



SALINAN

BUPATI TABALONG
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

PERATURAN BUPATI TABALONG
NOMOR 45 TAHUN 2019

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH H. BADARUDDIN KASIM

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TABALONG

- Menimbang :
- a. bahwa berdasarkan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*);
 - b. bahwa dalam rangka menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah H. Badaruddin Kasim sesuai Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 perlu dibuat Peraturan Internal (*Hospital by Laws*) Rumah Sakit ;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan peraturan Bupati Tabalong tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah H. Badaruddin Kasim;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Tanah Laut, Daerah Tingkat II Tapin, Daerah Tingkat II Tabalong dengan mengubah Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2756);
 2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144,

- Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5036);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang – Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang – Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3679);
 6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159 b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
 8. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 119/PMK.05/2008 Tentang Persyaratan Administrasi dalam rangka Pengubahan dan Penetapan Satuan Kerja Pemerintah Daerah untuk menerapkan PPK-BLU;
 9. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 76/PMK.05/2008 tentang Pedoman Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum;
 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;
 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit;
 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggara Komite Medik di Rumah Sakit;
 14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 413);
 15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 tahun 2013 Tentang Komite Keperawatan;
 16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
 17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
 18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan

- Internal Rumah Sakit;
19. Peraturan Daerah Kabupaten Tabalong Nomor 05 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tabalong Tahun 2016 Nomor 05, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Tabalong Nomor 02);
 20. Peraturan Bupati Kabupaten Tabalong Nomor 43 Tahun 2015 tentang Uraian Tugas Rumah Sakit Umum Daerah H Badaruddin Tanjung.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH H.BADARUDDIN KASIM.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang di maksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Tabalong
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintah daerah.
3. Bupati adalah Bupati Kabupaten Tabalong.
4. Peraturan internal rumah sakit (*hospital bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis
5. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah H. Badaruddin Kasim yang selanjutnya disingkat RSUD H. Badaruddin Kasim.
6. BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) 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 keuangan daerah pada umumnya.
7. Dewan Pengawas adalah dewan yang dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal RSUD H. Badaruddin Kasim.
8. Direktur adalah Direktur RSUD H. Badaruddin Kasim.
9. Pengelola adalah pengelola Rumah Sakit, dalam hal ini adalah pimpinan/manajemen Rumah Sakit yang menjalankan fungsi manajemen dan bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit
10. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah satuan kerja fungsional untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktek bisnis yang sehat dan bertanggung jawab kepada Direktur.

11. Pegawai Rumah Sakit adalah Pegawai Negeri Sipil dan Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil.
12. Dokter dan Dokter Gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan, memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP) yang sah, serta telah mendapatkan penempatan atau terikat perjanjian dengan Rumah Sakit dan oleh karenanya diberi kewenangan untuk melakukan pelayanan dan/atau tindakan medis di Rumah Sakit.
13. Komite adalah sejumlah orang yang di tunjuk untuk melaksanakan tugas tertentu.
14. Staf Medis Fungsional adalah dokter (dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis) yang bergabung dalam salah satu kelompok staf medis yang dinamakan Staf Medis Fungsional (SMF).
15. Kelompok Staf Medis (KSM) adalah satuan kerja fungsional di Rumah Sakit yang terdiri dari kelompok dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter dan dokter gigi, yang dikelompokkan berdasarkan spesialisasi /keahlian /kompetensi yang sama, atau dengan cara lain berdasarkan pertimbangan khusus
16. Kelompok Fungsional Keperawatan yang selanjutnya disingkat KFK adalah Sekelompok tenaga keperawatan yang bertugas di RSUD H.Badaruddin Kasim.
17. Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis/staf keperawatan untuk melakukan sekelompok pelayanan medis/keperawatan tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
18. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis/keperawatan untuk melakukan sekelompok pelayanan medis/keperawatan di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis/keperawatan yang bersangkutan.
19. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis/staf keperawatan/tenaga kesehatan lainnya untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
20. Rekredensial adalah proses evaluasi ulang terhadap staf medis/staf keperawatan/tenaga kesehatan lainnya yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
21. Telaah Keprofesian (*clinical appraisal*) adalah telaah yang ditinjau dari segi pengetahuan (*knowledge*), ketrampilan (*skill*) dan perilaku (*attitude*) yang bersangkutan dibidang keahlian profesinya.
22. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
23. Komite Keperawatan adalah sekelompok tenaga perawat yang keanggotaannya dipilih dari dan oleh staf keperawatan fungsional yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

24. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah sekelompok orang yang ditunjuk Direktur bertanggung jawab dalam hal peningkatan mutu dan keselamatan pasien termasuk manajemen resiko pada pelayanan Rumah Sakit H. Badaruddin Kasim.
25. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat K3RS adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit.
26. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah sekelompok staf fungsional yang mengupayakan untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
27. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah sekelompok tenaga kesehatan dari masing-masing perwakilan profesi diluar medis dan perawat pada pelayanan Rumah Sakit H. Badaruddin Kasim yang berkedudukan di bawah Direktur.
28. Kelompok Fungsional Tenaga Kesehatan Lainnya adalah kelompok fungsional yang terdiri dari bidan, apoteker, tenaga teknis kefarmasian, sanitarian, nutrisisionis, fisioterapi, okupasi terapi, ortotis prostetis, teknisi transfusi darah, ahli teknologi laboratorium medik, teknisi elektro medik, penata anestesi, refraktrosionis optisien, terapis gigi dan mulut, perekam medis dan informasi kesehatan, radiografer.
29. Mitra Bestari adalah sekelompok tenaga profesional dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan kompetensi profesi tenaga kesehatan.
30. Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba yang selanjutnya disingkat KPRA adalah komite yang dibentuk dalam rangka mengendalikan penggunaan antimikroba secara luas di fasilitas pelayanan kesehatan Rumah Sakit.
31. Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur untuk penerapan etika rumah sakit dan hukum perumahsakit.
32. Komite Farmasi dan Terapi yang selanjutnya disingkat KFT adalah Komite yang memberikan rekomendasi penggunaan obat di Rumah Sakit.

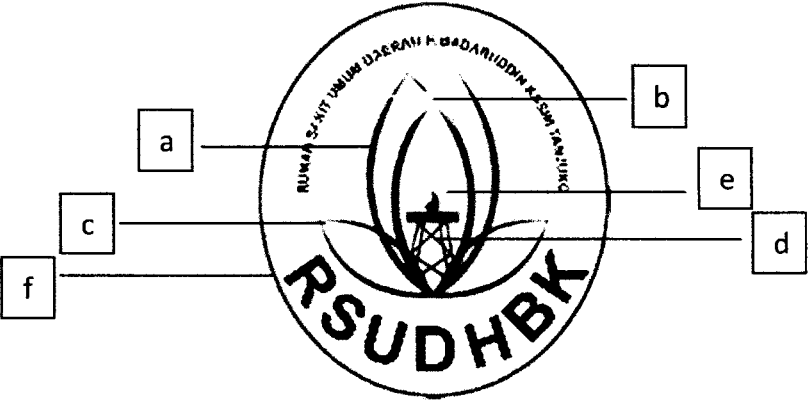
BAB II

NAMA, ALAMAT, KELAS, VISI, MISI, MAKLUMAT, JANJI, MOTTO, FILOSOFI, TUJUAN BUDAYA KERJA, CAP DAN KOP SURAT RESMI RSUD H. BADARUDDIN KASIM

Pasal 2

- (1) Rumah Sakit ini bernama Rumah Sakit Umum Daerah H.Badaruddin Kasim, disingkat RSUD H. Badaruddin Kasim Berdasarkan Keputusan Bupati Tabalong Nomor : 188.45/602/2019 tentang Pendirian Rumah Sakit Umum Daerah H. Badaruddin Kasim Tanggal 14 November 2019.

- (2) RSUD H. Badaruddin Kasim adalah Rumah Sakit dengan klasifikasi kelas C Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.01.07/MENKES/373/2019 tentang Pedoman Review Rumah Sakit.
- (3) Izin Operasional Rumah Sakit dikeluarkan oleh Dinas Penanaman Modal dan Terpadu Satu Pintu yang ditanda tangani atas nama Bupati Tabalong nomor: B-01/DPM PTSP/503- SIOP-RS/XII/2018 Tanggal 11 Desember 2018.
- (4) Filosofi (lambang rumah sakit dan penjelasannya) :

<p>Lambang :</p>																						
<p>Penjelasan:</p>	<p>1. Bunga Tanjung dan Tugu Tanjung Puri :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kuncupnya mengandung arti kekuatan yang membumbung tinggi keatas. b. Bintang mengandung arti Ketuhanan. c. Daun mengarah ke atas mengandung saling bahu-membahu, melindungi, mengayomi, indah dan saling ketergantungan. d. Api melambangkan cahaya abadi, semangat yang terus berkobar e. Tugu Tanjung Puri mengandung arti monumen daerah Kabupaten Tabalong f. Lingkaran mengandung arti dinamis, bergerak memiliki kecepatan, sesuatu yang berulang, tidak terputus, tidak memiliki awal dan akhir, abadi, dapat diandalkan, sesuatu yang sempurna, serta kehidupan. <p>2. Warna :</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">a. Biru</td> <td style="width: 10%;">:</td> <td>Kepercayaan, Keamanan, Kebersihan, teknologi.</td> </tr> <tr> <td>b. Putih</td> <td>:</td> <td>Suci, kedamaian, pencapaian diri, spritualitas, kesadaran, kedewasaan.</td> </tr> <tr> <td>c. Merah</td> <td>:</td> <td>Keberanian, energi, kekuatan, pencapaian tujuan, cinta.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>:</td> <td>Loyalitas, kehangatan, energi sosial, kerjasama, kebahagiaan.</td> </tr> <tr> <td>e. Hijau</td> <td>:</td> <td>Alami, sehat, asri dan pembaharuan.</td> </tr> <tr> <td>f. Hitam</td> <td>:</td> <td>Kekuatan (Power)</td> </tr> <tr> <td>g. Abu-abu</td> <td>:</td> <td>Intelektual, masa depan</td> </tr> </table>	a. Biru	:	Kepercayaan, Keamanan, Kebersihan, teknologi.	b. Putih	:	Suci, kedamaian, pencapaian diri, spritualitas, kesadaran, kedewasaan.	c. Merah	:	Keberanian, energi, kekuatan, pencapaian tujuan, cinta.		:	Loyalitas, kehangatan, energi sosial, kerjasama, kebahagiaan.	e. Hijau	:	Alami, sehat, asri dan pembaharuan.	f. Hitam	:	Kekuatan (Power)	g. Abu-abu	:	Intelektual, masa depan
a. Biru	:	Kepercayaan, Keamanan, Kebersihan, teknologi.																				
b. Putih	:	Suci, kedamaian, pencapaian diri, spritualitas, kesadaran, kedewasaan.																				
c. Merah	:	Keberanian, energi, kekuatan, pencapaian tujuan, cinta.																				
	:	Loyalitas, kehangatan, energi sosial, kerjasama, kebahagiaan.																				
e. Hijau	:	Alami, sehat, asri dan pembaharuan.																				
f. Hitam	:	Kekuatan (Power)																				
g. Abu-abu	:	Intelektual, masa depan																				

- (5) RSUD H. Badaruddin Kasim berkedudukan di Jalan Tanjung Baru Desa Maburai (Kode Wilayah 63.09.06.2004), Kecamatan Murung Pudak (Kode Wilayah 63.09.06), Kabupaten Tabalong (Kode Wilayah 63.09) Kode Pos 71571. Dengan titik koordinat 115° 26' 8,202" Bujur Timur 2° 10' 33,367" Lintang Selatan,
- (6) Visi RSUD H. Badaruddin Kasim adalah Mewujudkan RSUD H. Badaruddin Kasim yang Berkualitas, Mandiri, dan Terjangkau.
- (7) Misi RSUD H. Badaruddin Kasim adalah sebagai berikut :
 - a. Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM secara profesional.
 - b. Memberikan pelayanan kesehatan yang cepat, tepat, ramah, dan terjangkau.
 - c. Meningkatkan mutu sarana dan prasarana rumah sakit.
 - d. Meningkatkan pengelolaan manajemen rumah sakit secara profesional.
 - e. Meningkatkan kesejahteraan seluruh karyawan.
- (8) Maklumat Pelayanan : Sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai standar pelayanan yang telah ditetapkan dan apabila tidak menepati janji ini siap menerima sanksi sesuai perundang-undangan yang berlaku.
- (9) Janji Pelayanan : Memberikan pelayanan terbaik.
- (10) Motto Pelayanan : Melayani dengan hati.
- (11) Tujuan RSUD H. Badaruddin Kasim :
 - a. Tujuan Umum :
Memberikan pelayanan kesehatan paripurna yang berkualitas dan memuaskan kepada pasien/pelanggan serta meningkatkan kesejahteraan seluruh pegawai RSUD H. Badaruddin Kasim.
 - b. Tujuan Khusus :
 - i. Meningkatkan kualitas dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
 - ii. Mengembangkan pelayanan rumah sakit seiring perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
 - iii. Penyelenggara kegiatan manajemen rumah sakit secara professional, efisien dan efektif.
 - iv. Terwujudnya kepuasan bekerja sebagai ibadah dan kesejahteraan seluruh pegawai.
- (12) Budaya Kerja RSUD H. Badaruddin Kasim, Malu :
 - a. Terlambat masuk kantor.
 - b. Tidak ikut apel.
 - c. Bekerja tanpa program.
 - d. Pekerjaan terbengkalai.
 - e. Sering tidak masuk kerja.
 - f. Pulang kerja sebelum waktunya.
 - g. Sering minta ijin tidak masuk kerja.
 - h. Bekerja tanpa pertanggungjawaban.
 - i. Sering meninggalkan kerja tanpa alasan yang penting.
 - j. Berpakaian seragam tidak rapi tanpa atribut lengkap.
 Budaya Kerja dapat dijadikan indikator kinerja karyawan dengan aturan yang berlaku di Rumah Sakit RSUD H. Badaruddin Kasim, dengan konsekuensi *reward and punishment* (penghargaan dan sanksi) yang diatur kemudian oleh Direktur.
- (13) Cap RSUD H. Badaruddin kasim adalah :



(14) Kop Surat Resmi RSUD H. Badaruddin kasim adalah :

a. Logo Berwarna :



PEMERINTAH KABUPATEN TABALONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH H. BADARUDDIN KASIM

Jl. TanjungBaruKec. MurungPudakDesaMaburaiTelp. (0526) 2021018
Website : rsud.tabalongkab.go.id Email : rsuhb.tanjung@gmail.com



b. Logo Hitam Putih :



PEMERINTAH KABUPATEN TABALONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH H. BADARUDDIN KASIM

Jl. TanjungBaruKec. MurungPudakDesaMaburaiTelp. (0526) 2021018
Website : rsud.tabalongkab.go.id Email : rsuhb.tanjung@gmail.com



BAB III KEDUDUKAN RUMAH SAKIT

Pasal 3

RSUD H. Badaruddin Kasim berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah dan merupakan unsur pendukung atas tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan di Kabupaten Tabalong.

Pasal 4

RSUD H. Badaruddin Kasim merupakan Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna di Kabupaten Tabalong.

Pasal 5

Pemerintah Daerah, berdasarkan kewenangan yang dimilikinya, bertanggung jawab terhadap kesinambungan operasional serta kemajuan dan perkembangan rumah sakit sesuai yang diharapkan dan diinginkan masyarakat.

BAB IV KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH DAERAH

Bagian Kesatu Kewenangan Pemerintah Daerah

Pasal 6

(1) Menentukan kebijakan secara umum RSUD H. Badaruddin Kasim

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

Bagian Kedua Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

Pasal 7

- (1) Pemerintah Daerah melalui RSUD H. Badaruddin Kasim bertanggung jawab menutup defisit anggaran rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen.
- (2) Pemerintah Daerah melalui RSUD H. Badaruddin Kasim bertanggung jawab atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

BAB V SUSUNAN ORGANISASI

Pasal 8

Organisasi RSUD H. Badaruddin Kasim terdiri dari :

- a. Direktur
- b. Kabag Tata Usaha
- c. Kepala Bidang
- d. Kepala Sub Bag dan Kepala Seksi
- e. Fungsional Medis
- f. Fungsional Pelayanan dan Keperawatan
- g. Staf Administrasi Umum dan Keuangan

Pasal 9

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan berdasarkan keputusan Bupati.
- (2) Direktur secara teknis medis berkoordinasi dengan kepala Dinas Kesehatan dan secara teknis operasional bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Persyaratan untuk menjadi Direktur adalah Orang yang ahli di bidang manajemen rumah sakit, pendidikan terakhir minimal dokter umum dan/ dokter gigi.
- (4) Standar kualifikasi dan kompetensi Direktur:

- a. Seorang tenaga medis Pegawai Negeri Sipil/Non Pegawai Negeri Sipil/Profesional yang mempunyai kemampuan dan keahlian dalam bidang perumahsakit.
- b. Berpangkat minimal Penata Tingkat I (III/d)
- c. Berpengalaman menjabat Kepala Puskesmas perawatan minimal 1 (satu) Tahun.
- d. Atau berpengalaman menjabat kepala Bidang Pelayanan minimal 1 (satu) Tahun.
- e. Mengikuti pelatihan-pelatihan Kepemimpinan, Rencana strategis Bisnis, Rencana Aksi Strategis, Rencana Tahunan, Tata Kelola Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi Rumah Sakit, Pengelolaan Sumber Daya Manusia.

Pasal 10

- (1) Kabag Tata Usaha di angkat dan diberhentikan berdasarkan Keputusan Bupati.
- (2) Kabag Tata Usaha sebagai Pembina Kepegawaian, Hukum Humas, dan Umum dan Perlengkapan RSUD H. Badaruddin Kasim bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Standar kualifikasi dan kompetensi Kabag Tata Usaha:
 - a. Seorang pegawai negeri sipil berpendidikan Minimal Strata 1 (S1)
 - b. Berpangkat minimal penata (III/C)
 - c. Berpengalaman dibidang Tata Usaha minimal 2 (dua) Tahun
 - d. Mengikuti pelatihan-pelatihan dibidang kepemimpinan dan kewirausahaan, Rencana Strategis, Rencana Implementasi, dan Rencana Tahunan , Sistem Rekrutmen Pegawai, System Remunerasi, Sistem Informasi Rencana Bisnis Anggaran.
- (4) Segala hal teknis yang mengatur mekanisme kerja dan anggaran Tata Usaha disesuaikan dengan Rencana Strategis Rumah Sakit.

Pasal 11

- (1) Kepala Bidang di angkat dan diberhentikan berdasarkan keputusan Bupati.
- (2) Kepala bidang sebagai Pembina dibidang Keuangan, Keperawatan dan Pengembangan SDM, Pelayanan dan Penunjang Kegiatan di RSUD H. Badaruddin Kasim bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Persyaratan untuk menjadi kepala bidang adalah orang yang berpengalaman di bidang Keuangan, Keperawatan dan Pengembangan SDM, Pelayanan dan Penunjang kegiatan di RSUD H. Badaruddin Kasim.
- (4) Standar kualifikasi dan kompetensi Kepala Bidang :
 - a. Seorang Pegawai Negeri Sipil berpendidikan minimal S-I.
 - b. Berpangkat minimal Penata (III/c).
 - c. Berpengalaman di bidang Keuangan, Keperawatan, Pelayanan dan minimal 2 (dua) Tahun.
 - d. Mengikuti Pelatihan-pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Manajemen Keperawatan, Standar Pelayanan Minimal, Rencana

Strategis Tata kelola Rumah Sakit, Sistem Remunerasi, Pengelolaan SDM Keperawatan, Sistem Informasi.

Pasal 12

- (1) Kepala sub Bagian dan sub Seksi diangkat dan diberhentikan berdasarkan keputusan Bupati.
- (2) Kepala Sub Bagian dan sub Seksi sebagai pelaksana kegiatan di Bagian dan Bidang Masing-masing.
- (3) Persyaratan Untuk menjadi kepala Sub Seksi adalah orang yang berpengalaman di Bidang Keuangan, Keperawatan, Pelayanan dan Penunjang Kegiatan di RSUD H. Badaruddin Kasim.
- (4) Standar kualifikasi dan kompetensi Kepala Sub Bagian dan Sub Seksi :
 - a. Seorang Pegawai Negeri Sipil berpendidikan minimal D-III.
 - b. Berpangkat minimal Penata Muda Tingkat I (III/b).
 - c. Berpengalaman di bidang Keperawatan dan Pelayanan minimal 1 (satu) Tahun.
 - d. Mengikuti Pelatihan-pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Manajemen Keperawatan, Standar Pelayanan Minimal, Rencana Strategis Tata kelola Rumah Sakit, Sistem Remunerasi, Pengelolaan SDM Keperawatan, Sistem Informasi.

Pasal 13

- (1) Staf Administrasi RSUD H. Badaruddin Kasim adalah orang yang mampu bekerja di bidangnya masing-masing.
- (2) Staf Administrasi RSUD H. Badaruddin Kasim adalah Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil yang di tugaskan di RSUD H. Badaruddin Kasim dan bertanggung jawab kepada Direktur melalui kepala Sub Bagian dan Sub Seksi masing-masing.
- (3) Persyaratan Staf Administarasi RSUD H. Badaruddin Kasim adalah mampu dan cakap di bidang masing-masing serta berpendidikan Minimal SLTA.

BAB VI
DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu
Pengorganisasian
Paragraf I
Organisasi

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas pada RSUD H. Badaruddin Kasim dibentuk oleh Bupati.
- (2) Pembentukan dan susunan keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan dengan Keputusan Bupati Tabalong.

- (3) Dewan Pengawas beranggotakan ganjil minimal 3 (tiga) orang dan maksimal sebanyak 5 (lima) orang dan seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (4) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:
 - a. Unsur pemilik rumah sakit;
 - b. Unsur organisasi profesi kesehatan;
 - c. Unsur asosiasi perumahsakit; dan
 - d. Unsur masyarakat yang merupakan Tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit.
- (5) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu :
 - a. Memiliki dedikasi dan benar-benar memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya
 - b. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota pengelola rumah sakit, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah dihukum melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
 - c. Mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Paragraf 2
Pengangkatan dan Pemberhentian
Pasal 15

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (Lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola rumah sakit, kecuali untuk pengangkatan pertama kali pada waktu pembentukan Rumah Sakit sebagai BLUD.
- (3) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati.
- (4) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), apabila:
 - a. Tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan perundang undangan;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit atau; dan
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

Paragraf 3
Ketua dan Sekretaris Dewan Pengawas
Pasal 16

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usul Direktur Rumah Sakit.

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

Bagian Kedua
Tugas, Kewajiban Dan Wewenang

Paragraf 1
Tugas Dewan Pengawas
Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di rumah sakit. Dalam melaksanakan fungsi tersebut di atas, maka Dewan Pengawas bertugas:
 - a. Menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. Menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. Menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. Mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
 - g. Mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan Peraturan perundang-undangan; dan

- h. Mengawasi Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) RSUD H. Badaruddin Kasim sesuai ketentuan perundang-undangan.

Paragraf 2
Kewajiban Dewan Pengawas
Pasal 18

- (1) Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban:
- a. Memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Strategi Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola RSUD H. Badaruddin Kasim;
 - b. Mengikuti perkembangan kegiatan BLUD RSUD H. Badaruddin Kasim, memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD RSUD H. Badaruddin Kasim;
 - c. Memberi nasehat kepada Pejabat Pengelola RSUD H. Badaruddin Kasim dalam melaksanakan pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
 - d. memberikan masukan, saran, atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja Badan Layanan Umum Daerah RSUD H. Badaruddin Kasim kepada Pejabat Pengelola; dan
 - e. melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- (2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e disampaikan sebagai berikut:
- a. Laporan semester pertama paling lambat 30 hari setelah periode semester berakhir; dan
 - b. Laporan semester kedua (tahunan) paling lambat 40 hari setelah tahun anggaran berakhir.
- (3) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya memuat:
- a. Penilaian terhadap Renstra, RBA dan pelaksanaannya;
 - b. Penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan lainnya;
 - c. Penilaian ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan;
 - d. Permasalahan-permasalahan pengelolaan BLUD dan solusinya; dan
 - e. Saran dan rekomendasi.
- (4) Selain laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, antara lain terkait dengan:
- a. Penurunan kinerja BLUD;
 - b. Pemberhentian pimpinan BLUD sebelum berakhirnya masa jabatan;
 - c. Pergantian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas; dan
 - d. Berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
- (5) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan ayat (4) ditandatangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas

Paragraf 3
Wewenang Dewan Pengawas
Pasal 19

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

- a. Menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur RSUD H. Badaruddin Kasim;
- b. Menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal RSUD H. Badaruddin Kasim dengan sepengetahuan Direktur RSUD H. Badaruddin Kasim dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. Meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD H. Badaruddin Kasim dengan sepengetahuan direktur rumah sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. Memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan rumah sakit; RSUD H. Badaruddin Kasim terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal RSUD H. Badaruddin Kasim (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. Berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal RSUD H. Badaruddin Kasim (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) untuk ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten Tabalong; dan
- f. Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSUD H. Badaruddin Kasim.

BAB VII
PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu
Pejabat Pengelola

Pasal 20

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah seluruh pejabat struktural baik Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian maupun Kepala Seksi pada Rumah Sakit yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada RSUD H. Badaruddin Kasim.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (3) Direktur bertanggungjawab terhadap operasional rumah sakit kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (4) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis

organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

- (5) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Bupati.

Bagian Kedua
Tugas Pokok Pejabat Pengelola

Paragraf 1
Direktur
Pasal 21

- (1) Direktur RSUD H. Badaruddin Kasim adalah seorang tenaga medis yang memiliki kualifikasi pendidikan minimal strata I kedokteran umum atau gigi.
- (2) Direktur adalah unsur organisasi rumah sakit yang memiliki kewenangan memimpin pelaksanaan tugas pengelolaan RSUD H. Badaruddin Kasim sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku yaitu :
- a. Koordinasi pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
 - b. Penetapan kebijakan penyelenggaraan Rumah Sakit sesuai dengan kewenangannya;
 - c. Penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit; pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
 - d. Evaluasi, pencatatan, dan pelaporan.
- (3) Dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur mempunyai tugas:
- a. Menetapkan rencana program dan kegiatan RSUD H. Badaruddin Kasim sesuai dengan program kerja Bupati dan rencana kerja tahun sebelumnya sebagai dasar pelaksanaan tugas;
 - b. Mengkoordinasikan kegiatan bawahan dalam rangka memadukan rencana kegiatan masing-masing bidang/seksi agar terjalin kerjasama yang baik;
 - c. Mengadakan kerjasama dengan instansi/unit kerja terkait untuk memadukan program kerja RSUD H. Badaruddin Kasim;
 - d. Mendistribusikan tugas kepada bawahan dengan memberikan disposisi pada naskah dinas sesuai dengan bidang tugas agar pekerjaan terbagi habis;
 - e. Menilai prestasi kerja bawahan berdasarkan hasil kerja dan ketentuan yang berlaku sebagai bahan pengembangan karier pegawai;
 - f. Memberi petunjuk dan arahan kepada bawahan sesuai dengan bidang tugas agar dalam pelaksanaan tugas selalu mempedomani prosedur dan rencana kegiatan yang telah ditetapkan;
 - g. Menetapkan rencana strategis kegiatan RSUD H. Badaruddin Kasim berdasarkan rencana jangka menengah Kabupaten Tabalong sebagai dasar pembuatan kegiatan;

- h. Menetapkan kebijakan teknis dalam bidang ketatausahaan sesuai dengan ketentuan yang berlaku untuk tertib administrasi;
 - i. Menetapkan kebijakan teknis di bidang penunjang pelayanan, keperawatan dan pelayanan berdasarkan ketentuan yang telah ditetapkan untuk dijadikan dasar dan pedoman dalam penentuan dan sasaran program kerja;
 - j. Melakukan pembinaan teknis berdasarkan kebijakan teknis yang telah ditetapkan agar sasaran dapat tercapai secara efektif dan efisien;
 - k. Memberikan saran pertimbangan kepada atasan tentang langkah-langkah yang perlu diambil dalam rangka perumusan kebijakan/pengambilan keputusan;
 - l. Membuat laporan hasil pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai bahan masukan dan pertanggungjawaban;
 - m. Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan, baik lisan maupun tertulis untuk kelancaran pelaksanaan tugas.
- (4) Direktur Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan rumah sakit yang dibantu oleh Kepala Bagian dan Kepala Bidang.
- (5) Evaluasi/penilaian kinerja Direktur dilakukan oleh Bupati paling sedikit satu kali dalam setahun.
- (6) Direktur rumah sakit yang merupakan Aparatur Sipil Negara menjadi pejabat pengguna anggaran/barang daerah.

Paragraf 2
Bagian Tata Usaha
Pasal 22

- (1) Bagian Tata Usaha merupakan unsur organisasi di bidang pelayanan administrasi umum dan keuangan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur Rumah Sakit, memiliki kewenangan meliputi :
- a. Ketatausahaan, kerumahtanggaan;
 - b. Pelayanan hukum dan kemitraan, pemasaran, kehumasan, pencatatan, pelaporan, dan evaluasi, penelitian dan pengembangan, sumber daya manusia.
- (2) Kualifikasi minimal Kepala Bagian Tata Usaha adalah Sarjana Strata 1 Administrasi/Hukum/Ekonomi.
- (3) Dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas :
- a. Merumuskan program kerja Bagian Tata Usaha berdasarkan rencana strategis dan program kerja Rumah Sakit Umum Daerah serta program kerja tahun sebelumnya sebagai pedoman kerja ;
 - b. Mengkoordinasikan penyusunan Dokumen Rencana Strategis dan Rencana Kerja Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah bersama dengan Unsur-unsur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah lainnya sesuai Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah untuk kelancaran pelaksanaan tugas;

- c. Mengoordinasikan kegiatan bidang-bidang dalam penyusunan program dan pelaporan berdasarkan Rencana Strategis dan Rencana Kerja Rumah Sakit Umum Daerah untuk sinkronisasi pelaksanaan program dan kegiatan;
- d. Mendistribusikan tugas kepada bawahan dengan memberikan disposisi pada naskah dinas sesuai bidang tugas agar pekerjaan terbagi habis;
- e. Memberikan petunjuk dan arahan kepada bawahan dalam menyusun program dan rencana kerja sesuai dengan ketentuan dan prosedur yang berlaku untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
- f. Mengkoordinasikan kegiatan Sub Bagian sesuai program dan prosedur kerja agar terjalin keterpaduan program serta kerjasama yang baik untuk menunjang kelancaran pelaksanaan tugas;
- g. Menilai kinerja bawahan sesuai hasil kerja yang dicapai dan petunjuk pelaksanaan penilaian kinerja sebagai bahan pengembangan karier pegawai;
- h. Mengendalikan pengelolaan rumah tangga, surat-menyurat, ekspedisi, kearsipan, kepegawaian, ketatalaksanaan, pendidikan dan pelatihan pegawai, keuangan, perlengkapan, aset, kehumasan dan protokol sesuai ketentuan dan petunjuk pelaksanaan untuk tertib administrasi;
- i. Merumuskan jumlah kebutuhan pegawai sesuai dengan Dokumen Analisis Jabatan dan Analisis Beban Kerja untuk bahan masukan pengisian formasi dan promosi jabatan;
- j. Memantau, menyelia dan mengevaluasi pelaksanaan program kerja dan rencana kegiatan sesuai ketentuan yang berlaku untuk efisiensi, efektivitas dan kelancaran pelaksanaan tugas;
- k. Membuat laporan hasil pelaksanaan tugas sesuai data dan informasi sebagai pertanggungjawaban tugas;
- l. Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan, baik lisan maupun tertulis untuk kelancaran pelaksanaan tugas; dan
- m. Dalam menjalankan tugasnya, bagian tata usaha memiliki 3 (tiga) sub bagian yaitu sub bagian umum dan perlengkapan, sub bagian kepegawaian, serta sub bagian hukum dan humas.

Paragraf 3
Bidang Pelayanan
Pasal 23

- (1) Bidang Pelayanan adalah unsur organisasi rumah sakit yang memiliki kewenangan, menyelenggarakan koordinasi, pembinaan, pelayanan medik dan mutu pelayanan sesuai dengan ketentuan yang berlaku untuk kelancaran tugas meliputi:
 - a. Penyusunan rencana pemberian pelayanan medis;
 - b. Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medis;
 - c. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis;
 - d. Pemantauan dan evaluasi pelayanan medis.
- (2) Kualifikasi minimal kepala bidang pelayanan adalah Sarjana Strata 1 Kesehatan.

- (3) Dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kepala Bidang Pelayanan mempunyai tugas :
- a. Merumuskan rencana program Bidang Pelayanan sesuai program kerja Bidang Pelayanan dan rencana kegiatan tahun sebelumnya sebagai pedoman kerja;
 - b. Mengkoordinasikan program kerja Bidang Pelayanan dengan unit kerja terkait melalui rapat koordinasi dan sosialisasi sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku agar terjalin kerjasama yang baik;
 - c. Mengadakan kerjasama dengan unit kerja terkait dalam kegiatan Bidang Pelayanan sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku untuk sinkronisasi kegiatan;
 - d. Mendistribusikan tugas kepada bawahan sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas;
 - e. Menilai kinerja bawahan sesuai hasil kerja dan petunjuk teknis penilaian kinerja untuk bahan pertimbangan pengembangan karier pegawai ;
 - f. Merumuskan petunjuk teknis program dan kegiatan pelayanan medik dan bina mutu pelayanan berdasarkan peraturan yang berlaku untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - g. Merumuskan data dan informasi fasilitasi, supervisi, pembinaan teknis dan pengendalian penyelenggaraan pelayanan medik dan bina mutu pelayanan sesuai juknis untuk bahan informasi;
 - h. Merumuskan rekomendasi keputusan dan edaran berkenaan dengan fasilitasi, supervisi, pembinaan teknis dan pengendalian penyelenggaraan pelayanan medik dan bina mutu pelayanan sesuai data dan informasi serta juklak untuk tertib administrasi;
 - i. Membina pelaksanaan pelayanan medik dan bina mutu pelayanan berdasarkan kebijakan teknis yang telah ditetapkan agar sasaran dapat dicapai secara efektif dan efisien;
 - j. Mengendalikan kegiatan koordinasi fasilitasi, supervisi, pembinaan teknis dan penyelenggaraan pelayanan medik dan bina mutu pelayanan sesuai juklak untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - k. Menetapkan data dan informasi fasilitasi, supervisi, pembinaan teknis dan pengendalian penyelenggaraan pelayanan medik dan bina mutu pelayanan sesuai analisis data agar tersedia data yang akurat;
 - l. Melaksanakan fasilitasi dan pengawasan terhadap penerapan standar pembinaan teknis dan pengendalian penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai program kerja untuk bahan perumusan kebijakan atasan
 - m. Mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan sesuai hasil kerja agar diketahui realisasi program, permasalahan dan upaya pemecahan untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - n. Merumuskan laporan hasil pelaksanaan tugas keseluruhan sesuai hasil kerja sebagai bahan pertanggungjawaban tugas kepada atasan;

- o. Membuat laporan pelaksanaan tugas sesuai data dan informasi yang dihasilkan sebagai pertanggung jawaban tugas yang diberikan; dan
 - p. Melaksanakan tugas lain yang diperintahkan atasan sesuai bidang tugas untuk kelancaran kegiatan.
- (4) Dalam menjalankan fungsinya, bidang pelayanan memiliki 2 seksi yaitu Seksi Pelayanan Medis dan kasi penunjang prasarana kesehatan.

Paragraf 4

Bidang Keperawatan dan Pengembangan SDM

Pasal 24

- (1) Bidang Keperawatan dan Pengembangan SDM adalah unsur organisasi rumah sakit yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur Rumah Sakit dalam menyelenggarakan koordinasi, pembinaan, pengembangan sumber daya perawat dan mutu keperawatan sesuai dengan ketentuan meliputi:
 - a. Penyusunan rencana pemberian pelayanan keperawatan;
 - b. Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan keperawatan;
 - c. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, keselamatan pasien di bidang keperawatan;
 - d. Pemantauan dan evaluasi pelayanan keperawatan.
- (2) Kualifikasi minimal kepala bidang Keperawatan dan Pengembangan SDM adalah Sarjana Strata 1 Keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Kepala Bidang Keperawatan mempunyai tugas :
 - a. Merumuskan rencana program Bidang Keperawatan sesuai program kerja Bidang Keperawatan dan rencana kegiatan tahun sebelumnya sebagai pedoman kerja;
 - b. Mengkoordinasikan program kerja bidang keperawatan dan dengan unit kerja terkait melalui rapat koordinasi dan sosialisasi sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku agar terjalin kerjasama yang baik;
 - c. Mengadakan kerjasama dengan unit kerja terkait dalam kegiatan Bidang Keperawatan sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku untuk sinkronisasi kegiatan;
 - d. Mendistribusikan tugas kepada bawahan sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas;
 - e. Menilai kinerja bawahan sesuai hasil kerja dan petunjuk teknis penilaian kinerja untuk bahan pertimbangan pengembangan karier pegawai ;
 - f. Membina tenaga keperawatan melalui in house training maupun pendidikan dan pelatihan berdasarkan kebutuhan dengan spesifikasi tertentu untuk meningkatkan kualitas perawat;

- g. Membina etika profesi secara reguler terhadap tenaga keperawatan berdasarkan etika profesi agar terbinanya unsur-unsur moral dalam praktik keperawatan;
 - h. Menyelenggarakan audit/presentasi kasus pertriwulan melalui komite keperawatan berdasarkan jadwal yang ditentukan guna menjamin mutu pelayanan keperawatan;
 - i. membina komite keperawatan dan instalasi rawat inap dilaksanakan secara berkala berdasarkan peraturan yang berlaku guna menjamin mutu pelayanan keperawatan;
 - j. Mengevaluasi ditiap-tiap unit instalasi rawat inap berdasarkan standar asuhan keperawatan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan;
 - k. Mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan sesuai hasil kerja agar diketahui realisasi program, permasalahan dan upaya pemecahan untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - l. Merumuskan laporan hasil pelaksanaan tugas keseluruhan sesuai hasil kerja sebagai bahan pertanggungjawaban tugas kepada atasan;
 - m. Melaksanakan tugas lain yang diperintahkan atasan sesuai bidang tugas untuk kelancaran kegiatan;
 - n. Membuat laporan pelaksanaan tugas sesuai data dan informasi yang dihasilkan sebagai pertanggung jawaban tugas yang diberikan; dan
 - o. Melaksanakan tugas lain yang diperintahkan atasan sesuai bidang tugas untuk kelancaran kegiatan.
- (4) Dalam menjalankan fungsinya, bidang pelayanan memiliki 2 seksi yaitu Seksi Asuhan Keperawatan dan Seksi diklat dan promkes.

BAB VIII KOMITE-KOMITE

Pasal 25

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien maka perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam organisasi.
- (2) Pembentukan komite-komite yaitu:
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan;
 - c. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
 - d. Komite Kesehatan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)
 - e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
 - f. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - g. Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba (KPRA);
 - h. Komite Farmasi dan Terapi; dan
 - i. Komite Etik dan Hukum

- (3) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang ditetapkan dan berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Kesatu
Komite Medik

Pasal 26

- (1) Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- (2) Pembentukan Komite Medik ditetapkan berdasarkan keputusan Direktur berdasarkan hasil rapat staf medis secara demokrasi dengan masa kerja 3 (tiga) Tahun.
- (3) Untuk melaksanakan tugasnya komite medis membuat sub komite yang anggotanya terdiri dari staf medis fungsional.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya masing-masing sub komite bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 27

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. Melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. Memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. Penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - i. Kompetensi;
 - ii. Kesehatan fisik dan mental;
 - iii. Perilaku;
 - iv. Etika profesi.
 - c. Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. Penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat.
 - f. Pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi
 - g. Kewenangan klinis kepada komite medik;
 - h. Melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan

- i. Rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. Pelaksanaan audit medis;
 - b. Rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. Rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. Rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. Pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. Pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. Rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. Pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
- (5) Komite Medik memiliki Wewenang sebagai berikut :
- 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*) tertentu; dan
 - 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;
 - i. Memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis.
 - j. Memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan peralatan medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan medis.
 - k. Monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis sesuai yang tercantum di dalam tugas komite medik.
 - l. Monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran di rumah sakit.
 - m. Melaksanakan pembinaan etika pofesi serta mengatur kewenangan profesi antara kelompok staf medis.
 - n. Membentuk Tim Klinis yang mempunyai tugas menangani kasus-kasus pelayanan medik yang memerlukan koordinasi lintas pofesi.
 - o. Memberikan rekomendasi tentang kerjasama rumah sakit dan fakultas kedokteran/kedokteran gigi/institusi pendidikan lain.

Pasal 28

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

Pasal 29

Komite Medik mempunyai kewajiban sebagai berikut :

- a. Menyusun peraturan internal staf medis (*Medical Staf Bylaws*)
- b. Membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar prosedur operasional dibidang manajerial/administrasi dan bidang keilmuan / profesi dan standar kompetensi.
- c. Membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indicator mutu klinik.
- d. Melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

Bagian Kedua Komite Keperawatan Pasal 30

Komite Keperawatan adalah sekelompok tenaga perawat yang merupakan wadah non struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab Kepada Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) Tahun.

Pasal 31

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. Melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan
 - b. Melakukan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit;
 - b. Memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi Kredensial, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. Menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
 - b. Melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
 - c. Merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan;
 - d. Merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
 - e. Melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;

- f. Melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit;
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- a. Menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. Merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. Melakukan audit keperawatan; dan
 - d. Memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- a. Melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. Mmerekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan Masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan;
 - d. Merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
 - e. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:
- a. Memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
 - b. Memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
 - c. Memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
 - d. Memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
 - e. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan;
 - f. Memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan berkelanjutan; dan
 - g. Memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 32

Untuk Peraturan Internal Staf Keperawatan akan di atur dengan Peraturan Direktur Rumah Sakit.

Bagian Ketiga Komite Mutu Dan Keselamatan Pasien Pasal 33

- (1) Komite mutu dan Keselamatan Pasien adalah sekelompok orang yang ditunjuk direktur bertanggung jawab dalam hal peningkatan mutu dan keselamatan pasien termasuk Manajemen resiko pada pelayanan Rumah Sakit H. Badaruddin Kasim.
- (2) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien bertanggung jawab langsung kepada Direktur dalam peningkatan mutu pelayanan di RSUD H. Badaruddin Kasim.

Pasal 34

Komite mutu mempunyai fungsi dan tugas :

- a. Menyusun Program Mutu dan Keselamatan Pasien rumah sakit.
- b. Melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP rumah sakit
- c. Melakukan mengkoordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu dan menindaklanjuti hasil capaian indikator.
- d. Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan.
- e. Menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit.
- f. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan.
- g. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien.
- h. Terlibat secara penuh dalam kegiatan Pendidikan dan pelatihan Program Mutu dan Keselamatan Pasien.
- i. Bertanggung jawab untuk mengomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf.
- j. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan Program Mutu dan Keselamatan Pasien.

Bagian Keempat

Komite Kesehatan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)

Pasal 35

- (1) Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat K3RS adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit.
- (2) K3RS adalah sekelompok orang yang ditunjuk direktur bertanggung jawab dalam hal Kesehatan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) pada pelayanan RSUD H. Badaruddin Kasim.
- (3) K3RS bertanggung jawab langsung kepada Direktur dalam hal K3RS pada pelayanan RSUD H. Badaruddin Kasim.

Pasal 36

K3RS mempunyai fungsi dan tugas menyusun program K3RS :

- a. Menyusun manajemen risiko K3RS;
- b. Melaksanakan keselamatan dan keamanan Pegawai di Rumah Sakit;
- c. Melaksanakan pelayanan Kesehatan Kerja;
- d. Melaksanakan pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- e. Melaksanakan pencegahan dan pengendalian kebakaran;
- f. Melaksanakan pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- g. Melaksanakan pemantauan peralatan medis dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- h. Melaksanakan kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana; dan
- i. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi kinerja Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS).

Bagian Kelima Komite PPI

Pasal 37

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat (PPI) adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan RSUD H. Badaruddin Kasim.

Pasal 38

- (1) Komite PPI mempunyai fungsi dan tugas sebagai berikut :
 - a. Komite atau Tim PPI bertugas melaksanakan kegiatan kegiatan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, dan pembinaan
 - b. Menetapkan definisi infeksi terkait layanan kesehatan.
 - c. Metode pengumpulan data (surveilans).
 - d. Membuat strategi/program menangani resiko PPI.
 - e. Proses pelaporan.
- (2) Segala hal teknis yang mengatur terkait mekanisme kerja dan anggaran Komite PPI di atur dengan Peraturan Direktur.

Pasal 39

- (1) IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*) adalah seorang perawat yang memiliki kompetensi untuk mengawasi serta supervisi semua kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

- (2) IPCLN adalah perawat penghubung sebagai perawat IPCN sebagai pelaksana harian dari tiap unit.
- (3) IPCD adalah seorang Dokter yang memiliki kompetensi untuk mengawasi serta supervisi semua kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
- (4) Segala hal teknis yang mengatur terkait mekanisme kerja dan anggaran IPCN, IPCLN dan IPCD di atur dengan peraturan Direktur.

Bagian Keenam
Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 40

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah sekelompok tenaga kesehatan dari masing-masing perwakilan profesi diluar medis dan perawat pada pelayanan Rumah Sakit H. Badaruddin Kasim yang berkedudukan di bawah Direktur.
- (2) Perwakilan profesi diluar medis dan perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah *Kelompok Fungsional Tenaga Kesehatan Lainnya*.
- (3) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang belum termasuk sebagaimana dimaksud pada ayat (2) akan ditambahkan kemudian.

Pasal 41

- (1) Fungsi Komite Tenaga Kesehatan Lain dalam mendukung kinerjanya adalah sebagai berikut :
 - a. Menjamin tersedianya norma-norma, standar, prosedur pelayanan Tenaga Kesehatan Lain sesuai lingkup peraturan internal masing-masing profesi Tenaga Kesehatan Lain.
 - b. Menetapkan kompetensi dan kewenangan klinik Tenaga Kesehatan Lain.
 - c. Menjamin Tenaga Kesehatan Lain memberikan pelayanan sesuai kompetensi dan standar praktik profesional.
 - d. Memantau pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu dan evaluasi mutu Tenaga Kesehatan Lain.
 - e. Memprakarsai perubahan dalam meningkatkan mutu pelayanan Tenaga Kesehatan Lain.
- (2) Tugas Komite Tenaga Kesehatan Lain, antara lain :
 - a. Melakukan Kredensial bagi seluruh Tenaga kesehatan lain yang akan melakukan pelayanan sesuai keilmuannya.
 - b. Memelihara mutu profesi Tenaga Kesehatan Lain.
 - c. Menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi Tenaga kesehatan lain.

- (3) Komite Tenaga Kesehatan Lain mempunyai wewenang sebagai berikut :
 - a. Menyampaikan hasil kredensial tenaga kesehatan lain kepada Direktur berupa rekomendasi sebagai acuan dalam menerbitkan kewenangan klinik.
 - b. Memberikan rekomendasi untuk melakukan pelatihan bagi tenaga kesehatan lain berdasarkan hasil kredensial untuk meningkatkan mutu profesi kepada Direktur.
 - c. Memberikan rekomendasi sanksi kepada Direktur berkenaan dengan pelanggaran disiplin, etika dan perilaku profesi yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan Lain.
- (4) Segala hal teknis yang mengatur terkait mekanisme kerja dan anggaran Komite Tenaga Kesehatan Lain di atur dengan Peraturan Direktur.

Bagian Ketujuh
Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba

Pasal 42

- (1) KPRA (Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba) adalah komite yang dibentuk dalam rangka mengendalikan penggunaan antimikroba secara luas di fasilitas pelayanan kesehatan Rumah Sakit.
- (2) KPRA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk melalui keputusan Direktur.
- (3) KPRA berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Susunan KPRA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas ketua, wakil ketua, sekretaris dan anggota.
- (5) Keanggotaan tim pelaksana Program Pengendalian Resistensi Antimikroba rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) paling sedikit terdiri atas unsur:
 - a. Komite Medis;
 - b. Keperawatan;
 - c. Instalasi farmasi;
 - d. Laboratorium mikrobiologi klinik;
 - e. Komite PPI; dan
 - f. Komite Farmasi dan Terapi (KFT)
- (6) Segala hal teknis yang mengatur terkait mekanisme kerja dan anggaran Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba di atur dengan Peraturan Direktur.

Pasal 43

- (1) KPRA mempunyai fungsi:
 - a. Menetapkan kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba;
 - b. Menetapkan kebijakan umum dan panduan penggunaan antibiotik di rumah sakit;
 - c. Pelaksana program pengendalian resistensi antimikroba; dan

- d. Mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba.
- (2) KPRA mempunyai tugas :
- a. Membuat kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba;
 - b. Membuat kebijakan umum dan panduan penggunaan antibiotik di rumah sakit;
 - c. Melaksanakan program pengendalian resistensi antimikroba;
 - d. Melakukan pengawasan dan evaluasi pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba;
 - e. Menyelenggarakan forum kajian kasus pengelolaan penyakit infeksi terintegrasi;
 - f. Melakukan surveilans pola penggunaan antibiotik;
 - g. Melakukan surveilans pola mikroba penyebab infeksi dan kepekaannya terhadap antibiotik;
 - h. Mensosialisasikan program pada staf, pasien dan keluarga;
 - i. 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;
 - j. Mengembangkan penelitian di bidang pengendalian resistensi antimikroba; dan
 - k. Melaporkan kegiatan program pengendalian resistensi antimikroba kepada Direktur rumah sakit
- (3) KPRA mempunyai wewenang:
- a. Mengendalikan berkembangnya mikroba resisten akibat tekanan seleksi oleh antibiotik melalui penggunaan antibiotik secara bijak dan memberikan rekomendasi tertulis sesuai dengan pedoman penggunaan antibiotik; dan
 - b. Mencegah penyebaran mikroba resisten melalui peningkatan ketaatan terhadap prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.

Bagian Kedelapan Komite Farmasi Dan Terapi

Pasal 44

- (1) KFT (Komite Farmasi dan Terapi) adalah Komite yang memberikan rekomendasi penggunaan obat di Rumah Sakit.
- (2) KFT sebagaimana di maksud pada ayat (1) di atas merupakan unit kerja yang anggotanya terdiri dari dokter yang mewakili semua spesialisasi yang ada di Rumah Sakit, Apoteker Instalasi Farmasi, serta tenaga kesehatan lainnya apabila diperlukan.
- (3) KFT harus dapat membina hubungan kerja dengan komite lain di dalam Rumah Sakit yang berhubungan/berkaitan dengan penggunaan Obat.
- (4) KFT dapat diketuai oleh seorang dokter atau seorang Apoteker, apabila diketuai oleh dokter maka sekretarisnya adalah Apoteker, namun apabila diketuai oleh Apoteker, maka sekretarisnya adalah dokter.

- (5) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk melalui keputusan Direktur.
- (6) Segala hal teknis yang mengatur terkait mekanisme kerja dan anggaran KFT di atur dengan Peraturan Direktur.

Pasal 45

- (1) KFT mempunyai Fungsi :
 - a. Mengembangkan kebijakan tentang penggunaan Obat di Rumah Sakit;
 - b. Melakukan seleksi dan evaluasi Obat yang akan masuk dalam formularium Rumah Sakit;
 - c. Mengembangkan standar terapi.
- (2) KFT mempunyai Tugas :
 - a. Mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan Obat;
 - b. Mengkoordinir penatalaksanaan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki;
 - c. Mengkoordinir penatalaksanaan *medication error*;
 - d. Menyebarkan informasi terkait kebijakan penggunaan Obat di Rumah Sakit.
- (3) KFT mempunyai Kewenangan :
 - a. Melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan Obat yang rasional;
 - b. membina hubungan kerja dengan komite lain di dalam Rumah Sakit yang berhubungan/berkaitan dengan penggunaan Obat.

Bagian Kesembilan Komite Etik Dan Hukum

Pasal 46

- (1) Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Etik dan Hukum adalah unsur organisasi nonstruktural yang membantu direktur rumah sakit untuk penerapan etika rumah sakit dan hukum perumahsakitannya.
- (2) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk melalui keputusan Direktur.
- (3) Komite Etik dan Hukum 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 Rumah Sakit.
- (5) Berkaitan dengan Fungsi, Tugas dan Kewenangan Komite Etik dan Hukum akan di atur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Pasal 47

- (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) merangkap sebagai anggota.
- (3) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a tidak merangkap jabatan lain di Rumah Sakit.
- (4) Selain susunan organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dibentuk subkomite etik penelitian sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit

Pasal 48

- (1) Kualifikasi dan kompetensi Komite Etik dan Hukum harus memenuhi syarat :
 - a. Tidak pernah melakukan perbuatan tercela;
 - b. Sehat jasmani dan jiwa;
 - 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 kualifikasi dan kompetensi, pengangkatan dan pemberhentian Anggota Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) akan di atur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur

BAB IX ATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Bagian Kesatu Aturan Profesi Pasal 49

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

- (2) Peraturan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terpisah dari peraturan internal staf medis ini.

Bagian Kedua
Pendanaan
Pasal 50

- (1) Anggota Komite Medik dapat memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Besaran insentif sebagaimana dimaksud ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan Peraturan Perundang-Undangan.
- (3) Pelaksanaan kegiatan Komite Medik menggunakan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bagian Ketiga
Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis
Pasal 51

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

BAB X
TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Pasal 52

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

BAB XI
KERAHASIAAN INFORMASI PASIEN

Bagian Kesatu
Kerahasiaan Pasien
Pasal 53

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

Bagian Kedua
Informasi Medis
Pasal 54

- (1) Hak-hak pasien yang dimaksud adalah hak-hak pasien sebagaimana yang terdapat didalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- (2) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai :
 - a. Keadaan kesehatan pasien;
 - b. Rencana terapi dan alternatifnya;

- c. Manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
- d. Prognosis; dan
- e. Kemungkinan Komplikasi.

Bagian Ketiga
Hak dan Kewajiban Pasien
Pasal 55

(1) Hak pasien meliputi :

- a. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di RSUD H. Badaruddin Kasim;
- b. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
- c. Memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
- d. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- e. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
- g. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- i. Mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- j. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- k. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- l. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- m. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- n. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- o. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- p. Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana, dan
- q. Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Kewajiban Pasien meliputi :

- a. Mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit ;

- b. Memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
- c. Mengikuti rencana pengobatan yang disarankan oleh dokter termasuk instruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai program pengobatan;
- d. Memberlakukan staf rumah sakit dan pasien lain secara hormat dan bermartabat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu ketertiban dan kegiatan pelayanan di rumah sakit;
- e. Menghormati privasi orang lain dan barang milik pasien maupun rumah sakit;
- f. Tidak membawa alkohol dan obat-obat yang tidak mendapat persetujuan petugas
- g. Tidak membawa senjata api maupun senjata tajam kedalam Rumah Sakit;
- h. Menghormati dan mentaati bahwa Rumah Sakit adalah area bebas rokok;
- i. Mematuhi jam kunjungan dari Rumah sakit;
- j. Meninggalkan barang berharga di Rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Rumah Sakit;
- k. Memastikan bahwa kewajiban pembiayaan atas asuhan pasien, melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit sesuai ketentuan yang berlaku.
- l. Bertanggung jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokter; dan
- m. Memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat dengan pihak rumah sakit

Bagian Keempat
Hak dan Kewajiban Dokter
Pasal 56

(1) Hak dokter meliputi :

- a. Hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
- b. Hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
- c. Hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
- d. Hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di RSUD H. Badarudddin Kasim.

(2) Kewajiban Dokter meliputi :

- a. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
- b. Merujuk ke dokter lain bila tidak sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya;
- c. Merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
- d. Melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan

- e. Meningkatkan kompetensi, ilmu pengetahuan dan teknologi serta selalu mengikuti perkembangan ilmu kedokteran

Bagian Kelima
Hak dan Kewajiban Rumah Sakit
Pasal 57

(1) Hak Rumah Sakit meliputi :

- a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
- b. Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
- g. Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di RSUD H. Badarudddin Kasim sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan

(2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi :

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di RSUD H. Badarudddin Kasim sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. Menyelenggarakan rekam medis;
- i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. Melaksanakan sistem rujukan;
- k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;

- l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. Melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas;
- s. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok; dan
- t. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);

BAB XII MITRA BESTARI

Pasal 58

- (1) Mitra Bestari adalah sekelompok tenaga profesional dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan kompetensi profesi tenaga kesehatan.
- (2) Mitra Bestari dapat ditetapkan dari lingkungan dalam Rumah Sakit maupun dari luar Rumah Sakit.
- (3) Mitra Bestari dalam melaksanakan Kredensial berkoordinasi langsung dengan sub komite kredensial masing-masing komite dengan membentuk panitia adhoc Mitra Bestari.
- (4) Mitra Bestari menyampaikan hasil kredensial/rekredensial kepada masing-masing komite.
- (5) Rekredensial dilakukan 3 (tiga) tahun setelah dilakukan kredensial.
- (6) Apabila ada tambahan kewenangan klinis rekredensial dapat dilakukan setiap tahun.
- (7) Hal yang berkaitan dengan pembiayaan Mitra Bestari menjadi tanggung jawab Rumah Sakit.

BAB XIII STAF MEDIS

Pasal 59

Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis, serta Apoteker yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di Unit pelayanan Rumah sakit.

Pasal 60

Staf medis berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.

Pasal 61

Tugas Staf Medis adalah sebagai berikut :

- a. Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, pencegahan akibat penyakit peningkatan dan pemulihan.
- b. Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan / pelatihan berkelanjutan.
- c. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan.
- d. Menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantau indikator mutu klinik.

Pasal 62

Kewenangan staf medis disusun oleh ketua kelompok staf medis dan kemudian diusulkan oleh ketua komite medis kepada direktur untuk ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 63

Tanggung jawab Staf Medis :

- a. Memberikan rekomendasi melalui ketua komite medik/Sub komite kredensial kepada Direktur rumah sakit terhadap permohonan penempatan dokter baru di rumah sakit.
- b. Melakukan penampilan kinerja praktek kedokteran berdasarkan data yang komprehensif.
- c. Memberikan rekomendasi melalui ketua komite medik/Sub komite kredensial kepada Direktur rumah sakit terhadap permohonan penempatan ulang dokter di rumah sakit.
- d. Memberikan kesempatan bagi para dokter untuk mengikuti *Continuing Professional Development* (CDP).
- e. Memberi masukan kepada Direktur rumah sakit melalui komite medis, hal-hal yang terkait dengan praktek kedokteran.
- f. Memberi laporan melalui komite medis kepada Direktur.
- g. Melakukan perbaikan (*up-dating*) standar prosedur operasional dokumen terkait.

Pasal 64

Kewajiban staf medis :

- a. Menyusun standar operasional pelayanan Medis, bidang administrasi dan keilmuan serta keprofesian.
- b. Menyusun indikator Mutu klinis.
- c. Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

BAB XIV STAF FUNGSIONAL KEPERAWATAN

Pasal 65

- (1) Kelompok Fungsional Keperawatan yang selanjutnya disingkat KFK adalah Sekelompok tenaga keperawatan yang bertugas di RSUD H. Badaruddin Kasim.
- (2) Fungsi staf keperawatan adalah Pelaksana pelayanan keperawatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang keperawatan.

Pasal 66

- (1) Tugas Staf Fungsional Keperawatan adalah sebagai berikut :
 - a. Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur keperawatan.
 - b. Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan/pelatihan berkelanjutan.
 - c. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan etika keperawatan yang sudah ditetapkan.
 - d. Menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantau indikator mutu klinik keperawatan.
- (2) Kewenangan staf keperawatan disusun oleh ketua kelompok staf keperawatan dan kemudian diusulkan oleh ketua komite keperawatan kepada Direktur untuk ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Staf fungsional keperawatan mempunyai tanggung jawab sebagai berikut :
 - a. Memberi rekomendasi melalui ketua komite keperawatan kepada Direktur rumah sakit terhadap permohonan penempatan tenaga perawat baru di rumah sakit.
 - b. Melakukan penampilan kinerja praktek keperawatan berdasarkan data yang komprehensif.
 - c. Memberikan rekomendasi melalui ketua komite keperawatan kepada Direktur rumah sakit terhadap permohonan penempatan ulang perawat di rumah sakit
 - d. Memberikan kesempatan bagi para perawat untuk mengikuti: pendidikan, pelatihan dalam pengembangan profesi.
 - e. Memberi masukan kepada Direktur rumah sakit melalui komite keperawatan, hal-hal yang terkait dengan praktek keperawatan.
 - f. Memberi laporan melalui komite keperawatan kepada Direktur.

- g. Melakukan perbaikan (*up-dating*) standar prosedur operasional dokumen terkait.
- (4) Staf Fungsional Keperawatan mempunyai Kewajiban sebagai berikut :
- a. Menyusun standar operasional pelayanan keperawatan, bidang administrasi dan keilmuan serta keprofesian.
 - b. Menyusun indikator Mutu klinis.
 - c. Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

BAB XV KELOMPOK STAF MEDIS (KSM)

Pasal 67

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

BAB XVI KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

Pasal 68

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

BAB XVII INSTALASI

Pasal 69

- (1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) RSUD H. Badarudddin Kasim membentuk Instalasi yang terdiri dari :
 - a. Instalasi Hemodealisis;
 - b. Instalasi Rekam Medik;
 - c. Instalasi Bedah Sentral;
 - d. Instalasi Laboratorium;
 - e. Instalasi Radiologi;
 - f. Instalasi Farmasi;
 - g. Instalasi Kesling;
 - h. Instalasi Pemulasaran jenazah;
 - i. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - j. Instalasi Laundry;
 - k. Instalasi Gizi;
 - l. Instalasi Rehab Medik;
 - m. Instalasi Rawat Jalan;
 - n. Instalasi Rawat Inap;
 - o. Instalasi Gawat Darurat;
 - p. Instalasi ICU.
- (3) Setiap penyusunan dan tata kerja instalasi rumah sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross-functional approach* secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.
- (4) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi
- (6) Kepala Instalasi dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (7) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan.
- (8) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

BAB XVIII UNIT PENGADUAN MASYARAKAT

Pasal 70

- (1) Dalam rangka memenuhi hak pasien untuk menyampaikan keluhan atau pengaduan, RSUD H. Badarudddin Kasim menyediakan Unit Pengaduan Masyarakat.
- (2) Unit Pengaduan Masyarakat bertugas melakukan pengumpulan informasi, klarifikasi dan penyelesaian keluhan pasien atas ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan oleh Tenaga Medis, Keperawatan atau Tenaga

Kesehatan lainnya di Rumah Sakit dan/atau prosedur pelayanan di Rumah Sakit.

- (3) Keluhan atau pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tersebut harus ditindaklanjuti secara cepat, adil dan objektif oleh Unit Pengaduan Masyarakat dalam suatu kerangka kerja yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Sistem pengaduan masyarakat pada Unit Pengaduan Masyarakat RSUD H. Badaruddin Kasim terintegrasi dengan Sistem Pengelolaan Pengaduan Publik Nasional.

BAB XIX TATA KERJA

Pasal 71

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

BAB XX PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Bagian Kesatu Tujuan Pengelolaan Pasal 72

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

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

Bagian Kedua
Pengangkatan Pegawai
Pasal 73

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

Bagian Ketiga
Perpindahan Pegawai
Pasal 74

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

Bagian Keempat
Pemberhentian Pegawai
Pasal 75

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus Aparatur Sipil Negara dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian Aparatur Sipil Negara.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Aparatur Sipil Negara dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. meninggal dunia;
 - b. atas permintaan sendiri;
 - b. mencapai batas usia 58 tahun;
 - c. perampingan organisasi Rumah Sakit; dan

- d. tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban pegawai Non ASN;

BAB XXI KEBIJAKAN, PEDOMAN, DAN PROSEDUR

Bagian Kesatu Kebijakan Pedoman dan Prosedur Pasal 76

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

Bagian Kedua Tata Cara Review Pasal 77

- (1) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bagian Tata Usaha RSUD H. Badarudddin Kasim.
- (2) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Keperawatan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bidang Keperawatan RSUD H. Badarudddin Kasim.
- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bidang Pelayanan RSUD H. Badarudddin Kasim.
- (4) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Ketiga Tata Kendali Pasal 78

- (1) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali.
- (2) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarki struktural.

- (3) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (4) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan dokumen melalui catatan formulir *Master List* Dokumen Eksternal.
- (5) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (6) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan *master list* yang dikelola oleh Bagian Tata Usaha.

BAB XXII KERJASAMA / KONTRAK

Pasal 79

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen dapat dilakukan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerjasama/kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerjasama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerjasama/kontrak yang paling sedikit memuat:
 - a. Para Pihak
 - b. Subjek kerjasama/kontrak;
 - c. Objek kerjasama/kontrak;
 - d. Ruang lingkup kerjasama/kontrak;
 - e. Hak dan kewajiban para pihak;
 - f. Jangka waktu kerjasama/kontrak;
 - g. Pengakhiran kerjasama/kontrak;
 - h. Keadaan memaksa; dan
 - i. Penyelesaian perselisihan.
- (4) Isi materi perjanjian kerjasama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat para pejabat yang berwenang yaitu :
 - a. Kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi pelayanan, Bidang Pelayanan RSUD H. Badarudddin Kasim berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis;
 - b. Kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarki administrasi sumber daya, bagian tata usaha RSUD H. Badarudddin Kasim berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen.

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

BAB XXIII PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

Bagian Kesatu Perencanaan Pasal 80

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Strategis (Renstra) Bisnis Rumah Sakit.
- (2) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan Rumah Sakit.
- (3) Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan.
- (4) Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan Rumah Sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.
- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul.

- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisa dan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Bagian Kedua
Penganggaran
Pasal 81

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

Bagian Ketiga
Rencana Bisnis Anggaran
Pasal 82

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 memuat:
 - a. Kinerja tahunan berjalan;
 - b. Asumsi makro dan mikro;
 - c. Target kinerja;
 - d. Analisis dan perkiraan biaya satuan
 - e. Perkiraan harga;
 - f. Anggaran pendapatan dan biaya;
 - g. Besaran persentase ambang batas;
 - h. Prognosa laporan keuangan;
 - i. Perkiraan maju (*forward estimate*);
 - j. Rencana pengeluaran investasi/modal; dan
 - k. Ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat 1, disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Bagian Keempat
Persetujuan
Pasal 83

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

BAB XXIV
TUNTUTAN HUKUM

Pasal 84

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

BAB XXV
RAPAT MANAJEMEN

Pasal 85

- (1) Rapat Manajemen adalah rapat yang dilakukan oleh Direktur dan Pejabat Struktural, Komite-Komite, Dewan pengawas, Satuan Pengawas Internal, dan instalasi/unit kerja di Rumah Sakit sesuai dengan tugas, kewenangan, dan kewajibannya.
- (2) Rapat Manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah rapat yang berhubungan dengan program dan kegiatan, Monitoring dan Evaluasi pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.
- (3) Rapat Manajemen diselenggarakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali.
- (4) Keputusan rapat Manajemen diambil berdasarkan musyawarah mufakat, bila tidak tercapai kata mufakat maka diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (5) Untuk setiap rapat harus dibuat Undangan, Materi, Absensi dan Notulen (UMAN).

BAB XXVI
SATUAN PENGAWAS INTERNAL
Pasal 86

- (1) SPI (Satuan Pengawas Internal) adalah satuan kerja fungsional untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (2) Satuan Pengawas Internal berada di bawah langsung dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 87

- (1) Fungsi Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit adalah :
 - a. Penyusunan program kerja SPI dan mengajukan kepada Direktur;
 - b. Penyusunan pedoman kerja pemeriksaan;
 - c. Penyusunan standar prosedur oprasional;
 - d. Pengamanan harta kekayaan;
 - e. Menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - f. Menciptakan efesiensi dan produktivitas; dan
 - g. Mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis Yang Sehat;
 - h. Pendampingan dan ikut serta dalam kegiatan pemeriksaan yang dilakukan pemeriksa eksternal;
 - i. Pembuatan kajian-kajian atas hal-hal tertentu apabila diminta oleh Direktur;
 - j. Memberikan masukan, saran, dan rekomendasi kepada manajemen rumah sakit dalam rangka peningkatan kinerja dan citra rumah sakit;
- (2) Tugas Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit adalah :
 - a. Menyusun program kerja SPI dan mengajukan kepada Direktur;
 - b. Menyusun pedoman kerja pemeriksaan;
 - c. Menyusun standar prosedur oprasional;
 - d. Pengamanan harta kekayaan;
 - e. Menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - f. Menciptakan efesiensi dan produktivitas; dan
 - g. Mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis Yang Sehat;
 - h. Mendampingi dan ikut serta dalam kegiatan pemeriksaan yang dilakukan pemeriksa eksternal;
 - i. Melakukan reuiu atas peraturan-peraturan dan kebijakan Rumah Sakit yang ada apabila dinilai sudah tidak sesuai lagi dan menyarankan/memberi masukan untuk dilakukan revisi;
 - j. Membuat kajian-kajian atas hal-hal tertentu apabila diminta oleh Direktur;
 - k. Memberikan masukan, saran, dan rekomendasi kepada manajemen rumah sakit dalam rangka peningkatan kinerja dan citra rumah sakit

(3) Wewenang Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit

- a. Melakukan pemeriksaan pada unit kerja di rumah sakit berdasarkan surat tugas Direktur;
- b. Menetapkan kebijakan dalam rangka kegiatan pemeriksaan;
- c. Memberikan masukan, saran, dan rekomendasi kepada Direktur rumah sakit dalam rangka pemeriksaan internal;
- d. Memberikan arahan, petunjuk dan bimbingan kepada unit kerja yang diperiksa;
- e. Mengundang personil rumah sakit yang di perlukan, untuk klarifikasi, melengkapi data, konfirmasi dan diskusi yang berkaitan pemeriksaan yang sedang di lakukan.

Pasal 88

Kualifikasi dan kompetensi Satuan Pengawas Internal (SPI) harus memenuhi syarat :

- a. Sehat jasmani dan rohani;
- b. Memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, prilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan RSUD H. Badaruddin Kasim;
- c. Memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
- d. Memahami tugas dan fungsi BLUD;
- e. Memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
- f. Berijazah paling rendah D-3 (Diploma tiga);
- g. Pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;
- h. Berusia paling rendah 30 (tigapuluh) 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 sifat independen dan objektif.

Pasal 89

Segala hal teknis yang mengatur terkait mekanisme kerja dan anggaran Satuan Pengawas Internal di atur dengan Peraturan Direktur.

BAB XXVII
KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 90

- (1) Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam *Hospital Bylaws* ini ditetapkan dengan Peraturan

atau Keputusan Direktur RSUD H. Badarudddin Kasim sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan RSUD H. Badarudddin Kasim ditetapkan Direktur RSUD H. Badarudddin Kasim sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

BAB XXVIII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 91

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Tanjung
pada tanggal 12 Desember 2019

BUPATI TABALONG,

Ttd

ANANG SYAKHFIANI

Diundangkan di Tanjung
pada tanggal 12 Desember 2019

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN TABALONG,

Ttd

ABDUL MUTHALIB SANGADJI

BERITA DAERAH KABUPATEN TABALONG TAHUN 2019 NOMOR 48