata Usaha yang terdiri dari:
 1. Subbagian Umum;
 2. Subbagian Kepegawaian; dan
 3. Subbagian Data dan Rekam Medis.
 - c. Bidang Perencanaan dan Keuangan yang terdiri dari :
 1. Seksi Perencanaan; dan
 2. Seksi Keuangan.
 - d. Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan terdiri dari:
 1. Seksi Pelayanan Medis; dan
 2. Seksi Pelayanan Keperawatan.
 - e. Bidang Pelayanan Penunjang Medik dan Non Medik terdiri dari :
 1. Seksi Pelayanan Penunjang Medik; dan
 2. Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik.
 - f. Kelompok Jabatan Fungsional.
- (2) Pejabat Pengelola RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang memangku jabatan rangkap sebagai:
- a. Direksi BUMN;
 - b. Direksi pada Rumah Sakit Swasta; dan
 - c. jabatan lain yang berhubungan dengan pengurusan perusahaan.
- (3) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bertanggungjawab kepada Bupati terhadap operasional, Pengelolaan Keuangan dan Barang Milik Daerah serta Bidang Kepegawaian.
- (4) Kepala Bagian, Kepala Bidang, dan Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, huruf c, huruf d, huruf e, dan huruf f bertanggungjawab kepada Direktur sesuai tanggungjawab masing-masing.

- (5) Susunan Pejabat Pengelola RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (6) Perubahan susunan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan oleh Bupati.
- (7) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola RSUD Wonosari ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (8) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (7) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatannya.
- (9) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (7) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan RSUD Wonosari.
- (10) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (11) RSUD Wonosari menetapkan struktur organisasi internal meliputi Komite, Instalasi, Ruang, Unit, Koordinator dan Unit Organisasi lain serta tata hubungan kerja dengan para Pimpinan di RSUD Wonosari sesuai dengan kebutuhan RSUD Wonosari.
- (12) Struktur Organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (11) dapat mendukung proses budaya kerja manajemen rumah sakit, budaya keselamatan pasien dalam manajemen klinis di RSUD Wonosari dan komunikasi antar profesi.
- (13) Struktur Organisasi dapat mendukung proses perencanaan pelayanan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan.
- (14) Struktur Organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi.
- (15) Struktur Organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas mutu pelayanan klinis.
- (16) Dalam menjamin manajemen mutu dan keselamatan pasien, Direktur dibantu oleh Manajer Pelayanan Pasien.
- (17) Manajer Pelayanan Pasien diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.

- (18) Dalam rangka mewujudkan pelayanan klinis dan manajemen RSUD Wonosari sehari-hari agar lebih efektif dan efisien maka RSUD Wonosari dibagi menjadi subkelompok yang kohesif yaitu Instalasi, Kelompok Staf Medis, Kelompok Staf Keperawatan, Kelompok Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dan Komite-Komite atau jenis layanan tertentu yang berada di bawah arahan pimpinan pelayanan yang disebut organisasi pelaksana dan/atau Instalasi.
- (19) Subkelompok sebagaimana dimaksud pada ayat (18) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (20) Dalam pelaksanaan pelayanan Instalasi dapat terdiri dari unit sesuai dengan kebutuhan RSUD Wonosari.
- (21) Unit sebagaimana dimaksud pada ayat (20) dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan RSUD Wonosari.

Paragraf 3

Kedudukan Pejabat Pengelola

Pasal 36

- (1) Untuk melaksanakan kegiatan operasional rumah sakit sehari-hari Bupati menetapkan Direktur yang dibantu Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Subbagian, Kepala Seksi, dan Kelompok Jabatan Fungsional
- (2) Direktur merupakan pimpinan tertinggi di RSUD Wonosari yang ditetapkan oleh Bupati selaku Pemilik.
- (3) Direktur bertanggungjawab untuk menjalankan misi RSUD Wonosari yang sudah ditetapkan oleh Pemilik atau Representasi Pemilik serta menyusun regulasi pelayanan dan manajemen untuk menjalankan rumah sakit.

Paragraf 4

Persyaratan Pejabat Pengelola

Pasal 37

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :

- a. seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahnyasakit dan tidak boleh dirangkap oleh Pemilik rumah sakit serta berkewarganegaraan Indonesia;

- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian RSUD Wonosari;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus PNS atau Non PNS;
- e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan dan bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan dan menjalankan praktik bisnis yang sehat di RSUD Wonosari;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus PNS;
- g. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Paragraf 5

Tugas, Fungsi dan Kewenangan Direktur

Pasal 38

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud Pasal 35 ayat (1) huruf a mempunyai tugas:
 - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan RSUD Wonosari agar lebih efisien dan produktif;
 - b. merumuskan penetapan kebijakan teknis RSUD Wonosari serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Bupati;
 - c. menyusun Renstra;
 - d. menyiapkan RBA;
 - e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Bupati sesuai dengan ketentuan;
 - f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan RSUD Wonosari selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundangan-undangan;
 - g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan RSUD Wonosari yang dilakukan oleh Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional dan keuangan, Barang Milik Daerah serta bidang kepegawaian Rumah Sakit kepada Bupati; dan

- h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Bupati sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Direktur dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan.

Pasal 39

Direktur memiliki fungsi :

- a. perumusan kebijakan dibidang Pelayanan Kesehatan dan prosedur yang dibutuhkan untuk menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dijalankan;
- b. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan kesehatan;
- c. pemberian arahan dan petunjuk teknis serta pengelolaan dibidang pelayanan kesehatan;
- d. pemberian arahan dan petunjuk teknis pemasaran dan informasi pelayanan kesehatan;
- e. penandatanganan naskah dinas keluar;
- f. penyelenggaraan kerjasama dengan pihak lain;
- g. peninjauan Falsafah, Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, Nilai-nilai Dasar, Budaya Layanan, dan Budaya Kerja RSUD Wonosari secara berkala minimal sekali dalam 5 (lima) tahun;
- h. pengumuman visi RSUD Wonosari kepada publik;
- i. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas;
- j. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Bupati.

Pasal 40

Uraian tugas, tanggungjawab dan wewenang Direktur :

- a. mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait dengan rumah sakit;
- b. menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan;
- c. menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan;
- d. menetapkan regulasi Rumah Sakit;

- e. menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
- f. menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
- g. menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- h. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di Rumah Sakit;
- i. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
- j. menetapkan regulasi rumah sakit meliputi peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit;
- k. mengusulkan formasi pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. melakukan seleksi penerimaan pegawai non ASN baik internal maupun bekerjasama dengan pihak eksternal, mengangkat dan memberhentikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- m. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- n. memberikan penghargaan kepada pegawai, yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
- o. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- p. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dibawah Direktorat kepada Bupati;
- q. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;
- r. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- s. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- t. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
- u. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola dibawah Direktur;
- v. mengusulkan Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit dan Rencana Mutu serta Keselamatan pasien kepada Kepala Daerah;

- w. Kelengkapan bahan kerja yang diterima dan kelengkapan peralatan kerja;
- x. Kuantitas, kualitas hasil kerja dan kerahasiaan hasil kerja;
- y. Mematuhi Perundang-undangan yang berlaku;
- z. Menjalankan visi dan misi rumah sakit yang telah ditetapkan;
- aa. Menetapkan kebijakan rumah sakit;
- bb. Memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang telah dilakukan oleh Regulator;
- cc. Mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan, dan sumber daya lainnya;
- dd. Merekomendasikan sejumlah kebijakan, Renstra, dan anggaran kepada Representatif pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapat persetujuan; dan
- ee. Menetapkan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit, yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas rumah sakit.

Pasal 41

- (1) Dalam menjalankan fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan, Direktur bertindak selaku Kuasa Pengguna Anggaran atau selaku yang menerima pelimpahan kewenangan Pengguna Anggaran dari Kepala Dinas Kesehatan, serta mempunyai tugas dan kewenangan:
 - a. menyusun Rencana Kerja dan Anggaran;
 - b. menyusun DPA;
 - c. menandatangani Surat Perintah Membayar;
 - d. mengelola utang dan piutang Daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - e. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
 - f. menetapkan PPTK dan pejabat penatausahaan keuangan; dan
 - g. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan Daerah.
- (2) Selain menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur bertindak sebagai Kuasa Pengguna Barang.

Pasal 42

- (1) Dalam hal Direktur berasal dari unsur PNS, PNS, maka yang bersangkutan merupakan Kuasa Pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna Barang Milik Daerah.
- (2) Dalam hal Direktur berasal dari unsur non PNS, maka yang bersangkutan bukan merupakan Kuasa Pengguna Anggaran dan bukan Kuasa Pengguna Barang Milik Daerah.
- (3) Dalam hal Direktur bukan PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka yang menjadi Kuasa Pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna Barang Daerah adalah Pejabat Keuangan yang berasal dari unsur PNS.

Paragraf 6

Pemberhentian Direktur

Pasal 43

Direktur dapat diberhentikan karena :

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan secara tetap tanpa keterangan sekurang-kurangnya 46 (empat puluh enam) hari secara terus menerus dalam satu tahun;
- c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik sesuai standar kinerja yang diatur dalam peraturan perundang-undangan;
- d. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah ditetapkan;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan/atau
- f. terbukti terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih berdasarkan keputusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.

Paragraf 7

Evaluasi Kinerja Direktur

Pasal 44

- (1) Evaluasi Kinerja Direktur :
 - a. Evaluasi Kinerja Direktur berdasarkan pencapaian kinerja dan mutu Rumah Sakit berdasarkan Rencana Bisnis Anggaran (RBA);
 - b. Evaluasi kinerja Direktur terdiri dari pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu non keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP); dan

- c. Dewan Pengawas diberikan delegasi oleh Bupati untuk melakukan evaluasi kinerja Direktur paling sedikit dalam 1 (satu) tahun sekali.

Bagian Ketujuh

Kepala Bagian dan/atau Kepala Bidang

Paragraf 1

Umum

Pasal 45

- (1) Bupati menetapkan Kepala Bagian dan/atau Kepala Bidang RSUD Wonosari dan secara bersama bertanggungjawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.
- (2) Kepala Bagian dan/atau Kepala Bidang bertanggungjawab kepada Direktur, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang meliputi:
 - a. Unsur pimpinan tata usaha;
 - b. Unsur pimpinan perencanaan dan keuangan;
 - c. Unsur pimpinan pelayanan medis dan keperawatan; dan
 - d. Unsur pimpinan pelayanan penunjang medik dan non medik.
- (3) Kualifikasi jabatan untuk para Kepala Bagian dan/atau Kepala Bidang tersebut sesuai dengan persyaratan.
- (4) Kepala Bagian dan/atau Kepala Bidang terlibat dalam mendefinisikan-operasionalkan misi RSUD Wonosari, dan berdasarkan atas misi tersebut, Kepala Bagian dan/atau Kepala Bidang bekerjasama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Paragraf 2

Persyaratan Jabatan, Tugas dan Fungsi

Kepala Bagian/Bidang

Pasal 46

- (1) Persyaratan Jabatan Kepala Bagian dan/atau Kepala Bidang:
 - a. berstatus PNS;
 - b. serendah-rendahnya memiliki 1 (satu) tingkat dibawah jenjang pangkat yang ditentukan;

- c. memiliki kualifikasi dan tingkat pendidikan minimal sarjana dan/atau sarjana terapan;
 - d. semua unsur penilaian prestasi kerja sekurang-kurangnya bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir; dan
 - e. memiliki kompetensi jabatan yang diperlukan.
- (2) Uraian Tugas dan Fungsi Kepala Bagian/Bidang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 3

Evaluasi Kinerja Kepala Bagian dan/atau Kepala Bidang

Pasal 47

- (1) Evaluasi kinerja Kepala Bagian/Bidang dinilai oleh Direktur.
- (2) Evaluasi Kinerja Kepala Bagian/Bidang berdasarkan pencapaian kinerja.
- (3) Evaluasi kinerja Kepala Bagian/Bidang terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai.

Bagian Kedelapan

Kepala Subbagian/Seksi

Paragraf 1

Umum

Pasal 48

- (1) Pemilik menetapkan Kepala Subbagian/Seksi RSUD Wonosari dan secara Bersama-sama bertanggungjawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.
- (2) Kepala Subbagian/Seksi bertanggungjawab kepada Direktur sesuai peraturan perundang-undangan.
- (3) Kualifikasi jabatan untuk para Kepala Subbagian/Seksi tersebut sesuai dengan persyaratan.
- (4) Para Kepala Subbagian/Seksi terlibat dalam mendefinisi-operasionalkan misi RSUD Wonosari, dan berdasarkan atas misi tersebut, para Kepala Subbagian/Seksi bekerjasama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Paragraf 2
Persyaratan Jabatan, Tugas dan Fungsi
Kepala Subbagian/Seksi
Pasal 49

- (1) Persyaratan Jabatan Kepala Subbagian/Seksi:
 - a. berstatus PNS;
 - b. serendah-rendahnya memiliki 1 (satu) tingkat dibawah jenjang pangkat yang ditentukan;
 - c. memiliki kualifikasi dan tingkat pendidikan minimal Diploma III (tiga);
 - d. semua unsur penilaian prestasi kerja sekurang-kurangnya bernilai baik dalam 2 (dua) Tahun terakhir; dan
 - e. memiliki kompetensi jabatan yang diperlukan.
- (2) Uraian Tugas dan Fungsi Kepala Subbagian/Seksi dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesembilan
Organisasi Pendukung
Paragraf 1
Umum
Pasal 50

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan di RSUD Wonosari dapat dibentuk Organisasi Pendukung yang merupakan unit pelayanan nonstruktural.
- (2) Pembentukan, perubahan jumlah dan jenis Organisasi Pendukung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kemampuan RSUD Wonosari.
- (3) Organisasi Pendukung sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang Kepala yang menduduki jabatan fungsional serta diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Organisasi Pendukung mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyelenggarakan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.

Pasal 51

Kepala Organisasi Pendukung mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan kepada Direktur.

Paragraf 2

Kelompok Jabatan Non Struktural

Pasal 52

- (1) Selain Jabatan Struktural di RSUD Wonosari dapat dibentuk Satuan Organisasi yang bersifat Non Struktural yang bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Kelompok Jabatan Non Struktural sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Satuan Pemeriksa Internal;
 - b. Komite;
 - c. Instalasi;
 - d. Unit;

Paragraf 3

Satuan Pemeriksa Internal

Pasal 53

- (1) Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 ayat (2) huruf a merupakan unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktik bisnis yang sehat.
- (2) Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 54

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 ayat (1), Satuan Pemeriksa Internal mempunyai juga tugas membantu manajemen untuk :

- a. pengamanan harta kekayaan;
- b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
- c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
- d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktik bisnis yang sehat.

Pasal 55

Untuk dapat diangkat sebagai Satuan Pemeriksa Internal yang bersangkutan harus mempunyai syarat :

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

Paragraf 4

Komite

Pasal 56

- (1) Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 ayat (2) huruf b merupakan unsur organisasi yang mempunyai tanggung jawab untuk menerapkan tata kelola yang baik dan untuk penyelenggaraan fungsi tertentu di RSUD Wonosari sesuai kebutuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari :
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan;

- c. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
- d. Komite Mutu Rumah Sakit;
- e. Komite Etik dan Hukum;
- f. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- g. Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba;
- h. Komite Farmasi dan Terapi;
- i. Komite Rekam Medis; dan
- j. Komite Etik Penelitian.

Paragraf 5
Komite Medik
Pasal 57

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 ayat (2) huruf a merupakan organisasi nonstruktural di RSUD Wonosari yang dibentuk dengan Keputusan Direktur sebagai perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan Staf Medis.
- (3) Komite Medik berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur, meliputi hal-hal yang berkaitan dengan :
 - a. mutu pelayanan medis;
 - b. pembinaan etik kedokteran; dan
 - c. pengembangan profesi medis.
- (4) Komite Medik mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (5) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan bagi Komite Medik untuk melaksanakan fungsinya.

Paragraf 6
Komite Keperawatan
Kedudukan Komite Keperawatan
Pasal 58

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 ayat (2) huruf b merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Kebijakan prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas fungsi dan wewenang Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Peraturan internal staf keperawatan disusun oleh Komite Keperawatan dan disahkan oleh Direktur.
- (4) Penetapan sebagai ketua Komite Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur untuk masa bakti 3 (tiga) tahun.
- (5) Komite keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 59

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sebagai berikut:
 - a. Ketua Komite Keperawatan.
 - b. Sekretaris Komite Keperawatan.
 - c. Sub Komite Keperawatan yang terdiri dari :
 1. Sub Komite Kredensial;
 2. Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan; dan
 3. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.
 - d. Anggota.
- (2) Jumlah personil anggota Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d disesuaikan dengan jumlah staf keperawatan di RSUD Wonosari.

Pasal 60

- (1) Seseorang yang dapat diangkat menjadi anggota Komite Keperawatan adalah staf keperawatan/kebidanan fungsional yang bekerja di RSUD Wonosari dan memenuhi beberapa persyaratan yang ditetapkan RSUD Wonosari.

- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan:
 - a. sikap profesional;
 - b. reputasi;
 - c. perilaku; dan
 - d. memperhatikan usulan dari Kelompok Fungsional Keperawatan.
- (3) Ketua Komite Keperawatan ditunjuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Sekretaris Komite Keperawatan, Ketua Sub Komite, ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Keperawatan.
- (5) Pengangkatan dan pemberhentian anggota Komite Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 61

- (1) Persyaratan Ketua Komite Keperawatan :
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan perumahsakitannya;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya;
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi; dan
 - g. mempunyai pengalaman sebagai anggota/staf komite keperawatan.
- (2) Dalam menentukan Ketua Komite Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan Pengawas.

Pasal 62

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme staf keperawatan yang bekerja di RSUD Wonosari dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di RSUD Wonosari;
 - b. memelihara mutu profesi staf keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku staf keperawatan.
- (2) Pedoman pelaksanaan tugas Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 63

- (1) Dalam melaksanakan tugas kredensial, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih ;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
 - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
 - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.
- (2) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf keperawatan, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a. menyusun data dasar profil staf keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan staf keperawatan;
 - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesional staf keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi staf keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi staf keperawatan;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

Pasal 64

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan memiliki wewenang :

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;

- b. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi 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;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan; dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin;

Pasal 65

- (1) Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia *ad hoc* dari mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya Komite Keperawatan wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite Medik, Bagian, Bidang, dan Instalasi terkait.
- (3) Kepengurusan Komite Keperawatan berhak memperoleh insentif sesuai dengan aturan dan kebijakan RSUD Wonosari.
- (4) Pelaksanaan kegiatan Komite Keperawatan didanai dengan anggaran BLUD RSUD Wonosari sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pasal 66

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Keperawatan dilakukan oleh Dewan Pengawas RSUD Wonosari dan Direktur dengan melibatkan organisasi profesi terkait.
- (2) Pembinaan dan pengawasan diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Keperawatan dalam rangka menjamin mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta keselamatan pasien di RSUD Wonosari.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

Paragraf 7
Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
Pasal 67

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 ayat (2) huruf c merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari :
 - a. Tenaga Kefarmasian :
 1. Apoteker; dan
 2. Tenaga Teknis Kefarmasian.
 - b. Tenaga Gizi :
 1. Nutrisisionis (Ahli Gizi); dan
 2. Dietisien.
 - c. Tenaga Kesehatan Lingkungan;
 - d. Fisioterapis;
 - e. Okupasi Terapi;
 - f. Perekam Medis dan Informasi Kesehatan;
 - g. Ahli Teknologi Laboratorium Medik;
 - h. Teknisi Pelayanan Darah;
 - i. Terapis Gigi dan Mulut;
 - j. Radiografer; dan
 - k. Elektromedis dan Pembimbing Kesehatan Kerja.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf Tenaga Kesehatan lainnya.
- (3) Kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas fungsi dan wewenang Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan dengan Keputusan Direktur untuk masa bakti 3 (tiga) tahun.
- (5) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditunjuk oleh Direktur
- (6) Sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, Ketua Sub Komite dan anggota, ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (7) Pengangkatan dan pemberhentian anggota Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 68

- (1) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Subkomite; dan
 - d. Anggota.
- (2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan:
 - a. sikap profesional;
 - b. kompetensi;
 - c. pengalaman kerja;
 - d. reputasi;
 - e. perilaku; dan
 - f. usulan dari masing-masing profesi.
- (3) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari :
 - a. subkomite kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.

Pasal 69

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme Tenaga Kesehatan lainnya dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh Tenaga Kesehatan lainnya yang akan melakukan pelayanan di RSUD Wonosari;
 - b. memelihara mutu profesi Tenaga Kesehatan lainnya; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku Tenaga Kesehatan lainnya masing-masing profesi.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis masing-masing Tenaga Kesehatan lain dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan masing-masing Tenaga Kesehatan lain;

- d. merekomendasikan pemulihan kewenangan masing-masing Tenaga Kesehatan lain;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain untuk diteruskan kepada Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut :
- a. menyusun data dasar profil Tenaga Kesehatan lain sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan Tenaga Kesehatan lain;
 - c. melakukan audit Tenaga Kesehatan lain;
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan; dan
 - e. membuat laporan kegiatan dan menyampaikannya kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi Tenaga Kesehatan lainnya, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut :
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi Tenaga Kesehatan lain;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi Tenaga Kesehatan lain;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan kesehatan lain;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis Tenaga Kesehatan lain; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan kesehatan lain.

Pasal 70

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berwenang :
- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis Tenaga Kesehatan lain;
 - b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis

- Tenaga Kesehatan lain;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis Tenaga Kesehatan lain tertentu;
 - d. memberikan rekomendasi surat penugasan Tenaga Kesehatan lain;
 - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit Tenaga Kesehatan lain;
 - f. memberikan rekomendasi pendidikan Tenaga Kesehatan lain berkelanjutan; dan
 - g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 71

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat dibantu oleh Panitia *Adhoc*.
- (2) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (3) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari Tenaga Kesehatan lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Tenaga Kesehatan Lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Tenaga Kesehatan Lainnya intern RSUD Wonosari yang bersertifikat, Rumah sakit lain, organisasi profesi masing-masing tenaga kesehatan, dan/atau institusi pendidikan Tenaga Kesehatan sesuai dengan profesi masing-masing.
- (5) Kepengurusan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berhak memperoleh insentif sesuai dengan aturan dan kebijakan RSUD Wonosari.
- (6) Pelaksanaan kegiatan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dibiayai dengan anggaran BLUD RSUD Wonosari sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pasal 72

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Tenaga kesehatan Lainnya dilakukan oleh Dewan Pengawas dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dalam rangka menjamin mutu pelayanan, serta keselamatan pasien di RSUD Wonosari
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

Paragraf 8

Komite Mutu Rumah Sakit

Kedudukan

Pasal 73

- (1) Untuk memberikan Pelayanan Kesehatan yang bermutu dan menjamin keselamatan pasien (*patient safety*) di RSUD Wonosari, maka perlu dibentuk Komite Mutu Rumah Sakit.
- (2) Komite Mutu Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (3) Komite Mutu Rumah Sakit berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Kebijakan prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas fungsi dan wewenang Komite Mutu Rumah Sakit ditetapkan oleh Direktur.
- (5) Komite Mutu Rumah Sakit ditetapkan dengan Keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun.

Pasal 74

Susunan Komite Mutu Rumah Sakit sebagai berikut:

- a. Ketua Komite Mutu Rumah Sakit
- b. Sekretaris Komite Mutu Rumah Sakit
- c. Sub Komite Mutu Rumah Sakit yang terdiri dari :
 1. Sub Komite Peningkatan Mutu;
 2. Sub Komite Keselamatan Pasien; dan
 3. Sub Komite Manajemen Risiko.

Pasal 75

- (1) Komite Mutu Rumah Sakit bertugas membantu Direktur dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di RSUD Wonosari.
- (2) Pedoman pelaksanaan tugas Komite Mutu Rumah Sakit ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Tugas masing-masing Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut ;
 - a. Sub Komite Peningkatan Mutu :
 1. mengelola program-program Peningkatan Mutu Rumah Sakit;
 2. sebagai pusat informasi peningkatan mutu;
 3. menetapkan program dan kerangka acuannya;
 4. mengolah dan menyajikan data yang berkaitan dengan Peningkatan Mutu Rumah Sakit;
 5. membuat dan menyampaikan Laporan Peningkatan Mutu Rumah Sakit yang terdiri dari Indikator Nasional Mutu, Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit, Indikator Mutu Prioritas Unit dan laporan kepatuhan Alur Klinis (*Clinical Pathway*); dan
 6. melakukan evaluasi program Peningkatan Mutu Rumah Sakit.
 - b. Sub Komite Keselamatan Pasien :
 1. mengelola program-program Keselamatan Pasien;
 2. sebagai pusat informasi Keselamatan Pasien;
 3. menetapkan program dan kerangka acuannya;
 4. menetapkan alur dan tatalaksana pencatatan dan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien;
 5. membuat dan menyampaikan *Incident Report* ;
 6. menyelenggarakan pelatihan tentang keselamatan pasien Rumah Sakit;
 7. mengembangkan sistem teknologi dan informasi pencatatan dan pelaporan internal tentang insiden (kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera, kejadian potensial cedera dan kejadian sentinel) yang terjamin kerahasiaannya;
 8. melakukan pelaporan insiden dan solusi masalah kepada Direktur; dan
 9. melakukan Analisa akar masalah pada kejadian sentinel dan melaporkannya kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien.
 - c. Sub Komite Manajemen Risiko :

1. mengelola program Manajemen Risiko;
2. sebagai pusat informasi manajemen risiko;
3. menetapkan program dan kerangka acuannya;
4. menetapkan alur dan tata laksana pencatatan dan pelaporan Manajemen Risiko;
5. menyusun daftar risiko rumah sakit dan memfasilitasi tersusunnya daftar risiko prioritas Rumah Sakit; dan
6. memberikan rekomendasi kepada unit Rumah Sakit yang lain, berkaitan dengan pengelolaan risiko di unit masing-masing.

Paragraf 9

Komite Etik dan Hukum

Umum

Pasal 76

- (1) Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 ayat (2) huruf e yang selanjutnya disebut Komite Etik dan Hukum adalah unsur organisasi nonstruktural yang membantu Direktur untuk penerapan etika Rumah Sakit dan hukum perumahsakitian.
- (2) Komite Etik dan Hukum dibentuk oleh Direktur melalui Surat Keputusan.
- (3) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Pembentukan Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kebutuhan dan ketersediaan sumber daya yang dimiliki oleh RSUD Wonosari.

Pasal 77

- (1) Susunan organisasi Komite Etik dan Hukum paling sedikit terdiri atas:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota.
- (2) Ketua dan sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b merangkap sebagai anggota.
- (3) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a tidak merangkap jabatan lain di RSUD Wonosari.

- (4) Selain susunan organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dibentuk subkomite etik penelitian sesuai dengan kebutuhan RSUD Wonosari.

Pasal 78

- (1) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum paling sedikit terdiri atas:
- a. Tenaga Medis;
 - b. tenaga keperawatan;
 - c. Tenaga Kesehatan lain;
 - d. unsur yang membidangi mutu dan keselamatan pasien;
 - e. unsur administrasi umum dan keuangan, pengelola pelayanan hukum; dan
 - f. unsur administrasi umum dan keuangan, pengelola sumber daya manusia.
- (2) Jumlah personil keanggotaan Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kemampuan RSUD Wonosari.
- (3) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a sampai dengan huruf d diusulkan oleh masing-masing komite.
- (4) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan huruf f diusulkan oleh pimpinan unit sumber daya manusia di RSUD Wonosari.
- (5) Dalam hal dibutuhkan, keanggotaan Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan unsur masyarakat.

Pasal 79

Keanggotaan Komite Etik dan Hukum diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.

Pasal 80

- (1) Untuk diangkat menjadi anggota Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 79 harus memenuhi persyaratan:
- a. tidak pernah melakukan perbuatan tercela;
 - b. sehat jasmani dan rohani;
 - c. memiliki pengetahuan dan/atau pengalaman bekerja di bidang etik dan/atau hukum;
 - d. mengikuti pelatihan etik dan hukum rumah sakit;

- e. bersedia bekerja sebagai anggota Komite Etik dan Hukum; dan
 - f. memiliki kepedulian dan kepekaan terhadap masalah etik, hukum, sosial lingkungan dan kemanusiaan.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d dapat dipenuhi paling lambat 1 (satu) tahun setelah diangkat menjadi anggota Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit.

Pasal 81

- (1) Direktur dapat memberhentikan anggota Komite Etik dan Hukum sebelum habis masa kerjanya disertai dengan alasan pemberhentian.
- (2) Alasan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. tidak melaksanakan tugas dan fungsi Komite Etik dan Hukum;
 - b. melanggar Kode Etik Rumah Sakit (*Code of Conduct*);
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD Wonosari; dan/atau
 - d. dipidana karena melakukan tindak pidana kejahatan berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (3) Pemberhentian anggota Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada ketua dan/atau anggota yang diberhentikan.

Pasal 82

Ketentuan mengenai tata cara pengangkatan dan pemberhentian anggota Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 79, Pasal 80, Pasal 81 dan masa kerja keanggotaan Komite Etik dan Hukum ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 83

- (1) Komite Etik dan Hukum bertugas meningkatkan dan menjaga kepatuhan penerapan etika dan hukum di RSUD Wonosari, dengan cara:
- a. menyusun Kode Etik Rumah Sakit (*Code of Conduct*);
 - b. menyusun pedoman Etika Pelayanan;
 - c. membina penerapan Etika Pelayanan, Etika Penyelenggaraan, dan hukum perumahsakitannya;
 - d. mengawasi pelaksanaan penerapan Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan;

- e. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
 - f. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum; dan
 - g. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di RSUD Wonosari.
- (2) Selain tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Etik dan Hukum bertugas:
- a. memberikan pertimbangan kepada Direktur mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum; dan
 - b. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia RSUD Wonosari.

Pasal 84

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83, Komite Etik dan Hukum memiliki fungsi :

- a. pengelolaan data dan informasi terkait etika di RSUD Wonosari;
- b. pengkajian etika dan hukum perumahsakit, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai-nilai bioetika dan humaniora;
- c. sosialisasi dan promosi Kode Etik Rumah Sakit (*Code of Conduct*);
- d. pencegahan penyimpangan Kode Etik Rumah Sakit (*Code of Conduct*);
- e. monitoring dan evaluasi terhadap penerapan Kode Etik Rumah Sakit (*Code of Conduct*);
- f. pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan Kode Etik Rumah Sakit (*Code of Conduct*);
- g. penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal RSUD Wonosari; dan
- h. penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi.

Pasal 85

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83 dan Pasal 84, Komite Etik dan Hukum berwenang:
 - a. menghadirkan pihak terkait untuk menyelesaikan masalah etik di RSUD Wonosari;
 - b. melakukan klarifikasi dengan pihak terkait sebagai penyusunan bahan rekomendasi; dan
 - c. memberikan rekomendasi kepada Direktur mengenai sanksi terhadap pelaku pelanggaran Kode Etik Rumah Sakit (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan.
- (2) Menyusun kode etik RSUD Wonosari yang mengacu pada kode etik rumah sakit Indonesia (KODERSI).
- (3) Menyusun kerangka kerja pengelolaan etik rumah sakit yang mencakup :
 - a. penjelasan pelayanan yang diberikan pada pasien secara jujur;
 - b. perlindungan kerahasiaan informasi pasien;
 - c. pengurangan kesenjangan dalam akses untuk mendapatkan Pelayanan Kesehatan dan dampak klinis;
 - d. penetapan kebijakan tentang pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien;
 - e. peningkatan transparansi dalam melaporkan pengukuran hasil kinerja klinis dan kinerja non klinis;
 - f. Keterbukaan kepemilikan agar tidak terjadi konflik kepentingan;
 - g. penetapan mekanisme bahwa praktisi kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis (*cinical error*) dan/atau mengajukan kekhawatiran etik tanpa takut dihukum, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait masalah klinis ataupun operasional;
 - h. peningkatan keterbukaan dalam sistem pelaporan mengenai masalah/isu etik tanpa takut diberikan sanksi;
 - i. pemberian solusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etik yang terjadi;
 - j. memastikan praktik nondiskriminasi dalam pelayanan pasien dengan mengingat norma hukum dan budaya negara;
 - k. memastikan tagihan biaya pelayanan harus akurat dan dipastikan bahwa insentif dan pengelolaan pembayaran tidak menghambat pelayanan pasien; dan

1. pengelolaan kasus etik pada konflik etik antar profesi di rumah sakit serta penetapan *Code of Conduct* bagi staf sebagai pedoman perilaku sesuai dengan standar etik di rumah sakit.

Pasal 86

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi Komite Etik dan Hukum dapat membentuk panitia *Adhoc*.
- (2) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Etik dan Hukum.
- (3) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berasal dari Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit lain.

Pasal 87

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

Pasal 88

- (1) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Etik dan Hukum.
- (2) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 89

- (1) Komite Etik dan Hukum merupakan unit yang bersifat memberikan kajian, pertimbangan, dan rekomendasi.
- (2) Kajian, pertimbangan, dan rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dipergunakan Direktur dalam menyusun perencanaan dan pengambilan keputusan.

Pasal 90

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Etik dan Hukum dapat berkoordinasi dengan unsur komite medik, komite keperawatan, atau komite/unit lain di RSUD Wonosari.
- (2) Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui tata hubungan kerja penyelenggaraan etika dan hukum di RSUD Wonosari yang ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Tata hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
 - a. tata hubungan kerja dalam penerapan etika pelayanan dan etika penyelenggaraan; dan
 - b. tata hubungan kerja dalam penerapan hukum perumahsakit.

Pasal 91

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

Pasal 92

- (1) Tim Pelayanan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 91 ayat (1) melakukan pemilahan terhadap pengaduan dan pelaporan yang meliputi persoalan:
 - a. etika profesi;
 - b. etika nonprofesi; atau
 - c. di luar etika profesi dan/atau etika nonprofesi.
- (2) Hasil pemilahan yang dilakukan oleh Tim Pelayanan Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada unit terkait di Rumah Sakit untuk ditindaklanjuti.

- (3) Persoalan etika profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditindaklanjuti oleh komite masing-masing Tenaga Kesehatan di RSUD Wonosari sesuai dengan bidangnya.
- (4) Persoalan etika nonprofesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, ditindaklanjuti oleh bagian sumber daya manusia dan/atau Komite Etik dan Hukum.
- (5) Persoalan di luar etika profesi dan/atau etika nonprofesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c ditindaklanjuti oleh Komite Etik dan Hukum.
- (6) Dalam hal persoalan etika profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) melibatkan antar profesi di RSUD Wonosari, ditindaklanjuti oleh Komite Etik dan Hukum.

Paragraf 10

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Kedudukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Pasal 93

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 ayat (2) huruf f merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Kebijakan prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 94

Susunan organisasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagai berikut:

a. Ketua;

b. Sekertaris; dan

c. Anggota yang terdiri dari :

1. *Infection Prevention Control Nurse*/Perawat Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

2. *Infection Prevention Control Doctor* /Dokter Pencegahan dan Pengendalian Infeksi:

- a) Dokter wakil dari tiap Kelompok Staf Medis; dan
 - b) Dokter Patologi Klinik.
3. Anggota komite lainnya, dari :
- a) tim tuberkulosis *directly observed treatment shortcourse* (TB DOTS);
 - b) tim *human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency* (HIV/AIDS);
 - c) laboratorium;
 - d) farmasi;
 - e) pusat sterilisasi;
 - f) *laundry*;
 - g) instalasi pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit (ipsrs);
 - h) sanitasi;
 - i) gizi;
 - j) keselamatan dan kesehatan kerja (k3); dan
 - k) instalasi pemulasaraan jenazah.

Pasal 95

- (1) Seseorang yang dapat diangkat menjadi anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah staf yang bekerja di RSUD Wonosari dan memenuhi beberapa persyaratan yang ditetapkan.
- (2) Keanggotaan komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan:
 - a. mempunyai minat dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; dan
 - b. pernah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
- (3) Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Sekretaris dan anggota sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditunjuk oleh Direktur.
- (4) Pengangkatan dan pemberhentian anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 96

- (1) Fungsi utama dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi menjalankan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai tugas dan tanggung jawab sebagai berikut :

- a. menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- b. melaksanakan sosialisasi kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan RSUD Wonosari;
- c. membuat Standar Prosedur Operasional Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- d. menyusun program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;
- e. melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa *Healthcare Associated Infections (HAIs)*;
- f. memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
- g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan RSUD Wonosari dan fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- h. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
- i. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia RSUD Wonosari dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- j. berkoordinasi dengan unit terkait lain dalam hal Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD, antara lain;
 1. tim pengendalian resistensi antimikroba dalam penggunaan antibiotika yang bijak di RSUD Wonosari berdasarkan pola kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarluaskan data resistensi antibiotika;
 2. tim kesehatan dan keselamatan kerja untuk menyusun kebijakan; dan
 3. tim keselamatan pasien dalam menyusun kebijakan *clinical governance* dan *patient safety*.
- k. mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen Pencegahan dan Pengendalian Infeksi telah sesuai dengan kebijakan manajemen Rumah Sakit.

- (3) Dalam melaksanakan tugasnya di lapangan, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dibantu oleh *Infection Prevention Control Doctor* (IPCD), dan anggota yaitu *Infection Prevention Control Nurse* (IPCN) dan *Infection Prevention Control Link Nurse* (IPCLN).
- (4) RSUD Wonosari harus memiliki *Infection Prevention Control Nurse* (IPCN) yang bekerja penuh waktu dengan rasio 1 (satu) untuk setiap 100 (seratus) tempat tidur.

Paragraf 11

Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba

Pasal 97

- (1) RSUD Wonosari melaksanakan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 ayat (2) huruf g secara optimal.
- (2) Pelaksanaan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
 - a. pembentukan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba;
 - b. penyusunan kebijakan dan panduan penggunaan antibiotik;
 - c. melaksanakan penggunaan antibiotik secara bijak; dan
 - d. melaksanakan prinsip pencegahan pengendalian infeksi.
- (3) Pembentukan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a bertujuan menerapkan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di RSUD Wonosari melalui perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi.
- (4) Penyusunan kebijakan dan panduan penggunaan antibiotik, melaksanakan penggunaan antibiotik secara bijak, dan melaksanakan prinsip pencegahan pengendalian infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, huruf c, dan huruf d dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

4

Pasal 98

- (1) Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba sebagaimana dimaksud dalam Pasal 97 ayat (2) huruf a ditetapkan melalui Keputusan Direktur.

- (2) Susunan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas ketua, sekretaris, koordinator, dan anggota.
- (3) Kualifikasi ketua Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan seorang klinisi yang berminat di bidang infeksi.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya, Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

Pasal 99

- (1) Keanggotaan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (2) paling sedikit terdiri atas unsur:
 - a. klinisi perwakilan Kelompok Staf Medis atau bagian;
 - b. keperawatan;
 - c. instalasi farmasi;
 - d. laboratorium yang melaksanakan pelayanan mikrobiologi klinis;
 - e. Komite Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI); dan
 - f. Komite Farmasi dan Terapi (KFT).
- (2) Keanggotaan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus merupakan Tenaga Kesehatan yang kompeten.
- (3) Dalam hal terdapat keterbatasan Tenaga Kesehatan yang kompeten, keanggotaan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disesuaikan dengan unsur Tenaga Kesehatan yang tersedia.

Pasal 100

Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba mempunyai tugas dan fungsi:

- a. membantu Direktur dalam menetapkan kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba;
- b. membantu Direktur dalam menetapkan kebijakan umum dan panduan penggunaan antibiotik di RSUD Wonosari;
- c. membantu Direktur dalam pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba;

- d. membantu Direktur dalam mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba;
- e. menyelenggarakan forum kajian kasus pengelolaan penyakit infeksi terintegrasi;
- f. melakukan surveilans pola penggunaan antibiotik di RSUD Wonosari;
- g. melakukan surveilans pola mikroba penyebab infeksi dan kepekaannya terhadap antibiotik di RSUD Wonosari;
- h. menyebarkan serta meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang prinsip pengendalian resistensi antimikroba, penggunaan antibiotik secara bijak, dan ketaatan terhadap pencegahan pengendalian infeksi melalui kegiatan pendidikan dan pelatihan;
- i. mengembangkan penelitian di bidang pengendalian resistensi antimikroba; dan
- j. melaporkan kegiatan program pengendalian resistensi antimikroba kepada Direktur.

Paragraf 12

Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 101

Dalam rangka menjamin aksesibilitas obat yang aman, berkhasiat, bermutu dan terjangkau dalam jenis dan jumlah yang cukup serta untuk mengobati secara rasional memerlukan standar profesi dalam bidang terapeutik dan diagnostik, maka perlu dibentuk Komite Farmasi dan Terapi dengan Keputusan Direktur.

Pasal 102

Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 terdiri dari dokter, apoteker, dan tenaga kesehatan lain yang diperlukan.

Pasal 103

Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. menyusun program kerja yang akan dilakukan yang disetujui oleh Direktur;
- b. mengembangkan kebijakan tentang penggunaan obat di RSUD Wonosari;
- c. melakukan seleksi dan evaluasi obat yang akan masuk dalam formularium rumah sakit;

- d. mengembangkan standar terapi;
- e. mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan obat;
- f. melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan obat yang rasional;
- g. mengkoordinir penatalaksanaan reaksi obat yang tidak dikehendaki;
- h. mengkoordinir penatalaksanaan kesalahan penggunaan obat (*medication error*); dan
- i. menyebarluaskan informasi terkait kebijakan penggunaan obat di RSUD Wonosari.

Paragraf 13

Komite Rekam Medis

Pasal 104

Dalam rangka pengelolaan dokumen rekam medis agar dapat berhasil guna dan berdaya guna, maka perlu dibentuk Komite Rekam Medis Rumah Sakit dengan Keputusan Direktur.

Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Rekam Medis

Pasal 105

- (1) Susunan organisasi Komite Rekam Medis sebagai berikut:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Anggota.
- (2) Ketua Komite Rekam Medis adalah seorang dokter senior.
- (3) Sekretaris Komite Rekam Medis adalah Kepala Subbagian Data dan Rekam Medis.
- (4) Seseorang yang dapat diangkat menjadi anggota Komite Rekam Medis adalah Tenaga Medis, tenaga paramedis dan tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pengisian rekam medis.
- (5) Pengangkatan dan pemberhentian anggota Komite Rekam Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 106

- (1) Komite Rekam Medis memiliki Tugas, Wewenang, dan Tangung Jawab sebagai berikut:

- a. memberikan saran-saran dan pertimbangan-pertimbangan dalam hal kelengkapan rekam medis dan menjamin bahwa semua informasi dicatat sebaik-baiknya dan menjamin tersedianya data yang diperlukan untuk menilai pelayanan yang diberikan kepada pasien;
 - b. melakukan telaah formulir rekam medis yang digunakan dalam memberikan layanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) sesuai dengan ilmu terkini dan sesuai peraturan perundang-undangan;
 - c. melakukan *review* rekam medis pasien baik yang masih dalam perawatan maupun yang sudah pulang;
 - d. memonitoring dan mengevaluasi implementasi formulir rekam medis, pengisian dan kelengkapannya;
 - e. mengajukan perubahan, penghapusan dan penggunaan formulir kepada Direktur;
 - f. menolak rekam medis yang diajukan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) jika tidak memenuhi standar;
 - g. membina kerja sama dengan Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dalam tindak lanjut hasil *review* rekam medis pasien;
 - h. Membina kerjasama dengan Komite Etik dan Hukum RSUD Wonosari dalam hal hubungan-hubungan keluar dan pengeluaran data/keterangan untuk badan-badan di luar Rumah Sakit; dan
 - i. menerapkan langkah-langkah tindakan ke arah perbaikan rekam medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya, Komite Rekam Medis bertanggungjawab kepada Direktur.

Paragraf 14
Komite Etik Penelitian Kesehatan
Pasal 107

Dalam rangka memenuhi kebutuhan penelitian yang dilakukan oleh baik aparatur Rumah Sakit maupun masyarakat maka perlu adanya pengkajian terhadap penelitian untuk memberikan perlindungan terhadap hak dan kesejahteraan subjek penelitian, sehingga perlu dibentuk Komite Etik Penelitian dengan Keputusan Direktur.

Pasal 108

- (1) Komite Etik Penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 107 memiliki Tugas, Wewenang, dan Tangung Jawab sebagai berikut:
 - a. melakukan kajian aspek etik protokol penelitian kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek dan memanfaatkan hewan percobaan yang diajukan;
 - b. memberikan persetujuan etik (*ethical clearance/ethical approval*);
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan penelitian yang telah memperoleh persetujuan etik;
 - d. melakukan sosialisasi pedoman etik penelitian baik di lingkungan RSUD Wonosari maupun di institusi lain;
 - e. mengusulkan pemberhentian pelaksanaan penelitian kesehatan terhadap penelitian yang menyimpang atau tidak sesuai dengan protokol yang telah diberikan persetujuan etik;
 - f. menyelenggarakan pelatihan Etik Penelitian baik di lingkungan RSUD Wonosari maupun di institusi lain; dan
 - g. membuat laporan kegiatan kepada Direktur.
- (2) Dalam melaksanakan kajian etik protokol penelitian kesehatan, wajib mempertimbangkan ciri dan cara metodologis kekhususan masing-masing penelitian secara benar dan adil sesuai dengan sumber keilmuan dan tradisi ilmiah masing-masing.

Paragraf 15

Instalasi

Pasal 109

- (1) Guna melaksanakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan Direktur membentuk instalasi.
- (2) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) didasarkan atas analisis beban kerja dan/atau kebutuhan organisasi.
- (3) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan unit pelayanan nonstruktural.
- (4) Instalasi merupakan fasilitas penyelenggaraan pelayanan medis dan keperawatan, pelayanan penunjang medik, pelayanan penunjang non medik, kegiatan penelitian, pengembangan, pendidikan dan pelatihan, dan pemeliharaan sarana Rumah Sakit.

- (5) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (6) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, monitoring dan evaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan instalasi kepada Direktur.
- (7) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan, Kepala Instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang, bagian, seksi dan sub bagian terkait.
- (8) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (9) Jabatan Kepala Instalasi berlaku selama 3 tahun, dan dapat ditetapkan kembali.
- (10) Instalasi RSUD Wonosari terdiri dari :
 - a. instalasi rawat jalan;
 - b. instalasi gawat darurat;
 - c. instalasi rawat inap;
 - d. instalasi bedah sentral;
 - e. instalasi radiologi;
 - f. instalasi farmasi;
 - g. instalasi gizi;
 - h. instalasi laboratorium;
 - i. instalasi pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit (ipsrs);
 - j. instalasi sanitasi;
 - k. instalasi pemulasaraan jenazah;
 - l. instalasi pusat sterilisasi;
 - m. instalasi *laundry*;
 - n. instalasi sistem informasi manajemen Rumah Sakit
 - o. instalasi rawat *intensive*, terdiri dari:
 1. *Intensive Care Unit (ICU)*;
 2. *Pediatric Intensive Care Unit-Neonatal Intensive Care Unit (PICU-NICU)*; dan
 3. *High Care Unit (HCU)*.
- (11) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (10) mempunyai tugas :
 - a. instalasi rawat jalan mempunyai tugas melakukan kegiatan pelayanan rawat jalan dan pelayanan penyelamatan jiwa pasien yang tepat waktu dan tepat tindakan;

- b. instalasi gawat darurat mempunyai tugas melakukan kegiatan pelayanan gawat darurat dan pelayanan penyelamatan jiwa pasien yang tepat waktu dan tepat Tindakan;
- c. instalasi rawat inap mempunyai tugas melakukan kegiatan pelayanan rawat inap dan pelayanan rehabilitasi medis, perawatan intensif;
- d. instalasi bedah sentral mempunyai tugas melakukan kegiatan pelayanan bedah;
- e. instalasi radiologi mempunyai tugas melakukan kegiatan pemeriksaan radiologi;
- f. instalasi farmasi mempunyai tugas melakukan kegiatan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dan kegiatan pelayanan farmasi klinik;
- g. instalasi gizi mempunyai tugas melakukan kegiatan penyediaan, pengelolaan dan penyaluran makanan, konsultasi serta terapi gizi;
- h. instalasi laboratorium mempunyai tugas melakukan kegiatan pelayanan pemeriksaan darah, urine, faeces dan cairan tubuh;
- i. instalasi pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit, mempunyai tugas melakukan kegiatan pemeliharaan bangunan, peralatan listrik, elektromedik, radiologi, air minum, air panas, gas medis, gas teknis, alat angkut dan mebeler;
- j. instalasi sanitasi mempunyai tugas melakukan kegiatan pengolahan limbah baik cair maupun padat, pembuangan sampah, pengelolaan kebersihan lingkungan, taman/penghijauan, sterilisasi ruang;
- k. instalasi pemulasaraan jenazah mempunyai tugas melakukan pelayanan pengurusan dan pemulasaraan jenazah yang ada di RSUD Wonosari sesuai dengan permintaan/kebutuhan;
- l. instalasi pusat sterilisasi mempunyai tugas melakukan sterilisasi agar dapat berhasil guna dan berdaya guna, meliputi perencanaan, proses sterilisasi alat dan bahan, pendistribusian, menjaga standar mutu sterilisasi, pembuatan laporan dan evaluasi kegiatan sterilisasi di rumah sakit;
- m. instalasi *laundry* mempunyai tugas melakukan pengelolaan linen di rumah sakit agar dalam kondisi bersih dan layak pakai;

- n. instalasi sistem informasi manajemen rumah sakit mempunyai tugas melakukan perencanaan program sistem informasi manajemen rumah sakit, pengelolaan data, pengoperasian sistem elektronik kesehatan, pengembangan sistem informasi kesehatan, pemantauan dan evaluasi, pembinaan dan pengawasan sistem; dan
 - o. instalasi rawat *intensive* mempunyai tugas merencanakan kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan, mengkoordinasi pelaksanaan kegiatan pelayanan ICU, PICU-NICU, HCU menjaga mutu layanan ruang Instalasi ICU, PICU-NICU, HCU mengendalikan, memantau serta mengevaluasi semua kegiatan.
- (12) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (10) dapat dibentuk unit pelayanan/ruang pelayanan.
- (13) Pembentukan unit pelayanan/ruang pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (12) ditetapkan dengan Keputusan Direktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (14) Dalam hal terjadi perubahan jumlah dan jenis instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (10) perubahan ditetapkan dengan Keputusan Direktur sesuai dengan ketentuan Peraturan perundang-undangan.

Paragraf 16

Unit

Pasal 110

- (1) Unit di RSUD Wonosari dibentuk untuk memperlancar dan mendukung pelayanan di Rumah Sakit.
- (2) Kepala Unit mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, monitoring dan evaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan Unit kepada Direktur melalui Kepala Bagian/Kepala Bidang yang terkait.
- (3) Jabatan Kepala Unit berlaku selama 3 tahun, dan dapat ditetapkan kembali.
- (4) Unit di RSUD Wonosari terdiri dari :
- a. Unit aset;
 - b. Unit pendidikan dan pelatihan;
 - c. Unit pengelolaan jaminan pembiayaan asuransi kesehatan;
 - d. Unit promosi kesehatan rumah sakit;
 - e. Unit bank darah rumah sakit; dan
 - f. Unit pemeliharaan alat kesehatan.

- (5) Unit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) mempunyai tugas :
- a. Unit Aset mempunyai tugas melakukan pengelolaan dan penatausahaan Barang Milik Negara/Daerah.
 - b. Unit Pendidikan dan Pelatihan mempunyai tugas mengelola kegiatan pendidikan dan pelatihan, dan memfasilitasi kegiatan penelitian di Rumah Sakit.
 - c. Unit Pengelolaan Jaminan Pembiayaan Asuransi Kesehatan mempunyai tugas melakukan koordinasi pengelolaan jaminan asuransi kesehatan secara lintas fungsional dan lintas sektor dengan jajaran manajemen dan satuan kerja terkait.
 - d. Unit Promosi Kesehatan Rumah Sakit mempunyai tugas melakukan menyelenggarakan promosi kesehatan yang terintegrasi dengan pelayanan rumah sakit.
 - e. Unit Bank Darah Rumah Sakit mempunyai tugas tersedianya darah untuk transfusi yang aman, bermutu, dan dalam jumlah yang cukup untuk mendukung Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit dan fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.
 - f. Unit Pemeliharaan Alat Kesehatan mempunyai tugas melakukan pengelolaan, pemeliharaan, dan penatausahaan terhadap alat kesehatan di Rumah Sakit.

Bagian Kesepuluh
Pedoman Pelayanan
Pasal 111

- (1) Kepala Instalasi/Unit bertanggung jawab membuat pedoman pelayanan tentang pelayanan sesuai dengan ketugasannya.
- (2) Direktur menetapkan format dan isi yang seragam untuk dokumen pedoman pelayanan dan perencanaan pelayanan.
- (3) Direktur mengesahkan pedoman pelayanan dan perencanaan pelayanan.
- (4) Pedoman pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal berisi tentang uraian pelayanan saat ini diikuti dengan perencanaan pelayanan yang menguraikan pelayanan yang direncanakan, serta mengatur pengetahuan dan keterampilan staf klinis yang melakukan assesmen pasien dan kebutuhan pasien.
- (5) Kepala Instalasi/Unit mengusulkan rencana kegiatan dan anggaran serta program peningkatan mutu dan kinerja instalasi/unit kepada Direktur melalui pejabat di atasnya.

Bagian Kesebelas
Program Mutu Instalasi, Ruang, dan Unit
Pasal 112

Kepala Instalasi, Ruang dan Unit beserta seluruh stafnya turut serta dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan melakukan monitoring kegiatan klinis dan non klinis bagi unit pelayanan tersebut.

Pasal 113

- (1) Kepala Instalasi, Ruang, dan Unit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 menerapkan pengawasan dan penilaian terkait peningkatan mutu di unit yang dikepalai sesuai dengan indikator mutu rumah sakit yang digunakan.
- (2) Indikator mutu rumah sakit di Instalasi, Ruang, dan Unit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup :
 - a. Penilaian rumah sakit secara menyeluruh dan perbaikan yang ditetapkan oleh Direktur yang terkait secara spesifik dengan Instalasi, Ruang, dan Unit mereka;
 - b. Penilaian yang terkait dengan prioritas rumah sakit secara spesifik untuk mengurangi variasi;
 - c. Penilaian yang terkait dengan prioritas unit untuk meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana berisiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi; dan
 - d. Penilaian spesifik di Instalasi, Ruang, dan Unit ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para Profesional Pemberi Asuhan.

Pasal 114

Kepala Instalasi, Ruang dan Unit menyediakan data dan informasi dari hasil kegiatan pelayanan di Instalasi, Ruang, dan Unit yang selanjutnya dipergunakan untuk melakukan evaluasi dokter, perawat, dan staf klinis pemberi asuhan yang memberikan pelayanan di Instalasi, Ruang, dan Unit tersebut.

Bagian Keduabelas
Program Mutu Kelompok Staf Medis
Pasal 115

- (1) Kelompok Staf Medis memilih dan menetapkan panduan praktik klinik dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*) dan/atau protokol klinis atau prosedur dan/atau *standing order* sebagai panduan asuhan klinis.
- (2) Pemilihan dan penetapan Panduan Praktik Klinik, Alur Klinis, atau Protokol sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi kriteria :
 - a. sesuai dengan populasi pasien yang ada dan pelayanan prioritas rumah sakit;
 - b. disesuaikan dengan teknologi, obat, sumber daya lain di RSUD Wonosari atau norma profesional yang berlaku secara nasional;
 - c. dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang;
 - d. dilaksanakan ukur kepatuhan dan dampak terhadap peningkatan efektivitas pelayanan;
 - e. dijalankan dan dievaluasi oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau *pathways*; dan
 - f. secara berkala diperbarui berdasar atas bukti serta evaluasi proses dan hasil proses.
- (3) Panduan Praktik Klinik, Alur Klinis, atau Protokol dijadikan acuan dan bahan evaluasi Kelompok Staf Medis.

Pasal 116

- (1) Direktur bersama-sama dengan pimpinan medis, Ketua Komite Medik dan Kelompok Staf Medis terkait menetapkan paling sedikit 5 (lima) evaluasi pelayanan prioritas.
- (2) Setiap Unit Pelayanan melakukan komunikasi dan koordinasi dengan Unit Pelayanan terkait agar dapat membantu penerapan dan evaluasi penerapan panduan klinis prioritas.

Pasal 117

Kepala Unit Pelayanan klinis ikut terlibat dalam evaluasi penerapan panduan praktik klinis, alur klinis dan protokol Kelompok Staf Medis, sesuai dengan indikator mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113 ayat (2).

Pasal 118

Komite Medik bersama-sama dengan Komite Mutu dan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/DPJP terhadap panduan praktik klinis.

Bagian Ketigabelas

Hubungan-Hubungan Dalam Peraturan Internal

Paragraf 1

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas

Pasal 119

- (1) Pengelolaan RSUD Wonosari dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (2) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara substantif kepada Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (3) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara administratif dalam bentuk penyampaian laporan kinerja kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (4) Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan Rumah Sakit, dengan menetapkan kebijakan-kebijakan pelaksanaan, baik dibidang pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian, dan pengembangan kesehatan untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan RSUD Wonosari.
- (5) Keberhasilan RSUD Wonosari tergantung dari pengurusan Pejabat Pengelola dan pembinaan serta pengawasan dari Bupati melalui Dewan Pengawas sehingga dalam pertanggungjawaban tugas dan kewajiban antara Pengelola dan Bupati selaku Pemilik adalah bersifat tanggung renteng.

Paragraf 2

Hubungan Dewan Pengawas dengan Komite Medik

Pasal 120

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Komite Medik untuk mencapai tujuan RSUD Wonosari sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan RSUD Wonosari.

- (2) Peran terhadap Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui Integrasi dan koordinasi secara terus menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam Organisasi Komite Medik.

Paragraf 3

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Komite Medik

Pasal 121

- (1) Komite Medik berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Pelaksanaan tugas-tugas Komite Medik dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Paragraf 4

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Satuan Pemeriksa Internal

Pasal 122

- (1) Satuan Pemeriksa Internal berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Tugas Pokok Satuan Pemeriksa Internal adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di RSUD Wonosari agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Satuan Pemeriksa Internal berfungsi:
 - a. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan operasional;
 - b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian internal;
 - c. melakukan identifikasi risiko;
 - d. mencegah terjadinya penyimpangan;
 - e. memberikan konsultasi pengendalian internal;
 - f. melakukan hubungan dengan eksternal auditor.
- (4) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.

BAB V
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bagian Kesatu
Kelompok Staf Medis

Paragraf 1

Umum

Pasal 123

- (1) Untuk menjadi Kelompok Staf Medis RSUD Wonosari seorang staf medis harus memiliki:
 - a. Kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. surat tanda registrasi; dan
 - c. SIP.
- (2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf medis harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang laik untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.

Pasal 124

- (1) Kelompok Staf Medis rumah sakit berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dibidang pelayanan medis.
- (2) Kelompok Staf Medis Fungsional dapat melimpahkan tindakan medis tertentu kepada Perawat berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.

Pasal 125

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 124 ayat (1) Kelompok Staf Medis mempunyai tugas :

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

- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 126

- (1) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 125 Kelompok Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian sama.
- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk Kelompok Staf Medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 127

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- (2) Ketua kelompok Staf Medis dapat dijabat oleh Dokter PNS atau Dokter Non PNS.
- (3) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur.
- (4) Ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Pasal 128

Tanggungjawab Kelompok Staf Medis meliputi :

- a. melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- b. memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- c. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;

- d. memberikan laporan secara teratur paling sedikit 1 (satu) kali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
- e. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen yang terkait.

Pasal 129

Kewajiban Kelompok Staf Medis meliputi :

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

Paragraf 2

Staf Medis

Pasal 130

Staf Medis RSUD Wonosari terdiri dari :

- a. Staf Medis PNS;
- b. Staf Medis Non PNS;
- c. Staf Medis Tamu.

Pasal 131

Staf Medis PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 130 huruf a, yaitu dokter PNS yang bekerja purna waktu sebagai pegawai tetap RSUD Wonosari, berkedudukan sebagai subkordinat yang bekerja untuk dan atas nama RSUD Wonosari serta bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 132

- (1) Staf Medis Non PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 130 huruf b, yaitu dokter umum dan dokter spesialis, yang berstatus tenaga kontrak dan yang telah terikat perjanjian kontrak kerja dengan RSUD Wonosari.

- (2) Staf Medis Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis Rumah Sakit apabila telah menyelesaikan masa kontrak 1 (satu) tahun atau berhenti atas persetujuan bersama.
- (3) Staf Medis Non PNS yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat bekerja kembali untuk masa kontrak 1 (satu) tahun berikutnya setelah menandatangani perjanjian kerja baru dengan pihak RSUD Wonosari.

Pasal 133

Staf Medis Tamu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 130 huruf c, yaitu dokter dari luar RSUD Wonosari yang karena reputasi dan/atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis yang ada di RSUD Wonosari atau untuk melaksanakan tugas suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Paragraf 3

Penerimaan, Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

Pasal 134

Penerimaan Staf Medis

- (1) Penerimaan staf medis di RSUD Wonosari melalui jalur pengangkatan ASN dan rekrutmen pegawai non ASN.
- (2) Penerimaan staf medis ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Penerimaan staf medis Non ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) persyaratan dan peraturannya melalui mekanisme rekrutmen pegawai non ASN sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 135

- (1) Setiap staf medis yang akan bekerja di RSUD Wonosari harus memenuhi kualifikasi tertentu sebagaimana dipersyaratkan dalam Peraturan Internal Staf Medis. ✓
- (2) Staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) akan dinilai dan dikredensial oleh Sub Komite Kredensial, dan hasilnya akan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Medik.

- (3) Staf medis yang telah memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) dapat diusulkan untuk diberikan kewenangan klinis untuk menangani pasien di RSUD Wonosari sesuai dengan kompetensinya dalam bentuk surat penugasan klinis dengan rincian kewenangan klinis.
- (4) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan pengangkatan staf medis untuk bekerja di RSUD Wonosari dalam pelayanan pasien sesuai dengan kompetensinya.

Pasal 136

- (1) Staf medis yang telah bekerja di RSUD Wonosari akan dinilai oleh Sub Komite Kredensial sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (2) Staf medis yang telah dinilai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) akan diusulkan kembali kewenangan klinisnya kepada Direktur.
- (3) Direktur menetapkan kembali Surat Penugasan Klinis dengan Rincian Kewenangan Klinis bagi staf medis berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik.

Paragraf 4

Kewenangan Klinis Staf Medis

Pasal 137

- (1) Setiap Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinis oleh Direktur sesuai standar profesi setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan buku putih.
- (2) Kewenangan klinis seorang staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku.

Pasal 138

- (1) Untuk dapat memberikan rekomendasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 137 ayat (1) Komite Medik bersama Sub Komite Kredensial menetapkan rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) dari syarat-syarat kompetensi yang dibutuhkan untuk setiap jenis pelayanan medis bagi setiap jenis pelayanan di RSUD Wonosari.

- (2) Penetapan rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium spesialisasi dan didokumentasikan oleh Komite Medik dalam buku putih.
- (3) Buku putih sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menjadi dasar bagi Komite Medik dalam mengeluarkan rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk Staf Medis.

Paragraf 5

Surat Penugasan Klinis

Pasal 139

- (1) Pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 137 ayat (2) diberikan Direktur melalui penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (2) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Staf Medis sebagai dasar untuk melakukan pelayanan medis di RSUD Wonosari.
- (3) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan dari Komite Medik atau alasan tertentu.
- (4) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medik di RSUD Wonosari.

Pasal 140

Direktur dapat memberikan Surat Penugasan Klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*) kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti.

Pasal 141

Dalam keadaan *emergency* atau bencana yang menimbulkan banyak korban, semua Staf Medis RSUD Wonosari dapat diberikan kewenangan klinis oleh Direktur untuk melakukan tindakan penyelamatan diluar kewenangan klinis yang dimilikinya sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Paragraf 6
Masa Kerja Staf Medis
Pasal 142

- (1) Staf Medis PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 130 huruf a, memiliki masa kerja sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan.
- (2) Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 130 huruf b dan huruf c, memiliki masa kerja sesuai dengan perjanjian dan/atau Keputusan Direktur.

Pasal 143

- (1) Staf Medis PNS yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Non PNS sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan tenaganya masih dibutuhkan oleh RSUD Wonosari.
- (2) Untuk dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Non PNS harus terlebih dahulu mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur dapat menerima atau menolak permohonan tersebut.
- (3) Dalam pengambilan keputusan untuk menerima atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur meminta Komite Medik untuk melakukan kajian kompetensi calon staf medis melalui Subkomite Kredensial Staf Medis.
- (4) Selain Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Rumah Sakit/ Direktur juga dapat mengangkat Staf Medis Spesialis Mandiri/dari luar yang diikat dengan Perjanjian Kerja Sama/Kontrak berdasarkan analisis kebutuhan yang dilakukan dengan membuat kajian terlebih dahulu oleh Komite Medik Sub Komite Kredensial.
- (5) Jangka waktu perjanjian kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (4) berdasarkan kesepakatan kedua belah pihak dengan mempertimbangkan efektivitas, efisien dan kemampuan keuangan.
- (6) Tata cara pelaksanaan Perjanjian Kerja Sama diatur dalam Peraturan Direktur.

Pasal 144

Staf Medis diberhentikan dengan hormat karena :

- a. telah memasuki masa pensiun;

- b. permintaan sendiri;
- c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai Staf Medis;
- d. tidak masuk kerja selama 46 (empat puluh enam) hari kerja secara kumulatif selama 1(satu) tahun; dan
- e. berhalangan tetap karena sakit, sehingga tidak dapat melaksanakan tugas.

Pasal 145

Staf Medis dapat diberhentikan dengan tidak hormat apabila terbukti melakukan perbuatan melawan hukum dengan ancaman pidana lebih dari 5 (lima) tahun berdasarkan putusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.

Paragraf 7

Penilaian Kinerja Staf Medis

Pasal 146

- (1) Penilaian Kinerja Staf Medis dinilai dengan menggunakan form penilaian praktek profesional berkelanjutan.
- (2) form penilaian praktek profesional berkelanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah proses pengumpulan data dan informasi secara berkesinambungan untuk menilai kompetensi klinis dan perilaku profesional staf medis yang memuat 3 (tiga) area umum yaitu Perilaku, Pengembangan Profesi dan Kinerja Klinis.
- (3) Penilaian kinerja Staf Medis dilakukan oleh Komite Medik dibantu oleh Sub Komite dan disampaikan kepada Direktur sebagai rekomendasi bagi Direktur untuk mengambil kebijakan.

Paragraf 8

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 147

- (1) Pembinaan dan pengawasan Ketua Staf Medis dilakukan oleh Direktur melalui Komite Medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan anggota Staf Medis dilakukan oleh Bidang Pelayanan Medis melalui ketua Staf Medis dari masing-masing kelompok.

Paragraf 9

Sanksi

Pasal 148

- (1) Seluruh Staf Medis Rumah Sakit yang melakukan pelanggaran terhadap aturan perundang-undangan, aturan RSUD Wonosari, klausul-klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (2) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. administrasi
 - b. teguran lisan atau tertulis;
 - c. penghentian praktik untuk sementara waktu; dan/atau
 - d. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Non ASN yang masih berada dalam masa kontrak saja.
- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Medik dalam hal ini Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi Medis dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.
- (4) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Kelompok Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (5) Dalam hal Kelompok Staf Medis tidak dapat menerima sanksi maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis kepada Direktur dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan.
- (6) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

Pasal 149

Dikecualikan dari ketentuan pemberian sanksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 148 untuk seluruh staf medis ASN dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Komite Medik

Paragraf 1

Susunan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, dan Tanggung Jawab

Pasal 150

Susunan Organisasi Komite medik terdiri dari:

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

Pasal 151

- (1) Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 150 huruf a, ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan sikap profesional, reputasi, perilaku, dan masukan dari staf medis.
- (2) Wakil Ketua dan Sekretaris Komite Medik ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (3) Keanggotaan komite medis diusulkan oleh Ketua Komite Medik dan ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medis di RSUD Wonosari.
- (5) Dalam hal diperlukan Wakil Ketua Komite Medik, maka Wakil Ketua Komite Medik diusulkan oleh Ketua Komite Medik dan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 152

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di RSUD Wonosari dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD Wonosari;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Komite Medik melaksanakan tugasnya melalui 3 (tiga) hal utama, yaitu :

- a. rekomendasi pemberian izin untuk melakukan pelayanan medis, dilakukan oleh subkomite kredensial;
 - b. memelihara kompetensi dan perilaku staf medis yang telah memperoleh izin, dilakukan oleh subkomite mutu profesi melalui audit medis dan pengembangan profesi berkelanjutan; dan
 - c. rekomendasi penangguhan kewenangan klinis tertentu hingga pencabutan izin melakukan pelayanan medis, dilakukan melalui subkomite etika dan disiplin Profesi.
- (3) Komite Medik terbagi dalam 3 (tiga) Subkomite, yaitu :
- a. subkomite kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi; dan
 - c. subkomite etika dan disiplin profesi.
- (4) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di RSUD Wonosari dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

Pasal 153

Dalam melaksanakan tugas dengan cara kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 152 ayat (1) huruf a Komite Medik memiliki fungsi :

- a. penyusunan dan pengklompokasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian :
 1. Kompetensi;
 2. Kesehatan fisik dan mental;
 3. Perilaku; dan
 4. Etika profesi.
- c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
- d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang kuat;
- 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.

Pasal 154

Dalam melaksanakan tugas dengan cara memelihara mutu profesi staf medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 152 ayat (1) huruf b Komite Medik memiliki fungsi :

- a. pelaksanaan audit medis;
- b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
- c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis; dan
- d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.

Pasal 155

Dalam melaksanakan tugas dengan cara menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 152 ayat (1) huruf b Komite Medik memiliki fungsi :

- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
- c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
- d. pemberian nasihat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 156

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang:

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

Pasal 157

Dalam melaksanakan tugasnya Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur terkait dengan mutu pelayanan medis, pembinaan etik kedokteran dan pengembangan profesi medis.

Pasal 158

- (1) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 152 ayat (3) huruf a sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis.

Pasal 159

- (1) Subkomite Mutu Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 152 ayat (3) huruf b, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Mutu profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas memelihara mutu profesi staf medis.

Pasal 160

- (1) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 152 ayat (3) huruf c, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi.

Paragraf 2

Kredensial

Pasal 161

- (1) Rekomendasi dari Komite medik untuk pemberian kewenangan klinis dilakukan melalui proses kredensial.

- (2) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf medis yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (3) Kredensial dilakukan terhadap seluruh Staf Medis yang bekerja di RSUD Wonosari.
- (4) RSUD Wonosari wajib melakukan proses kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk memverifikasi keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis agar yang bersangkutan bisa melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi.
- (5) Upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan cara mengatur agar setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar memiliki kompetensi.
- (6) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) meliputi 2 (dua) aspek yaitu:
 - a. kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan dan perilaku profesional; dan
 - b. kompetensi fisik dan mental.

Pasal 162

- (1) Setelah seorang staf medis dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat penugasan klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (2) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang staf medis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di RSUD Wonosari.

Paragraf 3

Rekredensial

Pasal 163

- (1) Paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum Penerbitan Surat Penugasan Klinis habis masa berlakunya, staf medis yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur.

- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) RSUD Wonosari melalui Subkomite Kredensial, Staf Medis harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan.
- (3) Mekanisme dan proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
- (4) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Medik kepada Direktur 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/atau
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Pasal 164

- (1) Mekanisme kredensial dan rekredensial staf medis di RSUD Wonosari merupakan tanggung jawab Komite Medik.
- (2) Proses kredensial dan rekredensial dilaksanakan oleh Subkomite Kredensial.

Paragraf 4

Rapat-Rapat

Pasal 165

Rapat Komite Medik terdiri dari:

- a. rapat rutin;
- b. rapat khusus; dan
- c. rapat tahunan.

Pasal 166

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 165 huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (2) Rapat Rutin bersama semua kelompok Staf Medis dan/atau dengan semua Staf Medis, dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (3) Rapat dipimpin oleh Ketua Medik.

- (4) Dalam hal Ketua Medik berhalangan hadir, rapat rutin dipimpin oleh wakil ketua.
- (5) Dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik berhalangan hadir, rapat rutin dipimpin oleh salah satu dari anggota yang hadir.
- (6) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.

Pasal 167

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 165 huruf b diadakan apabila:
 - a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis; atau
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik.
- (2) Rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.
- (3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 168

- (1) Rapat tahunan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 165 huruf c, diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 169

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 165 huruf b dan huruf c wajib dihadiri oleh Direktur, Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.

Pasal 170

- (1) Keputusan rapat Komite Medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.

Pasal 171

- (1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Paragraf 5

Panitia *Adhoc*

Pasal 172

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.

- (4) Mitra bestari (*peer group*) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan sekelompok Staf Medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
- (5) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit atau rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Paragraf 6

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 173

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh Dewan Pengawas Rumah Sakit dan Direktur dengan melibatkan organisasi profesi terkait.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan, pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

BAB VI

PENGELOLAAN

RUMAH SAKIT SEBAGAI UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 174

- (1) Dalam menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik RSUD Wonosari memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian.

- (2) Otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan dan penatausahaan barang milik Daerah.
- (3) Dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur bertanggungjawab kepada Kepala Dinas Kesehatan melalui penyampaian laporan keuangan, laporan pengelolaan barang milik Daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian RSUD Wonosari.
- (4) Menyampaikan laporan keuangan, laporan penggunaan dan penatausahaan barang milik Daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Pengelolaan Keuangan

Paragraf 1

Perencanaan, Penganggaran, Pelaksanaan, Penatausahaan, Pelaporan dan Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 175

- (1) Otonomi dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 174 ayat (1) meliputi perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan.
- (2) Direktur bertanggung jawab atas pelaksanaan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan Rumah Sakit.

Pasal 176

- (1) Direktur dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 175 ayat (1) bertanggungjawab dalam bentuk penyampaian laporan kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Direktur dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggungjawab secara substantif kepada Bupati melalui PPKD.

- (3) Dalam penyampaian laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur melakukan penyusunan laporan keuangan yang merupakan bagian dari laporan kinerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disajikan sebagai bagian dari laporan keuangan Dinas Kesehatan.

Pasal 177

- (1) Dalam melaksanakan otonomi pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 176 ayat (1), Direktur ditetapkan selaku Kuasa Pengguna Anggaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kepala Dinas Kesehatan selaku Pengguna Anggaran melimpahkan kewenangannya atas pengelolaan keuangan RSUD Wonosari kepada Direktur selaku Kuasa Pengguna Anggaran.
- (3) Selain selaku Kuasa Pengguna Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur memiliki tugas dan kewenangan:
 - a. menyusun Rencana Kerja dan Anggaran (RKA);
 - b. menyusun DPA;
 - c. menandatangani Surat Perintah Membayar (SPM);
 - d. mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - e. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
 - f. menetapkan PPTK dan Pejabat Penatausahaan Keuangan (PPK); dan
 - g. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah;
- (4) RKA dan DPA sebagaimana yang dimaksud pada ayat (3) huruf (a) dan huruf (b) disampaikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) untuk diverifikasi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (5) Direktur menandatangani Surat Perintah Membayar (SPM) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c meliputi Uang Persediaan (UP), Ganti Uang (GU), Tambahan Uang (TU), Langsung (LS).
- (6) Direktur mengelola utang dan piutang Daerah yang menjadi tanggungjawabnya sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf d yang merupakan konsekuensi dari pelaksanaan DPA.

Pasal 178

- (1) Rencana Kegiatan dan Anggaran (RKA) RSUD Wonosari merupakan bagian dari Rencana Kegiatan dan Anggaran (RKA) Dinas Kesehatan.
- (2) DPA RSUD Wonosari merupakan bagian dari DPA Dinas Kesehatan.
- (3) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 177 ayat (1) Direktur melaksanakan anggaran pendapatan, belanja, pembiayaan sesuai DPA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 177 ayat (3) huruf b sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 179

- (1) Seluruh pendapatan RSUD Wonosari dapat digunakan langsung untuk membiayai belanja maupun pembiayaan RSUD Wonosari.
- (2) Pendapatan RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi seluruh pendapatan Rumah Sakit dari jasa layanan, hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain, APBD dan lain-lain pendapatan BLUD yang sah.
- (3) Pendapatan RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dicantumkan dalam RKA Dinas Kesehatan pada kelompok Pendapatan Asli Daerah (PAD), jenis lain-lain PAD yang sah.

Pasal 180

- (1) Pagu Anggaran belanja RSUD Wonosari dalam RKA Dinas Kesehatan yang sumber dananya berasal dari pendapatan RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud dalam Pasal 179 ayat (2) dan surplus anggaran RSUD Wonosari dirinci dalam satu program, satu kegiatan, satu *out put*.
- (2) Rincian lebih lanjut dari Pagu Anggaran Belanja RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam RBA.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan lampiran dari DPA Dinas Kesehatan.

Pasal 181

- (1) Pembiayaan RSUD Wonosari merupakan Lampiran RKA Dinas Kesehatan selanjutnya diintegrasikan pada akun pembiayaan Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.

- (2) RSUD Wonosari dapat melakukan pergeseran rincian belanja yang ada di RBA, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sepanjang tidak melebihi pagu anggaran perjenis belanja di DPA dan dilaporkan kepada Dewan Pengawas.

Paragraf 2

Prinsip Pengelolaan Keuangan

Pasal 182

- (1) Pengelolaan keuangan RSUD Wonosari berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berazaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Dalam rangka penerapan prinsip dan azas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka dalam penatausahaan keuangan dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Paragraf 3

Fleksibilitas

Pasal 183

- (1) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 182 ayat (1) RSUD Wonosari dengan status BLUD memperoleh fleksibilitas berupa:
- a. pengelolaan pendapatan dan belanja;
 - b. pengelolaan kas;
 - c. pengelolaan utang;
 - d. pengelolaan piutang;
 - e. pengelolaan investasi;
 - f. pengelolaan barang dan/atau jasa;
 - g. pengadaan barang/jasa;
 - h. penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban;
 - i. pengelolaan surplus dan defisit;
 - j. kerjasama dengan pihak lain;
 - k. mempekerjakan tenaga Non ASN;
 - l. pengelolaan dana secara langsung; dan
 - m. perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.

- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), selanjutnya diatur dalam Peraturan Bupati.

Paragraf 4
Tarif Layanan
Pasal 184

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

Pasal 185

- (1) Tarif layanan RSUD Wonosari diusulkan oleh Direktur kepada Bupati.
- (2) Penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (4) Pola tarif dan penetapan besaran tarif disusun oleh Tim Penyusun Suplemen Tarif yang dibentuk oleh Direktur.
- (5) Jika terdapat jenis pelayanan baru yang belum ditetapkan dalam Peraturan Bupati tentang Tarif Layanan, Direktur bisa menetapkan suplemen tarif.

Pasal 186

- (1) Peraturan Bupati mengenai tarif layanan RSUD Wonosari dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.

- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.

Paragraf 5

Struktur Anggaran RSUD Wonosari

Pasal 187

- (1) Struktur anggaran RSUD Wonosari, terdiri atas:
 - a. pendapatan RSUD Wonosari;
 - b. belanja RSUD Wonosari; dan
 - c. pembiayaan RSUD Wonosari.
- (2) Pendapatan RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bersumber dari:
 - a. jasa layanan;
 - b. hibah;
 - c. hasil kerja sama dengan pihak lain;
 - d. APBD;
 - e. APBN; dan/atau
 - f. lain-lain pendapatan RSUD Wonosari yang sah.

Pasal 188

- (1) Pendapatan RSUD Wonosari yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf a berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan RSUD Wonosari yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain.
- (3) Pendapatan RSUD Wonosari yang bersumber dari hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (2), digunakan sesuai dengan tujuan pemberian hibah, sesuai dengan peruntukannya yang selaras dengan tujuan RSUD Wonosari sebagaimana tercantum dalam naskah perjanjian hibah.
- (4) Pendapatan RSUD Wonosari yang bersumber dari Hasil kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf c dapat berupa hasil yang diperoleh dari kerja sama RSUD Wonosari.

- (5) Pendapatan RSUD Wonosari yang bersumber dari APBD dan APBN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf d dan huruf e berupa pendapatan yang berasal dari DPA APBD dan APBN.
- (6) Lain-lain pendapatan RSUD Wonosari yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf f, meliputi:
 - a. jasa giro;
 - b. pendapatan bunga;
 - c. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - d. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh RSUD Wonosari;
 - e. investasi; dan
 - f. pengembangan usaha.

Pasal 189

- (1) Pengembangan usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 188 ayat (6) huruf f dilakukan melalui pembentukan unit usaha untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat.
- (2) Unit usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari RSUD Wonosari yang bertugas melakukan pengembangan layanan dan mengoptimalkan sumber pendanaan untuk mendukung kegiatan RSUD Wonosari.

Pasal 190

- (1) Pendapatan RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf a sampai dengan huruf e dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran RSUD Wonosari sesuai RBA, kecuali yang berasal dari hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (2) Pendapatan RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui Rekening Kas RSUD Wonosari.
- (3) Seluruh pendapatan RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) dilaksanakan melalui rekening kas RSUD Wonosari dan dicatat dalam kode rekening pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap bulan.

- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 191

- (1) Belanja RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (1) huruf b terdiri atas:
 - a. belanja operasi; dan
 - b. belanja modal.
- (2) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mencakup seluruh belanja RSUD Wonosari untuk menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja bunga dan belanja lain.
- (4) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b mencakup seluruh belanja RSUD Wonosari untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan RSUD Wonosari.
- (5) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi belanja tanah, belanja peralatan dan mesin, belanja gedung dan bangunan, belanja jalan, irigasi dan jaringan, belanja aset tetap lainnya, dan belanja aset lainnya.

Pasal 192

- (1) Pembiayaan RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. penerimaan pembiayaan; dan
 - b. pengeluaran pembiayaan.
- (2) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun anggaran berikutnya.

Pasal 193

- (1) Penerimaan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 192 ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya;
 - b. divestasi; dan

- c. penerimaan utang/pinjaman.
- (2) Pengeluaran pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 192 ayat (1) huruf b meliputi:
 - a. investasi; dan
 - b. pembayaran pokok utang/pinjaman.

Paragraf 6

Perencanaan dan Penganggaran RSUD Wonosari

Pasal 194

- (1) Rumah Sakit menyusun Renstra RSUD Wonosari.
- (2) Renstra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan perencanaan 5 (lima) tahun yang disusun untuk menjelaskan strategi pengelolaan BLUD RSUD Wonosari dengan mempertimbangkan alokasi sumber daya dan kinerja dengan menggunakan teknik analisis bisnis.

Pasal 195

Renstra BLUD RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud dalam Pasal 194 ayat (1), dipergunakan sebagai dasar penyusunan RBA dan Evaluasi kinerja.

BAB VII

MANAJEMEN SUMBER DAYA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 196

Manajemen Sumber Daya Rumah Sakit merupakan pengelolaan sarana prasarana pada RSUD Wonosari untuk menunjang ketersediaan seluruh bahan dan alat kesehatan dalam rangka kelancaran pelaksanaan Pelayanan Kesehatan secara luas.

Pasal 197

- (1) Pemenuhan sumber daya berupa sarana prasarana memerlukan ketersediaan data/informasi meliputi penggantian, penambahan, persyaratan pemeliharaan, sebagai komponen pengumpulan data untuk rekomendasi pada teknologi medik dan obat yang diperlukan untuk memberikan pelayanan.

- (2) RSUD Wonosari tidak melakukan uji coba (*trial*) teknologi medik dan obat.
- (3) Dalam rangka pemilihan obat dan teknologi medic, Direktur membentuk Tim Penapisan.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Tim Penapisan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), mendapatkan rekomendasi dari Staf Klinis dan/atau organisasi profesi dalam pemilihan teknologi medik dan obat di RSUD Wonosari.

Bagian Kedua

Perencanaan

Pasal 198

- (1) RSUD Wonosari menyusun analisa kebutuhan Sumber Daya yang merupakan usulan dari seluruh komponen RSUD Wonosari dan dituangkan dalam rencana kerja unit.
- (2) Rencana kerja unit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat masing-masing unit dalam format yang seragam dan di tetapkan Direktur.
- (3) Rencana kerja unit merupakan tahapan dalam proses perencanaan RSUD Wonosari, berdasarkan:
 - a. Renstra RSUD Wonosari;
 - b. Target capaian terhadap status akreditasi dan program kerja RSUD Wonosari;
 - c. Laporan Kinerja pada periode sebelumnya;
 - d. Kemampuan Sumber Daya RSUD Wonosari;
 - e. Risiko yang dihadapi dalam proses pelaksanaan kegiatan dalam program kerja.

Bagian Ketiga

Pengelolaan

Pasal 199

- (1) RSUD Wonosari dalam melaksanakan pengelolaan sarana dan prasarana mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Direktur mengatur dan menetapkan Kebijakan Pengelolaan Sarana dan Prasarana RSUD Wonosari.
- (3) Setiap Kepala Unit di lingkungan RSUD Wonosari melakukan pengawasan atas penyelenggaraan pengelolaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Direktur.

- (4) Unit di lingkungan RSUD Wonosari wajib mengelola dan menatausahakan sarana dan prasarana RSUD Wonosari yang berada dalam pengawasannya dengan sebaik-baiknya.

Pasal 200

- (1) Sarana dan prasarana RSUD Wonosari adalah barang milik BLUD yang merupakan aset yang tidak terpisahkan dari aset Pemerintahan Daerah.
- (2) Barang inventaris milik BLUD yang merupakan sarana dan prasarana RSUD Wonosari yang dapat dihapus dan/atau dialihkan kepada pihak lain atas dasar pertimbangan ekonomis dengan cara dijual, ditukar dan/atau dihibahkan.
- (3) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan barang pakai habis, barang untuk diolah atau dijual, barang lainnya yang tidak memenuhi pernyataan sebagai aset tetap.
- (4) Hasil penjualan barang inventaris sebagai akibat dari pengalihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan pendapatan BLUD.
- (5) Hasil penjualan barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dituangkan secara memadai dalam Laporan Keuangan BLUD.

Pasal 201

- (1) RSUD Wonosari tidak boleh mengalihkan dan/atau menghapus aset tetap kecuali atas persetujuan pejabat yang berwenang.
- (2) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan alat berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan RSUD Wonosari atau dimanfaatkan oleh masyarakat umum.
- (3) Kewenangan pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan berdasarkan jenjang nilai dan jenis barang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Hasil pengalihan aset tetap sebagaimana dimaksud ayat (3) merupakan pendapatan BLUD dan diungkapkan secara memadai dalam Laporan Keuangan BLUD.
- (5) Pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap dilaporkan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (6) Penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi RSUD Wonosari harus mendapat penetapan Bupati melalui Sekretaris Daerah.

- (7) Sarana dan prasarana yang berupa tanah yang dikuasai rumah sakit harus disertifikatkan.
- (8) Sarana dan prasarana RSUD Wonosari yang berupa bangunan harus dilengkapi dengan bukti status kepemilikan dan ditatausahakan secara tertib.

BAB VIII

MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Pasal 202

- (1) Direktur merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (2) Direktur, para pimpinan klinis, dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien.
- (3) Direktur bertanggungjawab memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen rumah sakit terhadap mutu dan keselamatan pasien.
- (4) Direktur mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi RSUD Wonosari serta dukungan pemilik RSUD Wonosari membentuk suatu budaya mutu dan budaya keselamatan pasien di RSUD Wonosari.
- (5) Direktur memilih pendekatan yang digunakan oleh RSUD Wonosari untuk mengukur, menilai serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
- (6) Pengukuran mutu dilakukan menggunakan indikator mutu ditingkat RSUD Wonosari dan ditingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.
- (7) Direktur menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien untuk mengatur dan mengarahkan pelaksanaan setiap harinya.
- (8) Direktur dapat membentuk Komite/Tim tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- (9) Direktur menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di RSUD Wonosari untuk memastikan berjalannya koordinasi diseluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan.

(10) Direktur bertanggungjawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik sebagai berikut:

- a. setiap tiga bulan yang meliputi capaian dan analisis Indikator Nasional Mutu dan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit.
- b. setiap 3 (tiga) bulan Direktur melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik antara lain mencakup:
 1. jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya.
 2. apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut
 3. tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respon terhadap kejadian tersebut.
 4. apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.
- c. khusus untuk kejadian sentinel, Direktur wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 x 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 hari.
- d. Setiap setahun sekali Direktur melaporkan hasil pengukuran Budaya Keselamatan Pasien beserta analisa dan rencana tindak lanjut.

(11) Direktur menetapkan regulasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang dapat berbentuk pedoman dan prosedur-prosedur lainnya antara lain berisi sebagai berikut:

- a. penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur, serta mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- b. peran Direktur dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- c. peran Direktur dan para pimpinan dalam pemilihan indikator mutu ditingkat rumah sakit, Indikator Nasional Mutu, Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit dan Indikator Mutu Prioritas Unit serta keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah;
- d. peran Direktur dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai area fokus untuk perbaikan;

- e. monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan dan bagaimana melakukan monitoringnya;
 - f. proses pengumpulan data, analisis, *feedback*, dan pemberian informasi kepada staf;
 - g. bagaimana alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik rumah sakit;
 - h. bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan surveilans infeksi.
- (12) Direktur dengan jajaran RSUD Wonosari berpartisipasi dalam menetapkan prioritas perbaikan ditingkat rumah sakit yang mencakup :
- a. sasaran Keselamatan Pasien meliputi 6 (enam) sasaran keselamatan pasien;
 - b. pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan perbaikan misalnya pada pelayanan yang berisiko tinggi dan terdapat masalah dalam pelayanan tersebut;
 - c. tujuan strategis RSUD Wonosari yang prioritas perbaikannya dapat dalam bentuk *Key performance Indicator* (KPI);
 - d. perbaikan sistem yang jika dilakukan akan berdampak luas/menyeluruh di RSUD Wonosari yang dapat diterapkan di berbagai unit;
 - e. manajemen risiko untuk melakukan perbaikan secara proaktif terhadap proses berisiko tinggi misalnya yang telah dilakukan Analisa *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA) atau dapat diambil dari profil risiko;
 - f. penelitian klinis dan program Pendidikan Kesehatan.
- (13) Direktur membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan menetapkan dan mengukur kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*) dan dampaknya terhadap pelayanan yang lebih efektif dan efisien.
- (14) Dalam Pelaksanaan teknis kegiatan operasional RSUD Wonosari, Direktur dapat menetapkan kebijakan dan/atau Standar Prosedur Operasional.

BAB IX
MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN KERJA
Pasal 203

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS).
- (2) Penyelenggaraan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. membentuk dan mengembangkan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit; dan
 - b. menerapkan standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS).
- (3) Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit meliputi:
 - a. penetapan kebijakan;
 - b. perencanaan;
 - c. pelaksanaan rencana;
 - d. pemantauan dan evaluasi kinerja; dan
 - e. peninjauan dan peningkatan kinerja.
- (4) Kebijakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a ditetapkan secara tertulis dengan Keputusan Direktur dan disosialisasikan ke seluruh Sumber Daya Manusia di RSUD Wonosari.
- (5) Kebijakan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) meliputi:
 - a. penetapan kebijakan dan tujuan dari program;
 - b. penetapan organisasi; dan
 - c. penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana.
- (6) Perencanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b dibuat berdasarkan manajemen risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS), peraturan perundang-undangan, dan persyaratan lainnya.
- (7) Perencanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) ditetapkan oleh Direktur.
- (8) Pelaksanaan rencana Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c meliputi:
 - a. manajemen risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS);
 - b. keselamatan dan keamanan di RSUD Wonosari;

- c. Pelayanan Kesehatan Kerja;
 - d. pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
 - e. pencegahan dan pengendalian kebakaran;
 - f. pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja;
 - g. pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja; dan
 - h. kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.
- (9) Pelaksanaan rencana Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) sebagaimana dimaksud pada ayat (8) harus didukung oleh sumber daya manusia dibidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS), sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai.
- (10) Pemantauan dan evaluasi kinerja Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d dilakukan oleh sumber daya manusia di bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) yang ditugaskan oleh Direktur.
- (11) Pemantauan dan evaluasi kinerja Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) sebagaimana dimaksud pada ayat (10) dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit.
- (12) Hasil pemantauan dan evaluasi kinerja Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) sebagaimana dimaksud pada ayat (11) digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.
- (13) Peninjauan dan peningkatan kinerja Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf e dilakukan untuk menjamin kesesuaian dan efektivitas penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit.
- (14) Peninjauan sebagaimana dimaksud pada ayat (13) dilakukan terhadap penetapan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan rencana, dan pemantauan dan evaluasi.
- (15) Hasil peninjauan sebagaimana digunakan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS).

BAB X
MANAJEMEN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI
Pasal 204

- (1) Direktur menetapkan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Direktur Bertanggung jawab terhadap tersedianya fasilitas sarana dan prasarana termasuk anggaran yang dibutuhkan untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (3) Direktur Menentukan kebijakan strategi pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi:
 - a. Pelaksanaan kebersihan tangan;
 - b. Penggunaan Alat Pelindung Diri yang tepat sesuai level risiko;
 - c. Surveilans risiko infeksi;
 - d. Investigasi wabah (*outbreak*) penyakit infeksi;
 - e. Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikroba secara aman;
 - f. Asesmen berkala terhadap risiko;
 - g. Menerapkan sasaran penurunan risiko; dan
 - h. Mengukur dan mereview risiko infeksi.
- (4) Direktur mengadakan evaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
- (5) Direktur mengadakan evaluasi kebijakan pemakaian antibiotika yang rasional dan desinfektan di RSUD Wonosari berdasarkan saran dari Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- (6) Direktur menutup suatu unit perawatan atau instalasi yang dianggap potensial menularkan penyakit untuk beberapa waktu sesuai kebutuhan berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- (7) Dalam pelaksanaan teknis kegiatan operasional RSUD Wonosari terkait Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Direktur mengesahkan Regulasi dan standar prosedur operasional yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (8) Direktur memfasilitasi kebutuhan program kesehatan kerja atau karyawan terutama bagi petugas di area berisiko.

BAB XI
MANAJEMEN KERJASAMA/KONTRAK
Bagian Kesatu
Umum
Pasal 205

- (1) RSUD Wonosari dapat melakukan kerjasama dengan pihak lain, untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan.
- (2) Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan saling menguntungkan.
- (3) Prinsip saling menguntungkan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berbentuk finansial dan/atau non finansial.
- (4) Kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. kerjasama operasional;
 - b. kerjasama pemanfaatan barang milik daerah;
 - c. kerjasama klinis (kontrak klinis);
 - d. kerjasama manajemen (kontrak manajemen).
- (5) Penatalaksanaan Kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud ayat (4) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Bagian Kedua
Pengelolaan Jenis Kerja Sama
Pasal 206

- (1) kerjasama operasional sebagaimana dimaksud pada Pasal 205 ayat (4) huruf a disebut Kerja Sama Operasional (KSO) dilakukan melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan mitra kerja sama dengan tidak menggunakan atau menggunakan barang milik Daerah.
- (2) kerjasama pemanfaatan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 205 ayat (4) huruf b dilakukan melalui pendayagunaan barang milik Daerah dan/atau optimalisasi barang milik Daerah dengan tidak mengubah status kepemilikan untuk memperoleh pendapatan dan tidak mengurangi kualitas.

- (3) Kerjasama Klinis (Kontrak Klinis) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 205 ayat (4) huruf c dapat dilakukan dengan Tenaga Staf Medis Spesialis, Spesialis Konsultan, Subspesialis, berdasarkan analisis kebutuhan RSUD Wonosari dan berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh Kelompok Staf Medis Fungsional dengan Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan setelah mendapat persetujuan dari Direktur atas usulan dari Ketua Komite Medik.
- (4) Kontrak Klinis dengan Tenaga Staf Medis /Individu Staf Klinis Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dilengkapi Pakta Integritas Staf Klinis untuk mematuhi peraturan perundang-undangan dan Regulasi Rumah Sakit.
- (5) Regulasi RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi Kredensial, Rekredensial, Penilaian Kinerja, Standar Prosedur Operasional (SPO), Kode Etik, dan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Rumah Sakit.
- (6) Selain Kerjasama Klinis (Kontrak Klinis) sebagaimana dimaksud pada ayat (4) RSUD Wonosari juga dapat bekerjasama dengan Badan Hukum/Institusi dalam rangka pelaksanaan bidang kesehatan sebagai Rumah Sakit Rujukan Regional.
- (7) kerjasama manajemen (Kontrak Manajemen) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 205 ayat (4) huruf d dilakukan dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan operasional RSUD Wonosari dan kelancaran pelaksanaan Pelayanan Kesehatan dengan Badan Hukum/ Institusi yaitu:
 - a. kerjasama penunjang medis/non medis; dan
 - b. kerjasama pelaksanaan sebagai Rumah Sakit Pendidikan dan Pengembangan Penelitian.
- (8) Kontrak manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf a dapat meliputi kontrak untuk alat laboratorium, peralatan kedokteran, peralatan penunjang medis, obat-obatan, kontrak pelayanan, kontrak sumber daya manusia, pelayanan akuntansi keuangan, kebersihan, kerumahtanggaan seperti petugas keamanan, parkir, makanan, linen/*laundry*, pengolah limbah dan kontak manajemen lainnya sesuai kebutuhan RSUD Wonosari.
- (9) Pendapatan yang berasal dari kerjasama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 205 ayat (4) yang sepenuhnya untuk menyelenggarakan tugas dan fungsi kegiatan RSUD Wonosari merupakan pendapatan RSUD Wonosari.

- (10) Pembiayaan yang timbul akibat dilakukannya kerjasama sebagaimana dimaksud Pasal 205 ayat (4) dibebankan pada anggaran fungsional RSUD Wonosari berdasarkan kesepakatan kedua pihak.
- (11) Pemanfaatan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud pada Pasal 205 ayat (4) huruf b mengikuti peraturan perundang-undangan.
- (12) Direktur menjabarkan secara tertulis jenis dan ruang lingkup, sifat dan cakupan pelayanan yang disediakan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.
- (13) Direktur bertanggung jawab terhadap kerjasama (kontrak) atau pengaturan lainnya.
- (14) Tata cara pelaksanaan kerjasama/kontrak selanjutnya diatur dengan Peraturan Direktur.
- (15) Kepala Bagian/Bidang secara berjenjang berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan kontrak manajemen.

Bagian Ketiga
Evaluasi Kontrak
Pasal 207

- (1) RSUD Wonosari perlu melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien berdasarkan atas kontrak atau perjanjian kerjasama lainnya.
- (2) Kontrak dan perjanjian kerjasama lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan berdasarkan kontrak tersebut.
- (3) Setiap kerjasama/kontrak yang telah dilengkapi indikator mutu harus dilaporkan ke RSUD Wonosari sesuai dengan mekanisme pelaporan mutu di RSUD Wonosari.
- (4) Kepala Bagian/Bidang melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen dibawah tanggungjawabnya.

BAB XII
MANAJEMEN PENDIDIKAN, PELATIHAN DAN PENELITIAN
Bagian Kesatu
Pendidikan dan Pelatihan
Pasal 208

- (1) Setiap staf mendapat kesempatan meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilannya melalui pendidikan dan pelatihan dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan.
- (2) Kesempatan staf untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Pendidikan dan pelatihan harus sudah direncanakan, tertuang dalam rencana kerja anggaran dan atau sesuai dengan kebutuhan.
- (4) Pendidikan dan pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diselenggarakan di RSUD Wonosari maupun dengan mengirim ke lembaga atau institusi penyelenggara pendidikan dan pelatihan.

Pasal 209

Monitoring dan kendali mutu pendidikan dan pelatihan dilaksanakan oleh satuan pemeriksa internal RSUD Wonosari.

Bagian Kedua
Rumah Sakit Pendidikan
Pasal 210

Rumah Sakit dalam menjalankan fungsinya sebagai Rumah Sakit Pendidikan memiliki fungsi pelayanan pendidikan, dan penelitian bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain.

Pasal 211

- (1) Dalam menjalankan fungsi pelayanan bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain, Rumah Sakit Pendidikan bertugas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan terintegrasi dengan mengutamakan tata kelola klinis yang baik, perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain berbasis bukti dengan memperhatikan aspek etika profesi dan hukum kesehatan.

- (2) Pelayanan bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai kebutuhan medis pasien/klien, standar pelayanan, dan mengutamakan keselamatan pasien/klien.

Pasal 212

- (1) Rumah Sakit Pendidikan bersama Institusi Pendidikan harus melakukan perencanaan pembelajaran klinik kepada Mahasiswa yang telah disesuaikan dengan pelayanan bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain.
- (2) Pembelajaran klinik kepada mahasiswa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memiliki :
 - a. target pembelajaran yang jelas;
 - b. kegiatan yang terstruktur dan berimbang; dan
 - c. sistem evaluasi yang jelas dan objektif.

Pasal 213

- (1) Pelayanan bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain di Rumah Sakit Pendidikan dilakukan dengan menugaskan pembimbing klinik sebagai penanggung jawab pelayanan untuk memberikan pembelajaran klinik kepada mahasiswa.
- (2) Pembelajaran klinik kepada mahasiswa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui pelayanan yang diberikan oleh pembimbing klinik dan/atau pelayanan yang diberikan oleh mahasiswa dengan bimbingan dan pengawasan dosen sebagai penanggung jawab pelayanan.
- (3) Penugasan pembimbing klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 214

- (1) Rumah Sakit Pendidikan hanya dapat menerima mahasiswa sesuai dengan :
 - a. rasio jumlah pembimbing klinik dengan mahasiswa; dan
 - b. jumlah dan variasi jenis kasus penyakit.

- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai jumlah mahasiswa, jumlah dan variasi jenis kasus penyakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur sesuai peraturan yang berlaku dan selanjutnya dituangkan dalam Peraturan Direktur.

Bagian Ketiga
Tim Koordinasi Pendidikan
Pasal 215

- (1) Dalam rangka melaksanakan koordinasi terhadap seluruh proses pembelajaran klinik di Rumah Sakit Pendidikan, dibentuk Tim Koordinasi Pendidikan.
- (2) Tim Koordinasi Pendidikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh Direktur bersama pimpinan Institusi Pendidikan dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit Pendidikan.
- (3) Tim Koordinasi Pendidikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan unit fungsional dan berkedudukan di Rumah Sakit Pendidikan.

Pasal 216

- (1) Tim Koordinasi Pendidikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 215 ayat (1) mempunyai tugas :
 - a. memberikan dukungan administrasi proses pembelajaran klinik di Rumah Sakit Pendidikan;
 - b. menyusun perencanaan kegiatan dan anggaran belanja tahunan pembelajaran klinik sesuai kebutuhan;
 - c. menyusun perencanaan kebutuhan sarana dan prasarana yang diperlukan Mahasiswa;
 - d. membentuk sistem informasi terpadu untuk menunjang penyelenggaraan fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain;
 - e. melakukan koordinasi dalam rangka fasilitasi kepada seluruh Mahasiswa yang melaksanakan pembelajaran klinik, serta dosen dan penyelia yang melakukan bimbingan dan supervisi proses pembelajaran klinik Mahasiswa di Rumah Sakit Pendidikan;

- f. melakukan supervisi dan koordinasi penilaian kinerja terhadap dosen atas seluruh proses pelayanan yang dilakukan, termasuk yang dilakukan di jejaring Rumah Sakit Pendidikan dan/atau yang terkait dengan sistem rujukan;
 - g. melakukan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan proses pembelajaran klinik Mahasiswa; dan
 - h. melaporkan hasil kerja secara berkala kepada Direktur Rumah Sakit Pendidikan dan pimpinan Institusi Pendidikan.
- (2) sistem informasi terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d merupakan wadah dan sarana komunikasi aktif antara Rumah Sakit Pendidikan dan Institusi Pendidikan.

Bagian Keempat
Pengendalian Mutu Pendidikan
Pasal 217

- (1) Direktur Rumah Sakit Pendidikan dan pimpinan Institusi Pendidikan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan pengendalian mutu pelayanan, pendidikan, dan penelitian dalam rangka pendidikan klinis di Rumah Sakit Pendidikan.
- (2) Pengendalian mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan cara:
- a. internal; dan
 - b. eksternal.
- (3) Pengendalian mutu secara internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a diimplementasikan dalam pemenuhan standar Rumah Sakit Pendidikan.
- (4) Pengendalian mutu secara eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan melalui proses akreditasi rumah sakit untuk pengendalian terhadap mutu Rumah Sakit Pendidikan yang menyangkut unsur masukan (*input*), proses, keluaran (*output*), dan hasil (*outcome*).

BAB XIII
MANAJEMEN ETIK
Pasal 218

- (1) Pimpinan RSUD Wonosari menetapkan kerangka kerja Pedoman Pengelolaan Etik RSUD Wonosari untuk menangani masalah etik RSUD Wonosari meliputi finansial, pemasaran, penerimaan pasien dan yang lainnya termasuk konflik etika antar profesi serta konflik kepentingan staf yang mungkin bertentangan dengan hak dan kepentingan pasien.
- (2) Pedoman Pengelolaan Etik RSUD Wonosari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengatur :
 - a. Tanggung jawab Direktur secara profesional dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan serta budaya kerja yang berpedoman pada etika dan perilaku etis termasuk etika pegawai;
 - b. Penerapan etika dengan bobot yang sama pada kegiatan bisnis/ manajemen maupun kegiatan klinis/pelayanan RSUD Wonosari;
 - c. Acuan keselarasan antara kinerja dan sikap organisasi Tenaga Kesehatan dan staf rumah sakit dengan visi, misi dan pernyataan nilai-nilai RSUD Wonosari, serta kebijakan sumber daya manusia;
 - d. Pedoman bagi Tenaga Kesehatan, staf, serta pasien dan keluarga pasien ketika menghadapi dilema etis dalam asuhan pasien seperti perselisihan antar profesional serta perselisihan antara pasien dan dokter mengenai keputusan dalam asuhan dan pelayanan; dan
 - e. Pertimbangan norma-norma nasional dan internasional berkaitan dengan penyusunan kerangka etik dan pedoman lainnya.

Pasal 219

RSUD Wonosari membentuk dan menetapkan Komite yang mengelola etik rumah sakit dengan keputusan Direktur.

Pasal 220

- (1) Komite etik RSUD Wonosari menyusun Kode etik rumah sakit yang mengacu pada kode etik rumah sakit indonesia yang berisi :
 - a) kewajiban umum RSUD Wonosari;
 - b) kewajiban RSUD Wonosari terhadap masyarakat dan lingkungan;
 - c) kewajiban RSUD Wonosari terhadap pasien;

- d) kewajiban RSUD Wonosari terhadap pimpinan, staf dan karyawan;
dan
 - e) hubungan RSUD Wonosari dengan Lembaga terkait.
- (2) Komite etik RSUD Wonosari menyusun pedoman pengelolaan etik RSUD Wonosari meliputi:
- a) menjelaskan pelayanan yang diberikan pada pasien secara jujur;
 - b) melindungi kerahasiaan informasi pasien;
 - c) mengurangi kesenjangan dalam akses untuk mendapatkan Pelayanan Kesehatan dan dampak klinis;
 - d) menetapkan kebijakan tentang pendaftaran pasien, transfer dan pemulangan pasien;
 - e) mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran hasil kinerja klinis dan non klinis;
 - f) keterbukaan kepemilikan agar tidak terjadi konflik kepentingan;
 - g) menetapkan mekanisme bahwa praktisi Kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis (*clinical error*) atau mengajukan kekhawatiran etik tanpa takut dihukum;
 - h) mendukung keterbukaan dalam sistem pelaporan mengenai masalah/isu etik tanpa takut diberikan sanksi;
 - i) memberikan solusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etik yang terjadi;
 - j) memastikan praktik non diskriminasi dalam pelayanan pasien dengan mengingat norma hukum dan budaya negara;
 - k) tagihan biaya pelayanan harus akurat dan dipastikan bahwa intensif dan pengelolaan pembayaran tidak menghambat pelayanan pasien;
dan
 - l) pengelolaan kasus etik pada konflik etik antar profesi di RSUD Wonosari, serta menerapkan Kode Etik Rumah Sakit (*Code of Conduct*) bagi staf sebagai pedoman perilaku sesuai dengan standar etik di RSUD Wonosari.

BAB XIV

MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN

Pasal 221

- (1) Direktur menciptakan dan mendukung budaya keselamatan diseluruh area rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

- (2) Direktur menerapkan, memantau dan mengambil tindakan serta mendukung budaya keselamatan diseluruh area RSUD Wonosari.
- (3) Direktur menetapkan program budaya keselamatan serta mendukung penerapannya secara akuntabel dan transparan.
- (4) Direktur menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf di RSUD Wonosari.
- (5) Seluruh pemangku kepentingan di RSUD Wonosari bertanggung jawab mewujudkan budaya keselamatan dengan menerapkan perlakuan yang adil (*just culture*) ketika terjadi kesalahan.
- (6) Direktur menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi terkait budaya keselamatan bagi semua staf yang bekerja di RSUD Wonosari.
- (7) Direktur menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di RSUD Wonosari.
- (8) Direktur mengembangkan sistem yang rahasia, sederhana dan mudah diakses bagi staf untuk mengidentifikasi dan melaporkan perilaku yang tidak diinginkan dan menindaklanjutinya.
- (9) Direktur melakukan pengukuran untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan di RSUD Wonosari serta hasil yang diperoleh digunakan untuk perbaikan penerapannya di RSUD Wonosari.

BAB XV

MANAJEMEN PENANGANAN PENGADUAN

Bagian Kesatu

Pengaduan Internal dan Eksternal

Pasal 222

- (1) Pengaduan Internal adalah pengaduan di lingkup RSUD Wonosari yang dilakukan oleh Pegawai.
- (2) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa :
 - a. Pengaduan ketidakpuasan, dan/atau keluhan Pegawai RSUD Wonosari terhadap Manajemen RSUD Wonosari;
 - b. Pelanggaran pelaksanaan tugas dan fungsi yang dilakukan Pegawai; dan
 - c. Informasi tentang dugaan pelanggaran kode etik dan perilaku.
- (3) Pengaduan Eksternal adalah pengaduan yang dilakukan oleh masyarakat baik perseorangan maupun kelompok terhadap RSUD Wonosari.

- (4) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berupa informasi/pemberitahuan berisi keluhan, dan/atau ketidakpuasan terkait dengan perilaku/pelayanan langsung maupun tidak langsung yang diberikan oleh pihak RSUD Wonosari.
- (5) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat disampaikan dengan Surat resmi maupun secara langsung kepada pihak manajemen RSUD Wonosari.
- (6) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat disampaikan melalui kotak saran, media elektronik, media cetak, dan secara langsung kepada pihak manajemen RSUD Wonosari.

Bagian Kedua
Penanganan Pengaduan
Pasal 223

- (1) Penanganan terhadap pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 222 ayat (2) huruf a dilakukan oleh Manajemen RSUD Wonosari, harus diselesaikan dengan cara musyawarah dan mufakat.
- (2) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 222 ayat (2) huruf b dilakukan oleh atasan langsung pegawai secara berjenjang.
- (3) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 222 ayat (2) huruf c dilakukan oleh Komite Etik Rumah Sakit, Sub Komite Etik Komite Medik dan Sub Komite Etik Komite Keperawatan.
- (4) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 222 ayat (3) dilakukan oleh Manajemen RSUD Wonosari melalui Tim Penanganan Pengaduan.

BAB XVI
MANAJEMEN PENGELOLAAN LINGKUNGAN RSUD WONOSARI
DAN SUMBER DAYA LAIN
Pasal 224

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

Pasal 225

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 224 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, yang terdiri dari limbah medis dan limbah non medis.
- (2) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan perundang-undangan.

Pasal 226

- (1) Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, gedung dan jalan dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengelolaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RSUD Wonosari.

BAB XVII

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 227

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

Pasal 228

Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 227 ayat (3) harus memenuhi persyaratan :

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

e. tepat waktu.

Pasal 229

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 228 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi RSUD Wonosari.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 228 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 228 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 228 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi RSUD Wonosari.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 228 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

BAB XVIII

EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pasal 230

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja RSUD Wonosari dilakukan setiap tahun oleh Dewan Pengawas terhadap:
 - a. aspek keuangan; dan
 - b. non keuangan.
- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan RSUD Wonosari sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategi Bisnis dan Rencana Bisnis Anggaran.

Pasal 231

Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 230 ayat (1) huruf a dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan RSUD Wonosari dalam:

- a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
- b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas).
- c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
- d. kemampuan menerima dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.

Pasal 232

Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 230 ayat (1) huruf b dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

BAB XIX

INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu

Hak dan Kewajiban RSUD Wonosari

Pasal 233

- (1) RSUD Wonosari berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku dan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) RSUD Wonosari wajib menyimpan rekam medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (3) Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diberikan kepada:
 - a. pasien ataupun pihak lain atas izin pasien secara tertulis; dan
 - b. pengadilan untuk kepentingan peradilan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Hak dan Kewajiban Dokter RSUD Wonosari

Pasal 234

- (1) Dokter RSUD Wonosari berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya.
- (2) Dokter RSUD Wonosari berkewajiban untuk:
 - a. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan

- b. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, etika dan hukum profesi kedokteran.

Bagian Ketiga

Hak dan Kewajiban Pasien RSUD Wonosari

Pasal 235

- (1) Pasien RSUD Wonosari berhak untuk:
 - a. memperoleh informasi tentang tata tertib dan peraturan yang berlaku di RSUD Wonosari;
 - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - c. memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi;
 - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
 - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
 - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
 - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai keinginannya dan peraturan yang berlaku di RSUD Wonosari;
 - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang setara, yang mempunyai surat izin praktik baik di dalam maupun di luar RSUD Wonosari;
 - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya termasuk data-data medisnya;
 - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko 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;
 - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di RSUD Wonosari;

- o. mengajukan usul, saran, perbaikan, atas perlakuan RSUD Wonosari terhadap dirinya;
 - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 - q. menggugat dan/atau menuntut RSUD Wonosari apabila RSUD Wonosari diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan/atau
 - r. mengeluhkan pelayanan RSUD Wonosari yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pasien RSUD Wonosari berkewajiban untuk:
- a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya; dan
 - b. mentaati seluruh prosedur yang berlaku di RSUD Wonosari.

BAB XX

TUNTUTAN HUKUM DAN PEMBERIAN BANTUAN HUKUM

Pasal 236

- (1) Dalam hal pegawai RSUD Wonosari dituntut berkaitan dengan hukuman pidana dan/atau perdata, maka tindak lanjut berdasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka RSUD Wonosari bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau standar prosedur operasional yang telah ditetapkan.
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu yang tidak mematuhi aturan atau standar prosedur operasional yang telah ditetapkan, maka RSUD Wonosari tidak bertanggung jawab atas tuntutan tersebut.
- (4) Apabila hasil investigasi menunjukkan kebenaran dugaan pelanggaran, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberlakukan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (5) Pemerintah Daerah Kabupaten Gunungkidul dapat menyediakan anggaran terhadap kasus penyelesaian hukum terhadap masyarakat

sebagai perlindungan hukum dan bantuan hukum sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (6) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilakukan sesuai mekanisme permohonan dari pihak berwajib atau penegak hukum.
- (7) Mekanisme pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dilakukan dengan mekanisme permohonan dari Penegak Hukum melalui RSUD Wonosari disampaikan kepada Bagian Hukum dan Hak Asasi Manusia Sekretariat Daerah Kabupaten Gunungkidul.
- (8) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dengan anggaran APBD Kabupaten Gunungkidul.

BAB XXI

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 237

Peraturan Direktur dan Keputusan Direktur yang telah ditetapkan sebelum Peraturan Bupati ini ditetapkan dinyatakan masih tetap berlaku dan untuk selanjutnya harus menyesuaikan berdasarkan Peraturan Bupati ini paling lama 6 (enam) bulan sejak Peraturan Bupati ini diundangkan.

BAB XXII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 238

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku maka :

1. Peraturan Bupati Gunungkidul Nomor 103 Tahun 2019 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari (Berita Daerah Kabupaten Gunungkidul Tahun 2019 Nomor 103);
2. Peraturan Bupati Gunungkidul Nomor 59 Tahun 2015 tentang Pembentukan Dewan Pengawas Pada Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari (Berita Daerah Kabupaten Gunungkidul Tahun 2015 Nomor 59) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Bupati Gunungkidul Nomor 29 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Gunungkidul Nomor 59 Tahun 2015 tentang Pembentukan Dewan Pengawas Pada Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari (Berita Daerah Kabupaten Gunungkidul Tahun 2019 Nomor 29);

dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 239

Peraturan Direktur dan Keputusan Direktur sebagai pelaksanaan dari Peraturan Bupati ini ditetapkan paling lama 6 (enam) bulan sejak Peraturan Bupati ini diundangkan.

Pasal 240

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah.

Ditetapkan di Wonosari
pada tanggal 13 September 2022

BUPATI GUNUNGKIDUL

M. SUNARYANTA

Diundangkan di Wonosari
Pada tanggal 13 September 2022

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN GUNUNGKIDUL,

DRAJAD RUSWANDONO

BERITA DAERAH KABUPATEN GUNUNGKIDUL TAHUN 2022 NOMOR 59.

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI GUNUNGKIDUL
NOMOR 59 TAHUN 2022
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH WONOSARI

CAP DAN STEMPEL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WONOSARI

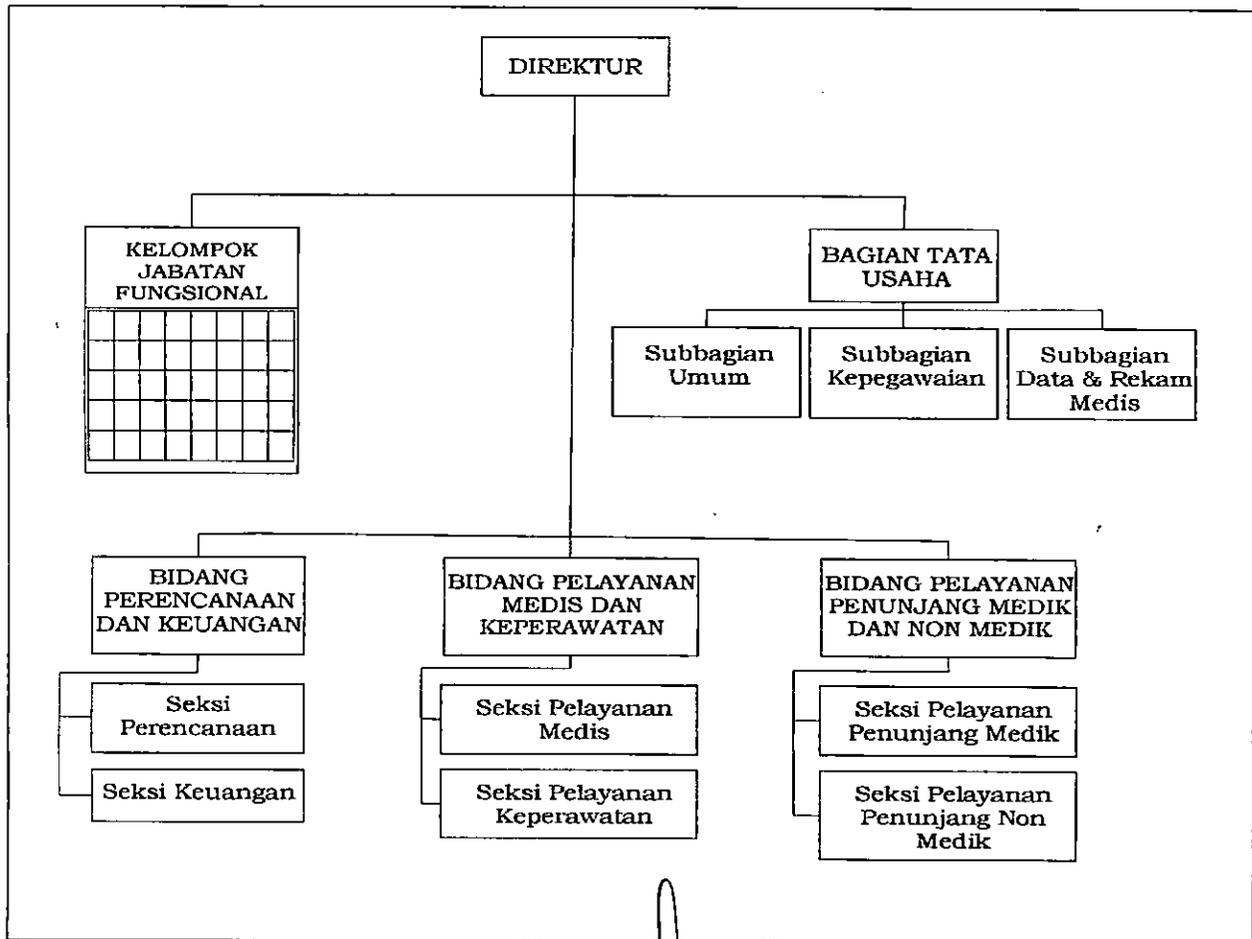


BUPATI GUNUNGKIDUL

M. SUNARYANTA

LAMPIRAN II
PERATURAN BUPATI GUNUNGGKIDUL
NOMOR 59 TAHUN 2022
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH WONOSARI

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WONOSARI



BUPATI GUNUNGGKIDUL

M. SUNARYANTA