



BUPATI SUBANG  
PROVINSI JAWA BARAT  
PERATURAN BUPATI SUBANG  
NOMOR: 68 TAHUN 2019

TENTANG

POLA TATA KELOLA  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KELAS B KABUPATEN SUBANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SUBANG,

- Menimbang :
- a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten, sehingga Pemerintah Daerah Kabupaten bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya;
  - b. bahwa untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, serta kualitas pelayanan Rumah Sakit, perlu adanya peraturan internal yang mengatur hubungan yang jelas antara peran dan fungsi pemilik, pengelola, dan staf medis di Rumah Sakit;
  - c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan Pasal 38 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, maka perlu ditindak lanjuti dengan disusunnya Pola Tata Kelola bagi Rumah Sakit Umum Daerah yang melaksanakan Pola Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
  - d. bahwa Peraturan Bupati Subang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Kabupaten Subang, sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan, tuntutan, dan kebutuhan hukum;
  - e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, huruf c dan huruf d, perlu menetapkan Peraturan Bupati Subang tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Kabupaten Subang.

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968 tentang Pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang, dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Provinsi Jawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2851);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587, sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);

10. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5135);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 121, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5258);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
18. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
19. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);

20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 310);
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971/MENKES/PER/XI/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1221);
26. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 176/PMK.05/2017 tentang Pedoman Remunerasi Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1701);
27. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
28. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1540);
29. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit;
30. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
31. Peraturan Daerah Kabupaten Subang Nomor 13 Tahun 2012 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Kelas 3 (Tiga) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Subang;
32. Peraturan Daerah Kabupaten Subang Nomor 2 Tahun 2009 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Subang Nomor 8 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Subang Nomor 2 Tahun 2009 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah;

33. Peraturan Daerah Kabupaten Subang Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Subang, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Subang Nomor 6 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Kabupaten Subang Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat daerah Kabupaten Subang;
34. Peraturan Bupati Subang Nomor 37 Tahun 2011 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Subang Sebagai Badan Layanan Umum Daerah Satuan Kerja Perangkat Daerah (BLUD-SKPD);
35. Peraturan Bupati Subang Nomor 50 Tahun 2012 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Poliklinik Eksekutif, Kelas 2 (Dua), Kelas I (Satu), Kelas VIP dan Kelas VVIP Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Kabupaten Subang.

#### MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI SUBANG TENTANG POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KELAS B KABUPATEN SUBANG.

#### BAB I

#### KETENTUAN UMUM

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah Kabupaten adalah Daerah Kabupaten Subang.
2. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Subang.
4. Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat PD adalah perangkat daerah pada pemerintah daerah selaku pengguna anggaran/pengguna barang.
5. Rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Kabupaten Subang.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Kabupaten Subang.
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Organisasi Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Organisasi Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

8. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah Pola Pengelolaan Keuangan BLUD yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
9. Pola Tata Kelola Korporasi (Corporate Bylaws) adalah peraturan yang mengatur hubungan antara pemerintah daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan Staf Medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing.
10. Pola Tata Kelola Staf Medis (Medical Staf Bylaws) adalah peraturan Organisasi Staf Medis dan Komite Medis di rumah sakit.
11. Dewan Pengawas adalah suatu badan yang melakukan pengawasan terhadap operasional rumah sakit yang dibentuk dengan keputusan Bupati atas usulan Direktur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
12. Jabatan struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari Direktur atau pejabat fungsional yang diberi tugas tambahan untuk posisi jabatan direktur, Wakil Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian, dan Kepala Seksi
13. Jabatan fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak seseorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
14. Pejabat pengelola rumah sakit terdiri dari direktur, Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis.
15. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
16. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
17. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
18. Unit kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
19. Komite Medis adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
20. Kewenangan klinis (clinical privilege) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (clinical appointment).

21. Penugasan Klinis (clinical appointment) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
22. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (clinical privilege).
23. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (clinical privilege) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
24. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
25. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.
26. Dokter Mitra adalah dokter yang direkrut oleh rumah sakit karena keahliannya, berkedudukan sejajar dengan rumah sakit, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional sesuai kesepakatan atau ketentuan yang berlaku di rumah sakit.
27. Satuan Pengawas Intern adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (social responsibility) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
28. Komite Keperawatan adalah Wadah Non-Struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama, mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme Tenaga Perawat dan Bidan melalui mekanisme kredensial, penjaagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
29. Komite Etik dan Hukum adalah Wadah non struktural sumber daya manusia yang profesional di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan rumah sakit untuk membantu pimpinan rumah sakit dalam menjaga etika dan meningkatkan profesionalisme.
30. Komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah wadah non struktural yang bertugas membantu pimpinan rumah sakit dalam hal menangani peningkatan mutu dan keselamatan pasien
31. Komite pencegahan dan pengendalian infeksi adalah wadah non struktural yang bertugas membantu pimpinan rumah sakit dalam hal melaksanakan program pencegahan dan pengendalian infeksi
32. Sub Komite adalah Kelompok Kerja di bawah Komite yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus dan keanggotaannya terdiri dari Staf Medis dan Tenaga Profesi lainnya secara Ex-Officio.
33. Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
34. Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik Rumah Sakit setiap tahunnya.
35. Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik Rumah Sakit diluar jadwal Rapat Rutin untuk mengambil keputusan hal-hal yang dianggap khusus.

BAB II  
PRINSIP POLA TATA KELOLA

Pasal 2

- (1) Pola Tata Kelola merupakan peraturan internal rumah sakit, yang didalamnya memuat:
  - a. struktur organisasi;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan
  - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Pola Tata Kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
  - a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. resposibilitas; dan
  - d. independensi.

Pasal 3

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi-fungsi logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.

Pasal 4

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi



terhadap bisnis yang sehat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

### BAB III

#### POLA TATA KELOLA KORPORASI(CORPORATE BYLAWS)

##### Bagian Kesatu

##### Identitas

##### Pasal 5

- (1) Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Kabupaten Subang.
- (2) Jenis rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah.
- (3) Kelas rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B.
- (4) Alamat rumah sakit adalah Jalan Brigadir Jenderal Katamso Nomor 37 Kabupaten Subang.

##### Bagian Kedua

##### Falsafah, Visi, Misi dan Nilai-Nilai

##### Pasal 6

Falsafah rumah sakit adalah:

- a. Pelanggan (Pasien) merupakan insan yang membutuhkan pertolongan segera yang harus dilayani secara cepat, tepat dan ramah;
- b. Pelayanan Prima yang profesional (berdasarkan ilmu, terampil dan etis), didukung etos kerja dan team work yang baik;
- c. Sumber daya manusia adalah aset utama, oleh karena itu kesejahteraan dan kariernya perlu terus ditingkatkan; dan
- d. Manajemen yang transparan dan komitmen semua pihak merupakan syarat pokok menuju keberhasilan rumah sakit.

##### Visi

##### Pasal 7

Visi rumah sakit adalah menjadi rumah sakit pilihan dan terpercaya.

##### Misi

##### Pasal 8

- (1) Misi Rumah Sakit yaitu menyelenggarakan pelayanan rumah sakit yang berkualitas dengan berorientasi pada kepuasan pelanggan, meningkatkan sumber daya dalam rangka pengembangan "bisnis" Rumah Sakit, mengembangkan sistem manajemen yang profesional, transparan dan

akuntabel, membangun rumah sakit dengan konsep persyaratan keselamatan, kesehatan, kenyamanan dan kemudahan.

- (2) Rumusan Visi dan Misi Rumah Sakit mengacu kepada Visi dan Misi Pemerintah Daerah Kabupaten Subang dan akan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Bupati Subang.
- (3) Penetapan pelaksanaan operasional Visi dan Misi di Rumah Sakit ditetapkan melalui keputusan Direktur Rumah Sakit dengan diketahui oleh Kepala Dinas Kesehatan.
- (4) Review atas Visi dan Misi Rumah Sakit dilakukan 5 (lima) tahun sekali oleh Dewan Pengawas dan Pimpinan Rumah Sakit, atau dilakukan apabila terdapat ketentuan lain yang menghendaki dilakukannya perubahan.
- (5) Visi dan Misi Rumah Sakit dipublikasikan oleh Pimpinan Rumah Sakit melalui Sub. Bagian Informasi Pemasaran Sosial, Publikasi dan Hukum Rumah Sakit.

#### Nilai-Nilai

##### Pasal 9

Nilai-Nilai yang tercermin dari sikap kerja pegawai Rumah Sakit yaitu:

- a. Memberikan pelayanan secara profesional, ramah, mandiri, terbuka, jujur dan sepenuh hati;
- b. Memiliki rasa welas asih;
- c. Bekerja secara tim dengan Cerdas, Efisien, Efektif, Lestari, Aktif, Normatif dan Gotong royong;
- d. Membudayakan sikap keterbukaan terhadap perbedaan pendapat untuk mencapai tujuan organisasi.

#### Bagian Ketiga

##### Kedudukan, Tugas Pokok, dan Fungsi Rumah Sakit

##### Kedudukan

##### Pasal 10

- (1) Rumah Sakit adalah unsur pendukung tugas Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan kepada Masyarakat.
- (2) Rumah sakit dipimpin oleh seorang Kepala, yang selanjutnya disebut Direktur yang berada dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Dinas Kesehatan.

#### Tugas Pokok

##### Pasal 11

Rumah Sakit mempunyai tugas pokok melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

## Fungsi Rumah Sakit

### Pasal 12

Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11, rumah sakit mempunyai fungsi :

- a. perumusan kebijakan teknis upaya kesehatan;
- b. penyelenggaraan pelayanan medis;
- c. penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan non medis;
- d. penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
- e. penyelenggaraan pelayanan ;
- f. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan;
- g. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan; dan
- h. penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan.

## Bagian Keempat

### Kedudukan Pemerintah Daerah

#### Pemilik Rumah Sakit

### Pasal 13

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Kabupaten Subang adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Subang yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan, dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Dinas Kesehatan.
- (2) Bertanggungjawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.

## Status Rumah Sakit

### Pasal 14

- (1) Status Rumah Sakit adalah Satuan Organisasi Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Subang yang menerapkan PPK-BLUD.
- (2) Klasifikasi Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Kelas B Non Pendidikan.

## Kewenangan Pemilik dan pimpinan BLUD

### Pasal 15

- (1) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggung jawabnya mempunyai kewenangan :
  - a. melakukan pembinaan teknis kepada BLUD-RSUD melalui Dinas Kesehatan;
  - b. membentuk tim penilai untuk meneliti dan menilai usulan penerapan, peningkatan, penurunan, dan pencabutan status PPK-BLUD;
  - c. berdasarkan pertimbangan hasil penilaian tim penilai, berwenang dalam hal penerapan, peningkatan, penurunan, dan pencabutan status PPK-BLUD ditetapkan;
  - d. mengangkat dan memberhentikan Pejabat pengelola BLUD;

- e. membentuk Dewan Pengawas atas usulan pemimpin BLUD dengan diketahui Kepala Dinas Kesehatan;
  - f. dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas dewan pengawas;
  - g. penetapan Visi, Misi, Strategi, Program PPK-BLUD;
  - h. penetapan Pola tarif layanan BLUD-RSUD, sedangkan untuk pola tarif kelas III disampaikan kepada pimpinan DPRD untuk mendapatkan persetujuan;
  - i. sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan dapat melakukan perubahan atas tarif layanan BLUD;
  - j. menandatangani DPA-BLUD sebagai perjanjian kerja dengan pemimpin BLUD;
  - k. dapat mengambil alih penagihan piutang yang sulit ditagihkan oleh Pimpinan BLUD;
  - l. dengan memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan berwenang melakukan penghapusan piutang;
  - m. memberikan persetujuan kepada pimpinan BLUD untuk melakukan investasi jangka panjang;
  - n. memberikan persetujuan atas ketentuan pengadaan barang dan/atau jasa yang ditetapkan oleh pemimpin BLUD;
  - o. memberikan persetujuan melalui Dinas Kesehatan atas penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi BLUD.
- (2) Pimpinan BLUD-RSUD memiliki kewenangan sebagai berikut:
- a. Pemimpin BLUD-OPD merupakan pejabat pengguna anggaran/barang daerah;
  - b. menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidangnya;
  - c. melaksanakan kegiatan teknis sesuai Rencana Bisnis dan Anggaran;
  - d. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidangnya;
  - e. mempertanggungjawabkan hal-hal yang berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya.

#### Bagian Kelima

#### Dewan Pengawas

#### Paragraf 1

#### Pembentukan Dewan Pengawas

#### Pasal 16

- (1) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit, dapat dibentuk Dewan Pengawas yang akan ditetapkan dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur yang diketahui oleh Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Jumlah Anggota Dewan pengawas ditetapkan maksimal 5 (lima) orang dan terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.

## Paragraf 2

### Tugas, Wewenang dan Kewajiban Dewan Pengawas

#### Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tugas :
  - 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. melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:
  - a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
  - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
  - c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur;
  - d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas;
  - e. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital bylaws); dan
  - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
- (3) Dewan Pengawas berkewajiban :
  - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Direktur;
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;
  - c. melaporkan kepada Bupati melalui Dinas Kesehatan tentang kinerja Rumah Sakit;
  - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;
  - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja, baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat Pengelola; dan
  - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala melalui Dinas Kesehatan paling sedikit 4 (empat) kali dalam satu tahun dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

- (5) Dewan pengawas memberikan persetujuan atas :
- a. Misi Rumah Sakit;
  - b. kebijakan dan rencana untuk menjalankan Rumah Sakit;
  - c. anggaran biaya dan alokasi sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai misi rumah sakit;
  - d. penetapan manajer senior atau direktur Rumah Sakit;
  - e. rencana Rumah Sakit dalam mutu dan keselamatan pasien.

### Paragraf 3

#### Keanggotaan Dewan Pengawas

##### Pasal 18

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur-unsur :
  - a. Pejabat Satuan Kerja Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit;
  - b. Pejabat lingkungan satuan kerja pengelolaan keuangan daerah; dan
  - c. Tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat pengelola.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota Dewan Pengawas, yaitu :
  - a. memiliki dedikasi dan 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 menjadi Direksi atau Komisaris, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau tidak pernah 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 4

#### Masa Jabatan Dewan Pengawas

##### Pasal 19

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) apabila :
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; dan
  - e. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

- (4) Dalam hal Anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Bupati.

#### Paragraf 5

#### Sekretaris Dewan Pengawas

#### Pasal 20

- (1) Bupati dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan sekretaris Dewan Pengawas selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.

#### Paragraf 6

#### Biaya Dewan Pengawas

#### Pasal 21

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Anggaran Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran.

#### Bagian Keenam

#### Pejabat Pengelola

#### Paragraf 1

#### Komposisi Pejabat Pengelola

#### Pasal 22

Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah Pimpinan Rumah Sakit yang bertanggungjawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit, terdiri atas :

- a. Pimpinan, yang selanjutnya disebut Direktur;
- b. Pejabat Keuangan yang selanjutnya disebut sebagai Wakil Direktur Umum dan Keuangan;
- c. Pejabat Teknis yang selanjutnya disebut Wakil Direktur Pelayanan.

#### Pasal 23

Pimpinan Rumah Sakit selaku Pengelola Rumah Sakit bertanggung jawab atas:

- a. kepatuhan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- b. respon terhadap setiap laporan dari lembaga pengawasan dan regulator;
- c. berbagai proses untuk mengelola dan mengawasi/mengendalikan sumber daya manusia, sumber daya financial dan sumber daya lainnya.

## Pasal 24

Tugas dan Wewenang Pejabat Pengelola adalah:

- a. memimpin dan mengelola rumah sakit sesuai dengan tujuan rumah sakit dan berusaha meningkatkan dayaguna dan hasilguna;
- b. mewakili rumah sakit di dalam dan di luar pengadilan maupun dalam hubungan kerja sama dengan pihak lain;
- c. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah ditetapkan oleh Bupati dan Dewan Pengawas;
- d. menentukan kebijakan operasional rumah sakit;
- e. menyiapkan Rencana Strategis dan Rencana Bisnis Anggaran;
- f. melaksanakan fungsi penyelenggaraan rumah sakit;
- g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai dengan prinsip-prinsip tata kelola keuangan rumah sakit;
- h. mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit non Pegawai Negeri Sipil sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dan ketentuan lain yang berlaku;
- i. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban rumah sakit, termasuk kewenangan klinis (clinical privilege) bagi dokter, sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;
- j. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
- k. mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan.

## Pasal 25

- (1) Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit diatur dalam Peraturan Daerah Kabupaten Subang dan Peraturan Bupati Subang.
- (2) Struktur Organisasi Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (3) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## Pasal 26

Direktur bertanggungjawab kepada Bupati melalui Kepala Dinas Kesehatan terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan.

## Pasal 27

Semua Pejabat Pengelola dibawah Direktur bertanggungjawab kepada Direktur sesuai bidang dan tanggungjawabnya masing-masing.

## Pasal 28

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



## Paragraf 2

### Pengangkatan Pejabat Pengelola

#### Pasal 29

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (3) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (4) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Bupati

#### Pasal 30

- (1) Dalam hal Direktur berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil (PNS), maka yang bersangkutan merupakan pengguna anggaran dan barang daerah.
- (2) Dalam hal Direktur berasal dari unsur non Pegawai Negeri Sipil, maka yang bersangkutan bukan merupakan pengguna anggaran dan barang daerah
- (3) Dalam hal Direktur bukan Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka yang menjadi pengguna anggaran dan barang daerah adalah Pejabat Keuangan yang berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil.

## Paragraf 3

### Persyaratan menjadi Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang/Bagian, Kepala Seksi/Sub Bagian

#### Pasal 31

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :

- a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil dan/atau Non Pegawai Negeri Sipil;
- e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Pegawai Negeri Sipil.

Pasal 32

- Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan adalah :
- seorang dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan Rumah Sakit;
  - berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
  - mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit;
  - berstatus PNS atau Non PNS;
  - memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi yang berasal dari PNS;
  - diutamakan mempunyai latar belakang pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) di bidang kesehatan.

Pasal 33

- Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Umum dan Keuangan adalah :
- memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bagian umum, keuangan dan/atau akuntansi;
  - berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan Pelayanan Umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
  - mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan administrasi Rumah Sakit;
  - mampu melaksanakan peraturan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
  - berstatus PNS;
  - bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di Rumah Sakit;
  - memenuhi syarat administrasi kepegawaian; dan
  - diutamakan mempunyai latar belakang pendidikan Sarjana Strata 2 (dua).

Pasal 34

- Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang dan/atau Kepala Bagian adalah :
- Kepala Bidang dan/atau Kepala Bagian berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana sesuai dengan bidang kerjanya;
  - memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman sesuai dengan bidang tugasnya;
  - berlatar belakang pendidikan paling sedikit Sarjana sesuai dengan bidang kerjanya.

#### Pasal 35

Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Seksi dan/atau Kepala Sub Bagian adalah :

- a. Kepala Seksi dan/atau Kepala Sub Bagian berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana sesuai dengan bidang kerjanya;
- b. mempunyai kemampuan dan kriteria keahlian, integritas serta kepemimpinan;
- c. berlatar belakang pendidikan paling sedikit Sarjana sesuai dengan bidang kerjanya.

#### Pasal 36

Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Unit Pelaksana Teknis adalah :

- a. seorang tenaga medis atau Sarjana Kesehatan berlatar belakang pendidikan paling sedikit Sarjana;
- b. mempunyai kemampuan dan kriteria keahlian, integritas serta kepemimpinan.

#### Paragraf 4

Pemberhentian Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang/Bagian,  
Kepala Seksi/Sub Bagian

#### Pasal 37

Direktur, Wakil Direktur dan Kepala Bidang dapat diberhentikan karena :

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik setelah dilakukan audit kinerja oleh yang berwenang;
- d. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut;
- f. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang telah berkekuatan hukum tetap; dan
- g. Adanya perubahan struktur organisasi

#### Paragraf 5

Tugas Pokok dan Fungsi Direktur, Wakil Direktur dan Kepala Bidang

#### Pasal 38

Direktur mempunyai tugas pokok memimpin, menyusun kebijaksanaan, pelaksanaan, membina pelaksanaan, mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### Pasal 39

- (1) Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas pokok mengkoordinasikan dan menyelenggarakan kegiatan kesekretariatan, perencanaan dan informasi serta keuangan.

- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai fungsi :
  - a. penyusunan kebijaksanaan teknis dan program kerja di bidang administrasi umum dan keuangan;
  - b. penyusunan anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit;
  - c. penyusunan standar pelayanan administrasi umum dan keuangan;
  - d. pelaksanaan bimbingan dan petunjuk teknis pengelolaan administrasi umum dan keuangan;
  - e. penyelenggaraan kegiatan kesekretariatan;
  - f. pengelolaan perencanaan dan informasi rumah sakit;
  - g. pengelolaan keuangan rumah sakit;
  - h. pelaksanaan pengawasan dan pengendalian kegiatan pelayanan administrasi umum dan keuangan;
  - i. pelaksanaan koordinasi dengan unit kerja terkait dalam rangka pelaksanaan tugas; dan
  - j. penyusunan laporan hasil pelaksanaan tugas di bidang administrasi umum dan keuangan.
- (3) Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahi :
  - a. Bagian Sekretariat;
  - b. Bagian Perencanaan dan Informasi; dan
  - c. Bagian keuangan.
- (4) Tugas Pokok dan Fungsi Bagian Sekretariat, Bagian Perencanaan dan Informasi akan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Bupati.

#### Pasal 40

- (1) Wakil Direktur Pelayanan mempunyai tugas pokok mengkoordinasikan dan menyelenggarakan pelayanan medik, penunjang medik dan Keperawatan secara efektif bermutu dan efisien di fasilitas-fasilitas yang berada di lingkungannya.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wakil Direktur Pelayanan, mempunyai fungsi :
  - a. penyusunan kebijaksanaan teknis dan program kerja di bidang Pelayanan;
  - b. penyusunan rancangan anggaran tahunan pelayanan;
  - c. penyusunan usulan formasi staf pelayanan;
  - d. penyusunan standar pelayanan medik, penunjang medik dan keperawatan;
  - e. penilaian kualitas pelayanan;
  - f. pembuatan sistem imbalan staf pelayanan medik, penunjang medik dan keperawatan;
  - g. penyusunan pengembangan pelayanan medik, penunjang medik dan keperawatan;
  - h. pemantauan dan pengevaluasian pelaksanaan kegiatan pelayanan medik, penunjang medik dan keperawatan;
  - i. pelaksanaan koordinasi dengan unit kerja terkait dalam rangka pelaksanaan tugas; dan
  - j. penyusunan laporan hasil pelaksanaan kegiatan di bidang pelayanan.

- (3) Wakil Direkur Pelayanan, membawahi :
  - a. Bidang Pelayanan Medik;
  - b. Bidang Keperawatan; dan
  - c. Bidang Penunjang Medik.
- (4) Tugas Pokok dan Fungsi Bidang Pelayanan Medik, Bidang Keperawatan dan Bidang Penunjang Medik diatur lebih lanjut dalam Peraturan Bupati.

Bagian Ketujuh  
Organisasi Pelaksana

Paragraf 1

Instalasi

Pasal 41

- (1) Guna memungkinkan penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan, dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
- (5) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.

Pasal 42

- (1) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah maupun jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Bupati melalui Dinas Kesehatan.

Pasal 43

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur.

Paragraf 2

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 44

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian kegiatan rumah sakit secara profesional sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dalam melaksanakan tugas pokoknya bertanggungjawab kepada Direktur.

#### Pasal 45

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44, terdiri dari sejumlah tenaga dalam jenjang jabatan fungsional yang terbagi dalam berbagai kelompok sesuai dengan bidangnya.
- (2) Setiap kelompok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipimpin oleh seorang tenaga fungsional senior yang ditunjuk diantara tenaga fungsional yang ada di lingkungan rumah sakit.
- (3) Jumlah Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan sifat, jenis, kebutuhan dan beban kerja.
- (4) Jenis dan Jenjang Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### Paragraf 3

#### Staf Medis Fungsional

#### Pasal 46

- (1) Staf Medis Fungsional adalah kelompok Dokter yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Staf Medis Fungsional 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, staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

#### Paragraf 4

#### Panitia

#### Pasal 47

- (1) Guna meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, maka dibentuk Panitia yang diantaranya adalah :
  - a. Panitia Rekam Medis; dan
  - b. Panitia Kefarmasian;
- (2) Pembentukan Panitia ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Panitia dipimpin oleh Ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan unit kerja terkait.
- (5) Pembentukan dan perubahan Panitia didasarkan atas kebutuhan rumah sakit.

Bagian Kedelapan  
Organisasi Pendukung  
Paragraf 1  
Satuan Pengawas Internal  
Pasal 48

Guna membantu Direktur dalam bidang pengawasan internal dan monitoring dibentuk Satuan Pengawas Internal.

Pasal 49

- (1) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 adalah kelompok jabatan fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit.
- (2) Pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah untuk mengawasi apakah kebijakan pimpinan telah dilaksanakan dengan sebaik-baiknya oleh bawahannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan untuk mencapai tujuan organisasi.
- (3) Satuan Pengawas Internal berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (4) Satuan Pengawas Internal dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 2  
Komite Medik  
Pasal 50

Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tatakelola klinis (clinical governance) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.

Susunan organisasi dan keanggotaan  
Pasal 51

- (1) Komite medik dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Subkomite.
- (3) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.
- (5) Ketua komite medik ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.

- (6) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (7) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
- (8) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (7) terdiri dari :
  - a. Sub Komite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
  - b. Sub Komite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
  - c. Sub Komite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin etika dan perilaku profesi staf medis.
- (9) Masa kepengurusan Komite Medik adalah 3 (tiga) tahun.

#### Tugas dan fungsi

##### Pasal 52

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis dengan cara :
  - a. melakukan kredensial kepada staf medis yang akan melakukan kegiatan pelayanan medis di Rumah Sakit
  - b. memelihara dan meningkatkan 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. menyusun dan mengkompilasikan daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma profesi yang berlaku;
  - b. menyelenggarakan pemeriksaan dan pengkajian:
    - 1) kompetensi;
    - 2) kesehatan fisik dan mental;
    - 3) perilaku;
    - 4) etika profesi.
  - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
  - e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang kuat;
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
  - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
  - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (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; 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. membina etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - b. memeriksa staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. merekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan
  - d. memberikan nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

#### Wewenang

#### Pasal 53

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (Delineation of clinical privilege);
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (clinical appointment);
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (clinical privilege) tertentu;
- 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.

#### Paragraf 3

#### Komite Keperawatan

#### Pasal 54

- (1) Komite Keperawatan adalah 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.
- (2) Komite Keperawatan merupakan organisasi non-struktural yang dibentuk di Rumah Sakit yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan (Perawat dan Bidan).
- (3) Komite Keperawatan dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

#### Pasal 55

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite.

- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (3) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris Komite Keperawatan dan Sub Komite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (5) Sub Komite Keperawatan terdiri dari:
  - a. sub komite kredensial;
  - b. sub komite mutu profesi; dan
  - c. sub komite etik dan disiplin profesi.
- (6) Sub Komite Kredensial bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (7) Sub Komite Mutu Profesi bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (8) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.
- (9) Masa bakti kepengurusan Komite Keperawatan adalah 5 (lima) tahun.
- (10) Langkah-langkah pemilihan kepengurusan Komite Keperawatan dilakukan sesuai dengan AD/ART Komite Keperawatan.

### Fungsi Komite Keperawatan

#### Pasal 56

Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:

- a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
- b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan;
- c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.

### Tugas Komite Keperawatan

#### Pasal 57

- (1) 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.

- (2) 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 kebidanan; dan
  - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (3) 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. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
  - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis;
  - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

#### Wewenang Komite Keperawatan

##### Pasal 58

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 dan kebidanan;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

#### Sub Komite

##### Pasal 59

- (1) Sub Komite adalah kelompok kerja khusus yang bertugas membantu pelaksanaan tugas-tugas klinis di bidang keperawatan.
- (2) Sub Komite dibentuk sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
- (3) Sub Komite kepengurusannya ditetapkan oleh Surat Keputusan Direktur.
- (4) Keanggotaan sub komite terdiri dari anggota tetap staf perawat fungsional.
- (5) Susunan kepengurusan sub komite:
  - a. Ketua merangkap anggota;
  - b. Sekretaris merangkap anggota;
  - c. Anggota.

- (6) Tata kerja sub komite:
  - a. Sub komite membuat kebijakan, program dan prosedur operasional;
  - b. Sub komite membuat laporan berkala dan laporan tahunan kepada komite keperawatan. Laporan tahunan berisi evaluasi kegiatan dan rencana kegiatan berikutnya;
  - c. Biaya operasional dibebankan pada anggaran rumah sakit.
- (7) Sub komite yang ada di Rumah Sakit adalah :
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etik dan Disiplin profesi.

#### Peraturan Internal Staf Keperawatan

##### Pasal 60

- (1) Rumah sakit menyusun peraturan internal staf keperawatan.
- (2) Peraturan internal staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun oleh Komite Keperawatan dan disahkan oleh Direktur.

##### Pasal 61

Dalam menjalankan tugasnya Komite Keperawatan wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite Medik, Manajemen Keperawatan dan Instalasi terkait.

##### Paragraf 4

#### Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

##### Pasal 62

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah organisasi non-struktural dan independen yang mempunyai tugas memberikan masukan dan pertimbangan kepada Direktur dalam rangka penyusunan kebijakan dan peraturan peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien keanggotaannya terdiri dari berbagai profesi yang ada relevansinya dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- (4) Susunan organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari:
  - a. Penanggung Jawab;
  - b. Ketua;
  - c. Sekretaris; dan
  - d. Sub Komite.
- (5) Keanggotaan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.

- (6) Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari berbagai bidang yang ada di Rumah Sakit.
- (7) Sekretaris Komite dan Sub Komite beserta anggotanya ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan memperhatikan masukan dari berbagai bidang di Rumah Sakit.
- (8) Sub Komite terdiri dari :
  - a. Sub Komite Peningkatan Mutu;
  - b. Sub Komite Manajemen Resiko; dan
  - c. Sub Komite Keselamatan Pasien.
- (9) Masa bakti kepengurusan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah 5 (lima) tahun.

#### Tugas dan Tanggung Jawab Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

##### Pasal 63

- (1) Komite Peningkatan Mutu bersama pimpinan Rumah Sakit membahas, merencanakan dan melaksanakan segala langkah-langkah yang menyangkut persiapan upaya peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit.
- (2) Menyusun rencana kegiatan (Plan of Action) upaya peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit.
- (3) Melakukan presentasi hasil pelaksanaan upaya peningkatan mutu pelayanan secara teratur.
- (4) Mengembangkan program keselamatan pasien Rumah Sakit.
- (5) Menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien Rumah Sakit.
- (6) Memberikan masukan dan pertimbangan kepada pimpinan Rumah Sakit dalam rangka pengambilan kebijakan mutu, keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (7) Membuat laporan kegiatan kepada pimpinan Rumah Sakit.

#### Fungsi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

##### Pasal 64

Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63, Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. penyusunan standar dan pedoman mutu dan keselamatan pasien;
- b. bekerjasama dengan berbagai institusi/unit kerja yang terkait dengan mutu dan keselamatan pasien baik internal maupun eksternal;
- c. pengkajian program mutu dan keselamatan pasien;
- d. pengembangan dan pengelolaan sistem pelaporan insiden untuk pembelajaran di Rumah Sakit; dan
- e. monitoring dan evaluasi pelaksanaan program keselamatan pasien di Rumah Sakit.

## Wewenang Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

### Pasal 65

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berwenang merumuskan, menetapkan, dan melaksanakan:

- a. standar mutu dan keselamatan pasien;
- b. sasaran mutu dan keselamatan pasien;
- c. penyelenggaraan mutu dan keselamatan pasien;
- d. pelaporan insiden, analisis dan solusi; dan
- e. pembinaan dan pengawasan.

### Paragraf 5

#### Komite Etik dan Hukum

### Pasal 66

- (1) Komite Etik dan Hukum adalah wadah non struktural sumber daya manusia yang profesional di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan rumah sakit untuk membantu pimpinan rumah sakit dalam menjaga etika dan meningkatkan profesionalisme.
- (2) Komite Etik dan Hukum adalah suatu perangkat organisasi non struktural yang dibentuk dalam rumah sakit untuk membantu pimpinan rumah sakit dalam melaksanakan Kode Etik Rumah Sakit.
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- (4) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum dipilih dan diangkat oleh Direktur Rumah Sakit.
- (5) Komite Etik dan Hukum sekurang-kurangnya harus terdiri dari seorang Ketua, seorang Wakil Ketua, seorang Sekretaris, dan 2 (dua) orang Anggota, dengan jumlah seluruhnya paling banyak 7 (tujuh) orang.
- (6) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum harus mewakili berbagai profesi di dalam rumah sakit.
- (7) Komite Etik dan Hukum rumah sakit bertanggung jawab langsung kepada Direktur rumah sakit.
- (8) Bila dipandang perlu anggota Komite Etik dan Hukum dapat berasal dari individu di luar rumah sakit.
- (9) Syarat untuk dapat dipilih menjadi anggota Komite Etik dan Hukum:
  - a. berjiwa Pancasila;
  - b. memiliki integritas;
  - c. memiliki kredibilitas sosial dan profesional;
  - d. memiliki kepedulian dan kepekaan terhadap masalah sosial, lingkungan, dan kemanusiaan.
- (10) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum diupayakan tidak dirangkap dengan jabatan-jabatan struktural di rumah sakit.
- (11) Masa bakti kepengurusan Komite Etik dan Hukum adalah 5 (lima) tahun.

## Tugas, Wewenang, dan Tanggung Jawab Komite Etik dan Hukum

### Pasal 67

- (1) Secara umum Komite Etik dan Hukum bertugas membantu Direktur rumah sakit menerapkan Kode Etik Rumah Sakit di rumah sakit, baik diminta maupun tidak diminta.
- (2) Secara khusus Komite Etik dan Hukum memiliki tugas, wewenang dan tanggung jawab:
  - a. melakukan pembinaan insan perumahsakititan secara komprehensif dan berkesinambungan, agar setiap orang menghayati dan mengamalkan Kode Etik Rumah Sakit sesuai dengan peran dan tanggung jawab masing-masing di rumah sakit.
  - b. Pembinaan ini merupakan upaya preventif, persuasif, edukatif, dan korektif terhadap kemungkinan terjadinya penyimpangan dan/atau pelanggaran Kode Etik Rumah Sakit.
  - c. Pembinaan dapat dilakukan melalui pendidikan, pelatihan, diskusi kasus, dan seminar;
  - d. memberi nasehat, saran, dan pertimbangan terhadap setiap kebijakan atau keputusan yang dibuat oleh pimpinan atau pemilik rumah sakit;
  - e. membuat pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang terkait dengan etika rumah sakit;
  - f. menangani masalah-masalah etik yang muncul di dalam rumah sakit;
  - g. memberi nasehat, saran, dan pertimbangan etik kepada pihak-pihak yang membutuhkan;
  - h. membantu menyelesaikan perselisihan/sengketa medik yang terjadi di lingkungan rumah sakit;
  - i. menyelenggarakan pelbagai kegiatan lain yang dipandang dapat membantu terwujudnya kode etik rumah sakit.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya Komite Etik dan Hukum wajib menerapkan prinsip kerjasama, koordinasi, dan sinkronisasi dengan Komite Medik serta struktur lainnya di rumah sakit sesuai dengan tugas masing-masing.
- (4) Ketua dan anggota Komite Etik dan Hukum wajib mematuhi peraturan rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Direktur rumah sakit serta menyampaikan laporan berkala pada waktunya.
- (5) Komite Etik dan Hukum dapat meminta saran, pendapat atau nasehat dari Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Daerah bila menghadapi kesulitan.
- (6) Komite Etik dan Hukum wajib memberikan laporan kepada Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Daerah mengenai pelaksanaan Kode Etik Rumah Sakit di rumah sakit, minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (7) Komite Etik dan Hukum wajib melaporkan masalah etik yang serius dan/atau tidak mampu ditangani sendiri ke Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Daerah.

## Paragraf 6

### Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

#### Pasal 68

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah wadah non struktural yang bertugas membantu Direktur rumah sakit dalam hal melaksanakan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur rumah sakit.
- (3) Ketua dan Anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dipilih dan diangkat oleh Direktur rumah sakit.
- (4) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sekurang-kurangnya harus terdiri dari seorang Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (5) Ketua dijabat oleh seorang dokter (IPCO/Infection Prevention and Control Officer), mempunyai minat, kepedulian dan pengetahuan, pengalaman, mendalami masalah infeksi, mikrobiologi klinik, atau epidemiologi klinik.
- (6) Sekretaris dijabat oleh seorang perawat senior (IPCN/Infection Prevention and Control Nurse), yang disegani, berminat, mampu memimpin, dan aktif.
- (7) Keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan perwakilan atau yang mewakili dari setiap departemen, unit perawatan dan klinis.
- (8) Dalam struktur organisasi rumah sakit, posisi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi setingkat dibawah direktur rumah sakit dan sejajar dengan komite lainnya yang ada di rumah sakit.
- (9) Syarat untuk dapat dipilih menjadi anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi: berjiwa Pancasila, memiliki integritas, kredibilitas sosial, dan profesional. Ia juga memiliki kepedulian dan kepekaan terhadap masalah sosial, lingkungan, dan kemanusiaan.
- (10) Keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diupayakan tidak dirangkap dengan jabatan-jabatan struktural di rumah sakit.
- (11) Masa bakti kepengurusan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah 5 (lima) tahun.

#### Pasal 69

Tugas dan Tanggung Jawab Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi :

- a. menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- b. melaksanakan sosialisasi kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit;
- c. membuat Standar Prosedur Operasional Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- d. menyusun program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;
- e. bekerjasama dengan Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dalam melakukan investigasi masalah atau Kejadian Luar Biasa infeksi nosocomial;



- f. memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
- g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- h. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
- i. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia rumah sakit dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- j. melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan;
- k. menerima laporan dari Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan membuat laporan kepada Direktur;
- l. berkoordinasi dengan unit terkait lain;
- m. memberikan usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pantauan kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebar-luaskan data resistensi antibiotika;
- n. menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja (K3);
- o. turut menyusun kebijakan clinical governance dan patient safety;
- p. mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen Pencegahan dan Pengendalian Infeksi apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit;
- q. memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- r. menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
- s. melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur / monitoring surveilans proses;
- t. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada Kejadian Luar Biasa di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan  
Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 70

- (1) Monitoring.
  - a. Monitoring dilakukan oleh IPCN dan IPCLN;
  - b. Dilakukan setiap hari dalam hal pengumpulan data untuk surveilans mempergunakan check list;
  - c. Ada formulir bantu surveilans.
- (2) Evaluasi.
  - a. Dilakukan oleh Tim PPIRS dengan frekuensi minimal setiap bulan;
  - b. Evaluasi oleh Komite PPI minimal setiap 3(tiga) bulan.
- (3) Laporan.
  - a. Membuat laporan tertulis kepada Direktur setiap bulan.
  - b. Membuat Laporan rutin : harian, mingguan, bulanan, 3 (tiga) bulan, 6 (enam) bulan, 1 (satu) tahun, maupun insidental atau KLB.

## Paragraf 7

### Komite Tenaga Kesehatan Lain

#### Pasal 71

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lain selain tenaga dokter, perawat dan bidan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lain merupakan organisasi non-struktural yang dibentuk di Rumah Sakit yang keanggotaannya terdiri daritenaga kesehatan lain selain tenaga dokter, perawat dan bidan
- (3) Komite Tenaga Kesehatan Lain dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

#### Pasal 72

- (1) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lain terdiri dari :
  - a. Ketua Komite Tenaga Kesehatan lain;
  - b. Sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lain; dan
  - c. Sub Komite.
- (2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan lain ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (3) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari Tenaga Kesehatan Lain yang bekerja di Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lain dan Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain dengan memperhatikan masukan dari Tenaga Kesehatan lain yang bekerja di Rumah Sakit.
- (5) Sub Komite Tenaga Kesehatan Lain terdiri dari:
  - a. sub komite kredensial;
  - b. sub komite mutu profesi; dan
  - c. sub komite etik dan disiplin profesi.
- (6) Sub Komite Kredensial bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lain.
- (7) Sub Komite Mutu Profesi bertugas melakukan audit dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lain.
- (8) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.
- (9) Masa bakti kepengurusan Komite Tenaga Kesehatan Lain adalah 3 (tiga) tahun.
- (10) Langkah-langkah pemilihan kepengurusan Komite Tenaga Kesehatan Lain dilakukan sesuai dengan AD/ART Komite Tenaga Kesehatan Lain.

## Fungsi Komite Tenaga Kesehatan Lain

### Pasal 73

Komite Tenaga Kesehatan Lain mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme Tenaga Kesehatan Lain yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:

- a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga Kesehatan lain yang akan melakukan pelayanan laboratorium, radiologi, gizi, farmasi, fisioterapi serta pelayanan penunjang lainnya di Rumah Sakit;
- b. memelihara mutu profesi tenaga Tenaga Kesehatan Lain;
- c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Apoteker, tenaga teknis kefarmasian, radiografer, analis kesehatan, perekam medis, dietisien, tenaga kesehatan lingkungan, teknik kardiografi, fisioterapi, teknik elektromedis, tenaga epidemiologi.

## Tugas Komite Tenaga Kesehatan Lain

### Pasal 74

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

## Wewenang Komite Tenaga Kesehatan Lain

### Pasal 75

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lain 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 pelayanan dari masing-masing profesi tenaga kesehatan lain;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan masing-masing profesi tenaga kesehatan lain berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

### Sub Komite

#### Pasal 76

- (1) Sub Komite adalah kelompok kerja khusus yang bertugas membantu Ketua Komite dalam pelaksanaan tugas-tugas di Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (2) Sub Komite dibentuk sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
- (3) Sub Komite kepengurusannya ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Keanggotaan sub komite terdiri dari anggota tetap staf fungsional tenaga kesehatan lainnya.
- (5) Susunan kepengurusan sub komite:
  - a. Ketua merangkap anggota;
  - b. Sekertaris merangkap anggota;
  - c. Anggota.
- (6) Tata kerja sub komite:
  - a. Sub komite membuat kebijakan, program dan prosedur operasional;
  - b. Sub komite membuat laporan berkala dan laporan tahunan kepada Ketua komite Tenaga Kesehatan Lain;
  - c. Laporan tahunan berisi evaluasi kegiatan dan rencana kegiatan berikutnya;
  - d. Biaya operasional dibebankan pada anggaran rumah sakit.
- (7) Jumlah sub komite dapat ditambah dan/atau dikurang sesuai dengan kebutuhan.

## Paragraf 8

### Komite Keselamatan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)

#### Pasal 77

- (1) Komite Keselamatan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) adalah wadah non struktural yang bertugas membantu Direktur rumah sakit dalam menyelenggarakan program Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) secara menyeluruh di rumah sakit.
- (2) Komite Keselamatan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- (3) Ketua, sub Komite dan Sekretaris Keselamatan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) dipilih dan diangkat oleh Direktur Rumah Sakit.
- (4) Susunan kepengurusan Komite Keselamatan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Sub Komite.
- (5) Sub Komite Keselamatan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS), terdiri :
  - a. Sub Komite Keamanan dan B3;
  - b. Sub Komite Emergency dan Kebakaran; dan
  - c. Sub Komite Peralatan Medis dan Sistem Utilitas.

#### Sub Komite Keselamatan Keamanan dan B3

#### Pasal 78

Tugas dan wewenang Sub Komite Keselamatan Keamanan dan B3 :

- a. Bekerjasama dengan unit-unit pendukung dalam melaksanakan pengawasan terhadap Keselamatan dan keamanan rumah sakit;
- b. Mengawasi pelaksanaan prosedur-prosedur yang berhubungan dengan pengolahan sanitasi dan limbah rumah sakit termasuk limbah dapur;
- c. Melaksanakan pengawasan penyehatan ruang dan bangunan termasuk pencahayaan, penghawaan/pengudaran dan kebisingan.
- d. Mengawasi Tim Gizi pelaksanaan kegiatan penyehatan makanan dan minuman serta penyehatan air;
- e. Mengawasi Tim Gizi, Unit Pusat Sterilisasi dan Laundry tentang pengendalian penyehatan tempat pencucian;
- f. Mengawasi pengolahan limbah, sampah medis dan non medis, serta pengawasan pengolahan sampah dapur;
- g. Pengawasan pengendalian serangga dan tikus yang dilaksanakan oleh Kesling;
- h. Bekerjasama dengan bidang pelatihan K3RS, melaksanakan penyuluhan keselamatan dan keamanan rumah sakit;
- i. Pengawasan mengenai pelaksanaan pemeriksaan kesehatan untuk calon karyawan dan petugas yang telah bekerja;
- j. Mengawasi pelaksanaan dan melakukan evaluasi pemeriksaan kesehatan berkala untuk petugas dan membuat laporan pelaksanaan kepada Ketua Keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- k. Melakukan Pengawasan dengan Kepala Bagian Kepegawaian dalam Menetapkan dan mengawasi pelaksanaan pengobatan petugas;

- l. Mengawasi dan membuat evaluasi kejadian kecelakaan kerja/penyakit akibat kerja serta melaporkan kepada ketua K3RS untuk kemudian diteruskan kepada Direktur;
- m. Bekerjasama dengan bidang pelatihan K3RS melakukan sosialisasi mengenai kesehatan petugas;
- n. Membuat laporan kegiatan di Bidang Keselamatan dan Keamanan pada akhir tahun serta menyusun rencana kerja untuk periode berikutnya;
- o. Mengawasi kondisi gudang khusus Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan berpengawasan dengan bagian pengadaan bahwa semua pemasok B3 harus memenuhi syarat penyediaan Material Safety Data Sheet (MSDS);
- p. Mengawasi dan melakukan evaluasi kegiatan penyimpanan, distribusi, penggunaan B3 telah dilaksanakan dengan aman dan sesuai ketentuan yang berlaku;
- q. Mengawasi dan Mengevaluasi pengendalian lingkungan kerja yang aman terhadap B3 dan mensosialisasikan prosedur penanganan kebocoran dan tumpahan, serta melaporkannya kepada Bidang Kesehatan Lingkungan;
- r. Membuat evaluasi Pengawasan terhadap penggunaan buku panduan B3 dan menyesuaikan dengan perkembangan IPTEK serta kebutuhan terkini;
- s. Membuat evaluasi pengawasan dan laporan kegiatan Bidang B3 pada akhir tahun untuk dilaporkan kepada Ketua K3RS serta menyusun rencana kerja untuk periode berikutnya;
- t. Menghadiri rapat pengawasan Komite K3RS secara periodik.

#### Sub Komite Emergency dan Kebakaran

##### Pasal 79

Tugas dan wewenang Sub Komite Manajemen Emergency dan Kebakaran :

- a. Melaksanakan Pengawasan identifikasi bencana internal dan external;
- b. Melaksanakan Pengawasan uji coba/pelatihan penanggulangan bencana/Disaster;
- c. Melakukan pengawasan berkala terhadap peralatan deteksi dan perlengkapan keadaan darurat di rumah sakit agar tetap dalam kondisi baik dan siap digunakan;
- d. Melakukan evaluasi pengawasan masa berlaku pada seluruh peralatan yang memiliki tanggal kadaluwarsa serta melakukan penggantian alat jika diperlukan;
- e. Membuat evaluasi pengawasan berkala mengenai alat-alat yang berhubungan dengan kebakaran kepada Dinas Pemadam Kebakaran;
- f. Melakukan pengawasan tugas dengan para komandan ruangan, petugas dalam kegiatan penanggulangan keadaan darurat/kebakaran;
- g. Memberikan instruksi untuk membunyikan alarm di dalam ruangan bila terjadi keadaan darurat;
- h. Pengawasan terhadap kejadian dan memimpin seluruh tindakan sampai kondisi kembali normal;
- i. Melakukan pengawasan antara komandan ruangan, tim evakuasi dan Tim penanggulangan bencana sampai kondisi kembali normal;
- j. Pengawasan dan pemantauan penyediaan rambu-rambu tanda khusus yang diletakan diberbagai tempat yang membutuhkan;
- k. Melakukan sosialisasi dan pelatihan mengenai evakuasi bencana serta penggunaan alat pemadam api ringan;



- l. Membuat evaluasi pengawasan dan laporan kegiatan Bidang Pengamanan dan kebakaran pada akhir tahun serta menyusun rencana kerja untuk periode berikutnya;
- m. Menghadiri rapat pengawasan dalam Komite K3RS secara Periodik.

#### Sub Komite Peralatan Medis dan Sistem Utilitas

##### Pasal 80

Tugas dan wewenang sub komite peralatan medis dan sistem utilitas :

- a. Mengawasi dan Mengumpulkan inventarisasi data sertifikat Peralatan medis;
- b. Melakukan evaluasi pengawasan masa berlaku sertifikat pada seluruh peralatan medis serta mengajukan pembaharuan sertifikat jika diperlukan;
- c. Menginventarisasi prosedur-prosedur yang ada dan membuat manual peralatan untuk ditempelkan pada peralatan di area unit kerja;
- d. Mengawasi kegiatan pengamanan peralatan medis, kalibrasi peralatan, pemeriksaan alat secara berkala agar seluruh peralatan tetap dalam keadaan baik dan siap pakai;
- e. Pengawasan dengan pihak-pihak yang terkait pemeliharaan peralatan medis dan non medis baik yang dilakukan internal rumah sakit maupun dari pihak supplier;
- f. Membuat evaluasi Pengawasan dan laporan kegiatan bidang Peralatan Medis pada akhir tahun untuk dilaporkan kepada Ketua K3RS serta menyusun rencana kerja untuk periode berikutnya;
- g. Mengawasi inventarisasi data-data Sistem utilitas;
- h. Mengawasi inventarisasi prosedur-prosedur yang ada dan membuat manual peralatan untuk ditempelkan pada peralatan di area unit kerja;
- i. Mengawasi kegiatan pengamanan sistem utilitas, monitoring peralatan, pemeriksaan alat secara berkala agar seluruh peralatan tetap dalam keadaan baik dan siap pakai;
- j. Berpengawasan dengan pihak-pihak yang terkait pemeliharaan sistem utilitas baik yang dilakukan internal rumah sakit maupun dari pihak luar;
- k. Membuat evaluasi pengawasan dan laporan kegiatan bidang sistem utilitas pada akhir tahun untuk dilaporkan kepada Ketua K3RS serta menyusun rencana kerja untuk periode berikutnya;
- l. Menghadiri rapat pengawasan dalam Komite K3RS secara periodik.

#### Bagian Kesembilan

##### Tata Kerja

##### Pasal 81

Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (cross functional approach) secara vertikal dan horisontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.



#### Pasal 82

Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### Pasal 83

Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.

#### Pasal 84

Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.

#### Pasal 85

Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahannya.

#### Pasal 86

Kepala Bidang, Kepala Seksi, Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

#### Pasal 87

Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

#### Pasal 88

Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi dibantu oleh kepala satuan organisasi di bawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan masing-masing wajib mengadakan rapat berkala.

Bagian Kesepuluh  
Rapat-Rapat  
Pasal 89

Di dalam organisasi rumah sakit terdapat rapat-rapat diantaranya :

- a) Rapat Direksi;
- b) Rapat Dewan PengawasDireksi;
- c) Rapat Komite Medik dan rapat Komite Keperawatan; dan
- d) Rapat Gabungan atau Rapat Kerja.

Bagian Kesebelas  
Pengelolaan Sumber Daya Manusia  
Paragraf 1  
Tujuan Pengelolaan  
Pasal 90

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 efisien.

Paragraf 2  
Pengangkatan Pegawai  
Pasal 91

- (1) Pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari PNS atau non PNS profesional sesuai dengan kebutuhan yang dipekerjakan secara tetap dan/atau berdasarkan kontrak.
- (2) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari PNS disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan yang berlaku.
- (3) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS dilakukan oleh Direktur atas izin kepala Dinas kesehatan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (4) Mekanisme pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Bupati.
- (5) Pengangkatan pegawai ke dalam suatu jabatan struktural rumah sakit dilakukan setelah memenuhi persyaratan kualifikasi serta standar kompetensi jabatan yang akan dipangkunya melalui proses rekrutmen dan seleksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Paragraf 3  
Penghargaan dan Sanksi  
Pasal 92

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas maka Rumah Sakit menerapkan kebijakan tentang imbal jasa bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.

### Pasal 93

- (1) Kenaikan pangkat PNS merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan/atau pengabdian pegawai yang bersangkutan terhadap negara berdasarkan sistem kenaikan pangkat reguler dan kenaikan pangkat pilihan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kenaikan pangkat pegawai non PNS adalah merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja pegawai yang bersangkutan terhadap kinerjanya dan diberikan berdasarkan sistem remunerasi Rumah Sakit.

### Pasal 94

- (1) Kenaikan pangkat reguler diberikan kepada PNS yang tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu, termasuk PNS yang :
  - a. melaksanakan Tugas Belajar dan sebelumnya tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu;
  - b. dipekerjakan atau diperbantukan secara penuh di luar instansi induk dan tidak menduduki jabatan pimpinan yang telah ditetapkan persamaan eselonnya atau jabatan fungsional tertentu.
- (2) Kenaikan pangkat pilihan adalah penghargaan yang diberikan kepada PNS yang menduduki jabatan struktural dan/atau jabatan fungsional tertentu.

### Paragraf 4

#### Rotasi Pegawai

### Pasal 95

- (1) Rotasi PNS dan non PNS dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karier.
- (2) Rotasi dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
  - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
  - b. masa kerja di unit tertentu;
  - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
  - d. kegunaannya dalam menunjang karir;
  - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

### Paragraf 5

#### Disiplin Pegawai

### Pasal 96

- (1) Disiplin adalah suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban yang dituangkan dalam:
  - a. Sasaran Kerja Pegawai (SKP); dan
  - b. perilaku kerja.

- (2) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai, meliputi :
- a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis, dan pernyataan tidak puas secara tertulis;
  - b. hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun.
  - c. hukuman disiplin berat yang terdiri dari penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai PNS, dan pemberhentian tidak hormat sebagai PNS.

#### Paragraf 6

#### Pemberhentian Pegawai

#### Pasal 97

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus PNS dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian PNS.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus non PNS dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
  - a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit non PNS mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan/atau tidak memperpanjang masa kontrak;
  - b. pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit non PNS telah memasuki masa batas usia pensiun sebagai berikut:
    1. batas usia pensiun tenaga medis 60 (enam puluh) tahun;
    2. batas usia pensiun tenaga perawat ahli 60 (enam puluh) tahun;
    3. batas usia pensiun tenaga perawat terampil 58 (lima puluh delapan) tahun;
    4. batas usia pensiun tenaga non medis 58 (limapuluh delapan) tahun.
- (3) Pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai Rumah Sakit non PNS melakukan tindakan-tindakan pelanggaran sesuai yang diatur dalam pasal tentang disiplin pegawai.
- (4) Pemberhentian pegawai non PNS dapat dilakukan bila terjadi Restrukturisasi Organisasi

#### Bagian Kedua Belas

#### Remunerasi

#### Pasal 98

- (1) Pejabat pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan pegawai Rumah Sakit diberikan remunerasi sesuai dengan sistem yang ditetapkan.
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/atau pensiun.

- (3) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan dalam bentuk honorarium.
- (4) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati berdasarkan usulan pimpinan Rumah Sakit melalui Dinas Kesehatan.
- (5) Pengaturan tentang Remunerasi ditetapkan melalui Peraturan Direktur Rumah Sakit

#### Pasal 99

- (1) Penetapan remunerasi Direktur, mempertimbangkan faktor-faktor sebagai berikut:
  - a. ukuran (size) dan jumlah aset yang dikelola Rumah Sakit, tingkat pelayanan serta produktivitas;
  - b. pertimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
  - c. kemampuan pendapatan Rumah Sakit bersangkutan; dan
  - d. kinerja operasional Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Bupati dengan mempertimbangkan indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.
- (2) Remunerasi Wakil Direktur Umum dan Keuangan, dan Wakil Direktur Pelayanan ditetapkan maksimal 90 (sembilan puluh) persen dari remunerasi Direktur.

#### Pasal 100

Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan sebagai berikut :

- a. Honorarium Ketua Dewan Pengawas maksimal 40 (empat puluh) persen dari gaji Direktur;
- b. Honorarium anggota Dewan Pengawas maksimal 36 (tiga puluh enam) persen dari gaji Direktur;
- c. Honorarium Sekretaris Dewan Pengawas maksimal 15 (lima belas) persen dari gaji Direktur.

#### Pasal 101

- (1) Remunerasi bagi Pejabat Pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (2), dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian :
  - a. pengalaman dan masa kerja (basic index);
  - b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (competency index);
  - c. resiko kerja (risk index);
  - d. tingkat kegawatdaruratan (emergency index);
  - e. jabatan yang disandang (position index); dan
  - f. hasil/ capaian kerja (performance index).
- (2) Bagi Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan PNS serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang ditetapkan oleh Bupati sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (4).



## Pasal 102

- (1) Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas yang diberhentikan sementara dari jabatannya memperoleh penghasilan sebesar 50 % (lima puluh persen) dari remunerasi/honorarium bulan terakhir yang berlaku sejak tanggal diberhentikan sampai dengan ditetapkannya keputusan definitif tentang jabatan yang bersangkutan.
- (2) Bagi Pejabat Pengelola berstatus PNS yang diberhentikan sementara dari jabatannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memperoleh penghasilan sebesar 50 % (lima puluh persen) dari remunerasi bulan terakhir di Rumah Sakit sejak tanggal diberhentikan atau sebesar gaji PNS berdasarkan surat keputusan pangkat terakhir.

## Bagian Ketiga Belas

### Standar Pelayanan Minimal

#### Pasal 103

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

#### Pasal 104

Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan :

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

#### Pasal 105

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 104 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 104 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 104 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 104 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 104 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Bagian Keempat Belas  
Pengelolaan Keuangan  
Pasal 106

Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.

Pasal 107

Dalam rangka penerapan prinsip dan azas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 106, maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis akrual (SAK) dan standar akuntansi pemerintahan (SAP).

Pasal 108

Subsidi dari pemerintah untuk pembiayaan Rumah Sakit dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan jasa.

Bagian Kelima Belas  
Tarif Pelayanan  
Pasal 109

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.

Pasal 110

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit untuk pelayanan kesehatan poliklinik eksekutif, kelas 2 (Dua), Kelas I (Satu), Kelas VIP, dan Kelas Paviliun diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Bupati melalui Dinas Kesehatan.
- (2) Tarif layanan Rumah Sakit untuk pelayanan kesehatan kelas 3 (Tiga) diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit Dengan Persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kepada Bupati melalui Dinas Kesehatan.
- (3) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
- (5) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.



- (6) Bupati dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat membentuk tim.
- (7) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (6), ditetapkan oleh Bupati yang keanggotaannya dapat berasal dari :
  - a. pembina teknis;
  - b. pembina keuangan;
  - c. unsur perguruan tinggi; dan
  - d. organisasi profesi.

#### Pasal 111

- (1) Peraturan Bupati mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2), berpedoman pada ketentuan dalam Pasal 110.

#### Bagian Keenam Belas Pendapatan dan Biaya

##### Paragraf 1

##### Pendapatan

#### Pasal 112

Pendapatan Rumah Sakit dapat bersumber dari:

- a. jasa layanan;
- b. hibah;
- c. hasil kerjasama dengan pihak lain;
- d. APBD;
- e. APBN; dan
- f. lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah.

#### Pasal 113

- (1) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari jasa layanan dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari hibah dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (3) Hasil kerjasama dengan pihak lain dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lain yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (4) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dapat berupa pendapatan yang berasal dari Pemerintah Daerah dalam rangka pelaksanaan program atau kegiatan di rumah sakit.



- (5) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas perbantuan dan lain-lain.
- (6) Lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 huruf f, antara lain:
  - a. hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;
  - b. hasil pemanfaatan kekayaan;
  - c. jasa giro;
  - d. pendapatan bunga;
  - e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
  - f. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh Rumah Sakit;
  - g. hasil investasi.

#### Pasal 114

- (1) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112, kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran rumah sakit sesuai RBA.
- (2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (3) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 huruf a, huruf b, huruf c dan huruf f dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan rumah sakit.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Paragraf 2

#### Biaya

#### Pasal 115

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

#### Pasal 116

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 ayat (2), terdiri dari:
  - a. biaya pelayanan; dan
  - b. biaya umum dan administrasi.
- (2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (3) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (4) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari :
  - a. biaya pegawai;
  - b. biaya bahan;
  - c. biaya jasa pelayanan;
  - d. biaya pemeliharaan;
  - e. biaya barang dan jasa; dan
  - f. biaya pelayanan lain-lain.
- (5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), terdiri dari:
  - a. biaya pegawai;
  - b. biaya administrasi kantor;
  - c. biaya pemeliharaan;
  - d. biaya barang dan jasa;
  - e. biaya promosi;
  - f. biaya umum dan administrasi lain-lain.

#### Pasal 117

Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 ayat (3) terdiri dari:

- a. biaya bunga;
- b. biaya administrasi bank;
- c. biaya kerugian penjualan aset tetap;
- d. biaya kerugian penurunan nilai; dan
- e. biaya non operasional lain-lain.

#### Pasal 118

- (1) Seluruh pengeluaran biaya Rumah Sakit yang bersumber sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) setiap triwulan.
- (2) Seluruh pengeluaran biaya Rumah Sakit yang bersumber sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan SPM Pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggung Jawab (SPTJ).
- (3) Format SPTJ sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan format laporan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### Pasal 119

- (1) Pengeluaran biaya Rumah Sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan pengeluaran biaya yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas pengeluaran biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya berlaku untuk biaya Rumah Sakit yang berasal dari pendapatan selain dari APBN/APBD dan hibah terikat.
- (4) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada Bupati melalui Dinas Kesehatan.

#### Pasal 120

- (1) Ambang batas RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 119 ayat (2), ditetapkan dengan besaran persentase.
- (2) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional Rumah Sakit.
- (3) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan dalam RBA dan Daftar Pelaksanaan Anggaran (DPA) Rumah Sakit oleh TAPD.
- (4) Persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

#### Bagian Ketujuh Belas

##### Pengelolaan Sumber Daya Lain

#### Pasal 121

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

#### Bagian Kedelapan Belas

##### Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

#### Pasal 122

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

### Pasal 123

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah rumah sakit.
- (2) Pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi limbah medis dan non medis.
- (3) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## BAB IV

### POLA TATA KELOLA STAF MEDIS (MEDICAL STAFF BYLAWS)

#### Bagian Kesatu

#### Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

### Pasal 124

- (1) Keanggotaan Staf Medis merupakan privilege yang dapat diberikan kepada dokter dan dokter gigi yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.

### Pasal 125

Untuk dapat bergabung dengan Rumah Sakit sebagai Staf Medis maka dokter atau dokter gigi harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP), kesehatan jasmani dan rohani yang laik (fit) untuk melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya serta memiliki perilaku dan moral yang baik.

### Pasal 126

Tatalaksana pengangkatan dan pengangkatan kembali Staf Medis Rumah Sakit adalah dengan mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur berdasarkan pertimbangan dari Komite Medik dapat mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan tersebut.

### Pasal 127

Lama masa kerja sebagai staf medis Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- a. untuk Staf Medis Organik adalah sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- b. untuk Staf Medis Mitra adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan.

## Pasal 128

Bagi Staf Medis Organik yang sudah pensiun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 127 huruf a, dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Mitra sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan.

## Bagian Kedua

### Kategori Staf Medis

## Pasal 129

Staf Medis yang telah bergabung dengan Rumah Sakit dikelompokkan ke dalam kategori:

- a. Staf Medis Organik, yaitu Dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;
- b. Staf Medis Mitra, yaitu Dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan sejajar dengan Rumah Sakit, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit;
- c. Staf Medis Tamu, yaitu Dokter dari luar Rumah Sakit yang karena reputasi dan/atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis yang ada di Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

## Pasal 130

Dokter Spesialis Konsultan adalah Dokter yang karena keahliannya direkrut oleh Rumah Sakit untuk memberikan konsultasi kepada Staf Medis Fungsional lain yang memerlukan dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien.

## Pasal 131

Dokter Staf Pengajar adalah Dokter yang mempunyai status tenaga pengajar, baik dari status kepegawaian Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional atau Departemen lain yang dipekerjakan dan/atau diperbantukan untuk menjadi pendidik dan/atau pengajar bagi peserta didik di bidang kesehatan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## Pasal 132

Dokter di Instalasi Gawat Darurat adalah Dokter Umum dan dokter spesialis emergency yang memberikan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat sesuai dengan penempatan dan/atau tugas yang diberikan oleh Rumah Sakit, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## Pasal 133

Dokter peserta pendidikan dokter spesialis adalah Dokter yang secara sah diterima sebagai Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis, serta memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### Bagian Ketiga

#### Kewenangan Klinis (Clinical Privilege)

#### Pemberian Kewenangan Klinis (Clinical Privilege)

## Pasal 134

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi kewenangan klinis (clinical privilege) oleh direktur rumah sakit melalui proses kredensial yang diselenggarakan oleh komite medik. Pemberian kewenangan klinis (clinical privilege) harus melibatkan komite medik yang dibantu oleh mitra bestarinya (peer group).
- (2) Direktur rumah sakit berwenang memberikan kewenangan klinis sementara (temporary clinical privilege), kewenangan klinis dalam keadaan darurat (emergency clinical privilege), dan kewenangan klinis bersyarat (provisional clinical privilege).
- (3) Kewenangan klinis bersyarat (emergency clinical privilege) dapat diberikan oleh direktur rumah sakit tanpa melalui proses kredensial oleh subkomite kredensial serta tanpa mendapat rekomendasi dari komite medik.
- (4) Pemberian ruang lingkup kewenangan klinis kepada seorang staf medis di rumah sakit harus didasarkan/berpedoman pada buku putih (white paper).
- (5) Buku putih wajib digunakan sebagai pedoman oleh komite medik untuk memberikan rekomendasi atas kewenangan klinis (clinical privilege) seorang staf medis.
- (6) Untuk tindakan medis tertentu yang dapat dilakukan oleh staf medis dari jenis spesialisasi yang berbeda, buku putih harus disusun oleh komite medik dengan melibatkan mitra bestari (peer group) dari beberapa spesialisasi terkait.
- (7) Proses kredensial untuk menghasilkan rekomendasi pemberian kewenangan klinis atas tiap staf medis di rumah sakit dilakukan oleh subkomite kredensial dari komite medik di rumah sakit.
- (8) Kewenangan klinis seorang staf medis tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilannya saja, akan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (behavior) staf medis tersebut.



## Berakhirnya Kewenangan Klinis (Clinical Privilege)

### Pasal 135

Kewenangan klinis akan berakhir apabila :

- a. Surat penugasan klinis (clinical appointment) habis masa berlakunya;
- b. Surat penugasan klinis (clinical appointment) dicabut oleh direktur rumah sakit;
- c. Staf medis yang bersangkutan mengundurkan diri dari rumah sakit;
- d. Staf medis yang bersangkutan meninggal dunia;
- e. Pada akhirnya masa berlakunya surat penugasan tersebut rumah sakit harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan;
- f. Dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medik akan meminta sub komite mutu profesi untuk melakukan sebagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali;
- g. Dalam keadaan tertentu, direktur rumah sakit dapat mengakhiri kewenangan klinis (clinical privilege) seorang staf medis setiap saat dengan atau tanpa rekomendasi dari sub komite etika dan disiplin profesi.

## Pencabutan, Perubahan/Modifikasi, dan Pemberian Kembali Kewenangan Klinis(Clinical Privilege).

### Pasal 136

- (1) Pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh Direktur rumah sakit didasarkan pada kinerja profesi di lapangan (misalnya staf medis yang mengalami gangguan kesehatan fisik dan/atau mental).
- (2) Pencabutan kewenangan klinis dapat dilakukan bila terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi atau karena tindakan disiplin dari komite medik.
- (3) Kewenangan klinis yang dicabut tersebut dapat diberikan kembali bila staf medis tersebut dianggap telah pulih kompetensinya.
- (4) Komite medik dapat merekomendasikan kepada Direktur rumah sakit pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

## Rekredensial

### Pasal 137

- (1) Kewenangan klinis (clinical privilege) staf medis yang telah habis masa berlakunya dapat diberikan kembali oleh Direktur setelah melalui proses rekredensial yang telah direkomendasikan oleh ketua komite medik.
- (2) Rekredensial dilakukan oleh sub komite kredensial dengan tatacara yang ditetapkan oleh komite medik.

Bagian Keempat  
Penugasan Klinis (Clinical Appointment)  
Pasal 138

- (1) Setiap staf medis yang akan melakukan asuhan medis harus memiliki surat penugasan klinis dari Direktur rumah sakit berdasarkan rincian kewenangan klinis dari setiap staf medis yang direkomendasikan komite medik.
- (2) Dengan diperolehnya surat penugasan klinis, seorang staf medis akan tergabung menjadi anggota kelompok staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
- (3) Direktur rumah sakit berwenang memberikan penugasan klinis sementara kepada konsultan tamu yang diperlakukan sementara oleh rumah sakit dengan atau tanpa rekomendasi dari komite medik.
- (4) Direktur rumah sakit juga berwenang untuk mengubah, memberikan untuk waktu tertentu atau mengakhiri penugasan klinis seorang staf medis berdasarkan pertimbangan atau rekomendasi komite medik atau karena alasan tertentu.
- (5) Pembekuan maupun pengakhiran suatu penugasan klinis maka seorang staf medis tidak lagi berwenang untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Bagian Kelima  
Pembinaan  
Pasal 139

Dalam hal Staf Medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan/atau kematian maka Komite Medik dapat melakukan penelitian.

Pasal 140

- (1) Bila hasil penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 139 membuktikan kebenaran maka Komite Medik dapat mengusulkan kepada Direktur untuk dikenai sanksi berupa sanksi administratif.
- (2) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (3) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Keputusan, untuk selanjutnya Direktur memiliki waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
- (4) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bersifat final.

Bagian Keenam  
Pengorganisasian Staf Medis Fungsional  
Pasal 141

Semua Dokter yang melaksanakan praktik kedokteran di unit-unit pelayanan Rumah Sakit, termasuk unit-unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan Rumah Sakit, wajib menjadi anggota staf medis.

Pasal 142

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

Pasal 143

Fungsi Staf Medis Rumah Sakit adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.

Pasal 144

Tugas Staf Medis Rumah Sakit adalah:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- b. membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan/atau pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran;
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 145

Tanggungjawab Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah :

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan;
- b. melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang Dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;

- d. memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
- f. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur dan/atau Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu;
- g. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen terkait.

#### Pasal 146

Kewajiban Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah :

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

#### Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis

#### Pasal 147

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

#### Bagian Ketujuh

#### Penilaian

#### Pasal 148

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (3) Staf medis yang memberikan pelayanan medis dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.



## Bagian Kedelapan

### Komite Medik

#### Pasal 149

- (1) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur rumah sakit.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.

### Kepengurusan Komite Medik

#### Pasal 150

- (1) Susunan organisasi komite medik rumah sakit sekurang-kurangnya terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Sub komite kredensial;
  - d. Sub komite mutu profesi; dan
  - e. Sub komite etika dan disiplin profesi.
- (2) Komite Medik Rumah Sakit bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Ketua Komite Medik adalah seorang dokter purna waktu yang ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, perilaku dan dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (4) Sekretaris komite medik dan ketua sub komite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (5) Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, komite medik dapat dibantu oleh mitra bestari untuk mengambil putusan profesional.

### Ketua Komite Medik

#### Pasal 151

- (1) Masa jabatan Ketua komite medik adalah 3 (tiga) tahun, maksimal menduduki 2 (dua) kali masa jabatan.
- (2) Jabatan ketua komite medik berakhir dalam hal :
  - a. masa jabatan telah berakhir;
  - b. memegang salah satu jabatan direksi;
  - c. mengundurkan diri;
  - d. gangguan kesehatan fisik dan/atau mental sehingga mengganggu tugasnya selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
  - e. melalaikan kewajibannya sebagai ketua komite medik berdasarkan peraturan internal staf medis.
- (3) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan ketua sebelum masa jabatannya berakhir maka kekosongan masa jabatan tersebut diisi oleh sekretaris sampai terpilih komite medik yang baru.

- (4) Tugas ketua komite medis adalah 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.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya ketua komite medik dibantu oleh :
  - a. Sekretaris;
  - b. Sub komite mutu profesi; Sub komite kredensial; dan
  - c. Sub komite etika dan disiplin.

Sekretaris Komite Medik  
Pasal 152

- (1) Sekretaris komite medik adalah seorang dokter tetap yang ditetapkan oleh Direktur atas usulan ketua komite medik.
- (2) Tugas sekretaris membantu melaksanakan tugas dan fungsi ketua komite medik.

Rapat Komite Medik  
Pasal 153

- (1) Rapat komite medik terdiri atas rapat rutin, rapat khusus dan rapat pleno.
- (2) Setiap rapat komite medik dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan secara tertulis paling sedikit 2 (dua) hari sebelum rapat dilaksanakan kepada seluruh anggota komite medik yang berhak memberikan suara.

Rapat Rutin Komite Medik  
Pasal 154

- (1) Komite medik menyelenggarakan paling sedikit rapat rutin 6 (enam) kali setiap tahun pada waktu dan tempat yang ditentukan oleh komite medik.
- (2) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat 2 (dua) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Rapat rutin dihadiri oleh ketua dan sekretaris komite medik, ketua dan sekretaris sub komite.
- (4) Ketua dapat mengundang pihak lain apabila dianggap perlu.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh sekretaris komite medik sebagaimana diatur dalam ayat (2) Pasal ini harus melampirkan:
  - a. satu salinan agenda;
  - b. satu risalah rapat rutin yang lalu;
  - c. satu risalah rapat khusus yang lalu.

## Rapat Khusus Komite Medik

### Pasal 155

- (1) Rapat khusus komite medik diselenggarakan dalam hal:
  - a. Permintaan ketua komite medik untuk hal-hal yang memerlukan penetapan kebijakan komite medik dengan segera;
  - b. Permintaan yang diajukan oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota komite medik.
- (2) Sekretaris komite medik menyelenggarakan rapat khusus dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam setelah diterimanya permintaan rapat yang ditanda tangani paling sedikit oleh  $\frac{1}{2}$  (setengah) dari jumlah komite medik yang berhak untuk hadir dan memberikan suara dalam rapat tersebut.
- (3) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat khusus beserta agenda rapat kepada anggota yang berhak paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan.
- (4) Pemberitahuan rapat khusus akan menyebutkan secara spesifik hal-hal yang akan dibicarakan dalam rapat tersebut, dan rapat hanya akan membicarakan hal-hal yang tercantum dalam pemberitahuan tersebut.

## Rapat Pleno Komite Medik

### Pasal 156

- (1) Rapat pleno komite medik diselenggarakan sekali setahun.
- (2) Rapat pleno dihadiri oleh seluruh anggota komite medik rumah sakit.
- (3) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat tahunan secara tertulis beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

## Kuorum

### Pasal 157

- (1) Kuorum tercapai apabila setiap rapat dihadiri oleh paling tidak  $\frac{1}{2}$  (setengah) dari jumlah anggota komite medik yang berhak untuk hadir dan memberikan suara.
- (2) Keputusan hanya dapat ditetapkan bila kuorum telah tercapai.
- (3) Dalam hal kuorum belum tercapai dalam waktu 1 (satu) jam dari waktu rapat yang telah ditentukan maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada waktu dan hari yang sama berikutnya.
- (4) Dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu 1 (satu) jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat berikutnya.



## Pengambilan Putusan Rapat

### Pasal 158

Kecuali telah diatur dalam medical staf bylaws ini, maka :

- a. pengambilan keputusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- b. dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara terbanyak dari anggota yang hadir.
- c. dalam hal jumlah suara yang di peroleh adalah sama maka ketua komite medik berwenang membuat keputusan hasil rapat.

## Tata Tertib Rapat

### Pasal 159

- (1) Setiap rapat komite medik dapat di hadiri oleh anggota komite medik.
- (2) Semua risalah rapat komite medik dicatat oleh sekretaris komite medik atau penggantinya yang ditunjuk.
- (3) Notulen akan diedarkan kepada semua peserta rapat yang berhak hadir sebelum rapat berikutnya.
- (4) Materi notulen rapat tidak dapat dirubah.
- (5) Notulen rapat ditandatangani oleh ketua komite medik pada akhir rapat, dan notulen tersebut diberlakukan sebagai dokumen yang sah.

## Bagian Kesembilan

### Sub Komite Kredensial

#### Pengorganisasian Sub Komite Kredensial

### Pasal 160

- (1) Struktur Organisasi Sub Komite Kredensial :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.
- (2) Ketua, Sekretaris dan anggota Sub Komite Kredensial ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (3) Bila Ketua berhalangan dalam menjalankan tugasnya, maka Sekretaris akan mengambil alih tugas dan tanggung jawabnya.
- (4) Pengurus dan Anggota Sub Komite Kredensial berjumlah sekurang-kurangnya 3(tiga) orang.
- (5) Masa kerja Sub Komite Kredensial adalah 3 (tiga) tahun terhitung sejak ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (6) Anggaran biaya Sub Komite Kredensial disusun untuk rencana tahun berikutnya, dan dibebankan kepada anggaran Rumah Sakit.

## Tugas Sub Komite Kredensial

### Pasal 161

- (1) Menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku.
- (2) Menyelenggarakan pemeriksaan dan pengkajian :
  - a. kompetensi;
  - b. kesehatan fisik dan mental;
  - c. perilaku; dan
  - d. etika profesi;
- (3) Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berlanjut.
- (4) Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis.
- (5) Penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat.
- (6) Pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik.
- (7) Melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

## Wewenang Sub Komite Kredensial

### Pasal 162

Melakukan pemantauan dan penanganan masalah kredensial Staf Medis dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.

## Tanggung Jawab Sub Komite Kredensial

### Pasal 163

Sub Komite Kredensial bertanggung jawab kepada Komite Medik.

## Tata Kerja Sub Komite Kredensial

### Pasal 164

- (1) Dalam melaksanakan tugas, Sub Komite Kredensial menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi dengan Komite Medik.
- (2) Sub Komite Kredensial dapat membentuk Tim Ad Hoc yang melibatkan anggota Staf Medis di unit pelayanan tertentu dan/atau tenaga kesehatan lain untuk menyusun, melengkapi, dan memperbaiki kewenangan klinis (clinical privilege).
- (3) Setiap laporan yang diterima oleh Sub Komite Kredensial, wajib dievaluasi dan ditindaklanjuti serta digunakan sebagai bahan untuk rapat.
- (4) Sub Komite Kredensial wajib mengadakan rapat anggota minimal 1 (satu) kali setiap bulan.
- (5) Sub Komite Kredensial menyampaikan notulen rapat, laporan-laporan dan rekomendasi kepada Komite Medik.



Bagian Kesepuluh  
Sub Komite Mutu Profesi  
Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi  
Pasal 165

- (1) Struktur organisasi Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.
- (2) Ketua, Sekretaris, dan Anggota Sub Komite Mutu Profesi ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medik.
- (3) Bila Ketua berhalangan dalam menjalankan tugasnya, maka Sekretaris akan mengambil alih tugas dan tanggung jawabnya.
- (4) Pengurus dan anggota Sub Komite Mutu Profesi berjumlah sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang.
- (5) Masa kerja Sub Komite Mutu Profesi adalah 3 (tiga) tahun terhitung sejak ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (6) Anggaran biaya Sub Komite Mutu Profesi disusun untuk rencana tahun berikutnya, dan dibebankan kepada Anggaran Rumah Sakit.

Pasal 166

Tugas Sub Komite Mutu Profesi :

- a. membuat rencana kerja/program kerja;
- b. melaksanakan rencana kerja/jadwal kegiatan;
- c. membuat panduan mutu pelayanan medis;
- d. melakukan pemantauan dan pengendalian mutu profesi yang dilakukan melalui kegiatan :
  - 1) pemantauan kualitas misalnya laporan jaga, audit kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian dan lain-lain.
  - 2) tindak lanjut terhadap temuan kualitas misalnya pelatihan singkat, aktifitas pendidikan dan pengembangan profesi berkelanjutan (continuing profesional development) maupun pendidikan kewenangan tambahan.
- e. memberikan rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis;
- f. memberikan rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis rumah sakit tersebut;
- g. memberikan rekomendasi proses pendampingan (proctoring) bagi Staf Medis yang membutuhkan;
- h. menyusun indikator mutu klinik dengan melakukan koordinasi dengan dengan kelompok Staf Medis dan unit kerja. Indikator yang disusun adalah indikator output atau outcome;
- i. melakukan koordinasi dengan komite peningkatan mutu rumah sakit;
- j. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.



## Wewenang Sub Komite Mutu Profesi

### Pasal 167

Melakukan pemantauan dan penanganan masalah mutu profesi Staf Medis dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.

## Tanggung Jawab Sub Komite Mutu Profesi

### Pasal 168

Sub Komite Mutu Profesi bertanggungjawab kepada Komite Medik.

## Tata Kerja Sub Komite Mutu Profesi

### Pasal 169

- (1) Dalam melaksanakan tugas, Sub Komite Mutu Profesi menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi dengan Komite Medik.
- (2) Sub Komite Profesi dapat membentuk Tim Ad Hoc yang melibatkan anggota Staf Medis di unit Pelayanan tertentu dan/atau tenaga kesehatan lain untuk melaksanakan audit medis.
- (3) Setiap laporan yang diterima oleh Sub Komite Mutu Profesi, wajib dievaluasi dan ditindaklanjuti serta digunakan sebagai bahan untuk rapat.
- (4) Sub Komite Mutu Profesi wajib mengadakan rapat anggota minimal 1 (satu) kali setiap bulan.
- (5) Sub Komite Mutu Profesi menyampaikan notulen rapat, laporan-laporan dan rekomendasi kepada Komite Medik.

## Bagian Kesebelas

### Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

#### Pengorganisasian Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.

### Pasal 170

- (1) Struktur organisasi sub komite etika dan disiplin profesi terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.
- (2) Ketua, sekretaris dan anggota sub komite etika dan disiplin profesi ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua komite medik.
- (3) Bila ketua berhalangan dalam menjalankan tugasnya, maka sekretaris akan mengambil alih tugas dan tanggung jawabnya.
- (4) Pengurus dan anggota sub komite etika dan disiplin profesi berjumlah sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang.
- (5) Masa kerja sub komite etika dan disiplin profesi adalah 3 (tiga) tahun terhitung sejak ditetapkan oleh direktur rumah sakit.
- (6) Anggaran biaya sub komite etika dan disiplin profesi disusun untuk rencana tahun berikutnya, dan di bebaskan kepada anggaran rumah sakit.

## Pasal 171

Tugas sub komite dan disiplin profesi :

- a. membuat rencana kerja;
- b. melaksanakan rencana kerja;
- c. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
- d. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
- e. mengusulkan kebijakan yang terkait dengan etika;
- f. melakukan koordinasi dengan panitia etik rumah sakit;
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala;
- h. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- i. melakukan pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
- j. memberikan rekomendasi pendisiplinan pelaku professional di rumah sakit;
- k. memberikan nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

## Wewenang Sub Komite Etik Dan Disiplin Profesi

### Pasal 172

Melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.

## Tanggung jawab Sub Komite Etik Dan Disiplin Profesi

### Pasal 173

Sub komite etika dan disiplin profesi bertanggung jawab kepada komite medik.

## Tata Kerja Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

### Pasal 174

- (1) Dalam melaksanakan tugas, sub komite etika dan disiplin profesi wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi dengan komite medik.
- (2) Sub komite peningkatan mutu pelayanan medik dapat membentuk tim ad hoc yang melibatkan anggota staf medis di unit pelayanan tertentu dan/atau tenaga kesehatan lain untuk melaksanakan audit medik.
- (3) Setiap laporan yang diterima oleh sub komite etika dan disiplin profesi, wajib dievaluasi dan ditindaklanjuti serta digunakan sebagai bahan untuk rapat.
- (4) Sub komite etika dan disiplin profesi wajib mengadakan rapat anggota minimal 1 (satu) kali setiap bulan.
- (5) Sub komite etika dan disiplin profesi menyampaikan notulen rapat, laporan-laporan dan rekomendasi kepada komite medik.





Bagian Kedua Belas  
Tindakan Korektif  
Pasal 175

- (1) Dalam hal Staf Medis diduga melakukan layanan klinik dibawah standar maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan oleh Komite Medik untuk dilakukan penelitian.
- (2) Bilamana hasil penelitian menunjukkan kebenaran adanya layanan klinik di bawah standar, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberikan sanksi dan pembinaan sesuai ketentuan.

Bagian Ketiga Belas  
Pemberhentian Staf Medis  
Pasal 176

Staf Medis Organik diberhentikan dengan hormat sebagaimana diatur dalam Pasal 97 ayat (1).

Pasal 177

Staf Medis Organik dapat diberhentikan dengan tidak hormat apabila ia melakukan perbuatan melawan hukum yang ancamannya pidananya lebih dari 5 (lima) tahun.

Pasal 178

Staf Medis Mitra berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas persetujuan bersama.

Pasal 179

Staf Medis Mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja kembali untuk masa kontrak berikutnya setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.

Bagian Empat Belas  
Sanksi  
Pasal 180

Staf Medis Rumah Sakit, baik yang berstatus sebagai organik maupun mitra, yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan, peraturan rumah sakit, klausula-klausula dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.



## Pasal 181

Pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur Rumah Sakit setelah mendengar pendapat dari Komite Medik dengan mempertimbangkan kadar kesalahannya, yang bentuknya dapat berupa:

- a. teguran lisan atau tertulis;
- b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
- c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis Organik; atau
- d. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

## Bagian Kelima Belas

### Hak dan Kewajiban Staf Medis

#### Hak Staf Medis

#### Pasal 182

Hak Staf Medis adalah :

- a. setiap Staf Medis berhak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- b. setiap Staf Medis berhak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya;
- c. setiap Staf Medis berhak mendapat imbal jasa sesuai ketentuan yang berlaku;
- d. setiap Staf Medis berhak menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika;
- e. setiap Staf Medis berhak menghentikan pelayanan profesionalnya kepada pasien apabila hubungan dengan pasien berkembang begitu buruk sehingga kerjasama yang baik tidak mungkin diteruskan lagi;
- f. setiap Staf Medis berhak mendapatkan perlindungan keselamatan kerja;
- g. setiap staf medis berhak mendapatkan seragam kerja yang layak;
- h. setiap Staf Medis berhak menjalani cuti atau meninggalkan tugas sesuai ketentuan yang rumah sakit, dengan terlebih dahulu meminta ijin kepada Wakil Direktur Pelayanan rumah sakit;
- i. Staf Medis purna waktu berhak mendapat kesempatan secara adil dan merata untuk mengembangkan karier di bidangnya.

#### Kewajiban Staf Medis

#### Pasal 183

Kewajiban Staf Medis adalah :

- a. mengikuti Standar Pelayanan Kedokteran dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku dan mengikuti kaidah-kaidah profesi;
- b. menjaga nama baik rumah sakit dan senantiasa memelihara persatuan serta kesatuan Staf Medis;
- c. mentaati tata tertib dan peraturan rumah sakit dengan penuh kesadaran pengabdian dan tanggung jawab untuk kepentingan rumah sakit;
- d. menjalankan tugas yang diberikan oleh manajemen rumah sakit yang berkoordinasi dengan ketua kelompok Staf Medis;



- e. menjalankan tugas jaga sesuai ketentuan dan aturan rumah sakit;
- f. mengikuti acara ilmiah/konferensi yang rutin diadakan di rumah sakit;
- g. mengevaluasi Standar Pelayanan Kedokteran dan Standar Prosedur Operasional;
- h. melaksanakan pembuatan rekam medis yang baik, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- i. mengajukan permohonan ijin kepada Wakil Direktur Pelayanan Rumah Sakit bila meninggalkan tugas rumah sakit;
- j. meningkatkan kinerja dalam bidang masing-masing;
- k. senantiasa memelihara dan meningkatkan kompetensinya;
- l. menyimpan dan menjaga kerahasiaan data serta informasi yang berhubungan dengan kegiatan usaha rumah sakit terhadap pihak lain yang tidak berwenang;
- m. ikut dalam perencanaan dan penetapan pengadaan peralatan medis;
- n. menjaga dan memelihara sarana dan prasarana rumah sakit;
- o. memelihara kerapihan dan kebersihan tempat kerja masing-masing;
- p. berperan aktif menyusun perencanaan dan mendukung program-program rumah sakit sesuai dengan tugas dan kewenangannya;
- q. segera melapor bila ada hal-hal yang diduga dapat berakibat tidak baik terhadap rumah sakit;
- r. mengalihkan tugas dan tanggung jawabnya kepada Staf Medis lain yang memiliki kompetensi yang sama pada saat berhalangan menjalankan tugas secara tertulis, dengan sepengetahuan Komite Medik dan Wakil Direktur Pelayanan Rumah Sakit.

### Praktik Kedokteran

#### Pasal 184

- (1) Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib mengikuti standar prosedur operasional yang berlaku dan sesuai dengan standar profesi.
- (2) Setiap Staf Medis dikendalikan dengan mengatur kewenangan klinisnya (clinical privilege) untuk melakukan pelayanan medis, hanya staf medis yang memenuhi syarat-syarat kompetensi dan perilaku tertentu saja yang boleh melakukan pelayanan medis.
- (3) Dalam menjalankan praktik kedokterannya apabila diperlukan maka dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis wajib melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter atau dokter gigi lain sesuai dengan disiplin ilmunya.
- (4) Dalam rangka pengembangan profesional dokter berkelanjutan, dokter atau dokter gigi diwajibkan mengikuti program pendidikan dan pelatihan.

### Mutu Profesi dan Kualitas Pelayanan

#### Pasal 185

Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi dan kualitas pelayanan, maka perlu dilaksanakan hal berikut :

- a. mengikuti pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;



- b. mengikuti kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis Rumah sakit;
- c. memantau kualitas Staf Medis, misalnya morning report, kasus sulit, pertemuan klinis, kasus kematian (death case), audit medis, pembacaan jurnal;
- d. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (short course), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan;
- e. proses pendampingan (proctoring) bagi staf medis yang membutuhkan.

### Mekanisme Review dan Revisi

#### Pasal 186

- (1) Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staf Bylaws) ini dapat dilakukan review dan perubahan bilamana adanya perubahan dalam ketentuan peraturan perundang-undangan yang menyangkut profesi medis.
- (2) Mekanisme dan cara perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dalam Pedoman Review Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staf Bylaws).
- (3) Direksi bersama Komite Medik rumah sakit berhak merubah Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staf Bylaws) ini dengan persetujuan Governing Body melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk itu.
- (4) Usulan untuk mengubah Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staf Bylaws) ini hanya dapat dilaksanakan melalui Governing Body, Direksi atau Komite Medik.

### Bagian Keenam Belas

#### Kendali Mutu dan Kendali Biaya

#### Pasal 187

- (1) Dokter dan dokter gigi dalam melaksanakan praktek kedokteran wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Untuk mengawasi dokter dan dokter gigi telah melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya, perlu diadakan audit medis oleh komite medik atas rekomendasi dari sub komite peningkatan mutu profesi medis.
- (3) Audit medis merupakan upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis.
- (4) Audit medis bertujuan :
  - a. Umum : Tercapainya pelayanan prima di Rumah Sakit;
  - b. Khusus :
    - 1) untuk melakukan evaluasi mutu pelayanan medis;
    - 2) untuk mengetahui penerapan standar pelayanan medis; dan
    - 3) untuk melakukan perbaikan-perbaikan pelayanan medis sesuai dengan kebutuhan pasien dan standar pelayanan medis.
- (5) Langkah-langkah di dalam melakukan audit medis, meliputi :
  - a. untuk melaksanakan audit medis diperlukan wadah/struktur yang diharapkan dapat mengorganisir kegiatan audit medis yaitu sub komite mutu profesi medis;





- b. menentukan masalah tertentu untuk dipelajari dan diulas.
  - c. menentukan kriteria atau standar profesi yang jelas, objektif dan rinci.
  - d. mempelajari catatan medik.
  - e. dokter mempelajari kasus yang tidak memenuhi kriteria, dianalisis, didiskusikan kemungkinan penyebabnya.
  - f. membuat rekomendasi tentang cara-cara penegasan dan penanggulangan kasus yang tidak memenuhi kriteria.
  - g. mempelajari lagi topik yang sama di kemudian hari, yaitu setelah 3 (tiga) bulan kemudian, untuk dinilai dan meyakinkan bahwa kelemahan/kekurangan yang diidentifikasi telah diperbaiki dan tidak diulang kembali.
- (6) Persyaratan-persyaratan sebelum dilakukan audit medis, meliputi :
- a. tetapkan tujuan audit medis yang akan dilakukan;
  - b. tetapkan ruang lingkup audit medis yang akan dilakukan, antara lain :
    - 1) topik/judul kasus yang akan dilakukan audit medis;
    - 2) periode kasus : 3 (tiga) bulan yang lalu (restrospektif) atau 3 (tiga) bulan yang akan datang (prospektif) atau konkuren (cross sectional); dan
    - 3) tempat kasus : ruang rawat inap atau ruang rawat jalan atau intensif atau kamar operasi atau secara keseluruhan dari mulai emergensi/poliklinik sampai pasien pulang/meninggal (continuous of care).
  - c. tetapkan tingkat audit medis, tingkat pertama SMF (first party medical audit) atau tingkat kedua komite medik (second party medical audit);
  - d. tetapkan Standar Pelayanan Medis (SPM) atau Standar Prosedur Operasional (SOP) yang digunakan;
  - e. tetapkan format audit medis/managemen yang digunakan.

#### Pasal 188

- (1) Pelaksanaan audit medis harus penuh tanggungjawab, dengan tujuan meningkatkan mutu pelayanan bukan untuk menyalahkan atau menghakimi seseorang.
- (2) Pelaksanaan audit medis harus objektif, independen, dan memperhatikan aspek kerahasiaan pasien dan wajib simpan rahasia kedokteran.
- (3) Pelaksanaan analisa hasil audit medis harus dilakukan oleh kelompok staf medis terkait yang mempunyai kompetensi, pengetahuan dan keterampilan sesuai bidang pelayanan dan/atau kasus yang di audit.
- (4) Publikasi hasil audit harus tetap memperhatikan aspek kerahasiaan pasien dan citra Rumah Sakit di masyarakat.
- (5) Mekanisme rapat audit medis :
  - a. Tingkat Kelompok Staf Medis-First Party Audit :
    - Pimpinan : Ketua Kelompok Staf Medis.
    - Sekretaris : Sekretaris Komite Medis.
    - Penyaji : Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis.
    - Peserta : Seluruh anggota kelompok staf medis dan wakil dari penanggungjawab pelayanan medis Rumah Sakit (Wakil Direktur Pelayanan).
    - Hasil : - alternatif pemecahan masalah;  
- salinan dikirim ke Komite Medis;

- rencana audit dan presentasi yang akan datang.
- b. Tingkat Komite Medik-Second Party Audit :
  - Pimpinan : Ketua Komite Medis.
  - Sekretaris : Sekretaris Komite Medis.
  - Penyaji : Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis.
  - Peserta : Seluruh kelompok staf medis terkait dan wakil direktur pelayanan.
  - Hasil :
    - alternatif pemecahan masalah;
    - salinan dikirim ke Direktur Rumah sakit;
    - rencana audit dan presentasi yang akan datang.

#### Pasal 189

Kendali biaya adalah pembiayaan pelayanan kesehatan yang dibebankan kepada pasien benar-benar sesuai dengan kebutuhan pasien didasarkan pola tarif yang ditetapkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### Bagian Ketujuh Belas

##### Kewajiban Untuk Mematuhi Kebijakan Rumah Sakit

##### Tentang Obat dan Formularium

#### Pasal 190

- (1) Dalam menentukan kebijakan pengobatan dan penggunaan obat di Rumah Sakit dibentuk Panitia Kefarmasian.
- (2) Fungsi dan ruang lingkup Panitia Kefarmasian adalah :
  - a. menyusun formularium rumah sakit sebagai pedoman utama bagi para dokter dalam memberikan terapi kepada pasien. Pemilihan obat untuk dimasukkan ke dalam formularium harus didasarkan pada evaluasi terhadap etik terapi, keamanan serta harga obat dan harus meminimalkan duplikasi produk obat yang sama;
  - b. mengevaluasi untuk menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis yang diusulkan oleh anggota staf medis;
  - c. menetapkan pengelolaan obat yang digunakan di rumah sakit;
  - d. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional;
  - e. melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di rumah sakit dengan mengkaji medical record dibandingkan dengan standar diagnose dan terapi. Tinjauan ini dimaksudkan untuk meningkatkan secara terus-menerus penggunaan obat secara rasional;
  - f. mengumpulkan dan meninjau laporan mengenai efek samping obat;
  - g. menyebarluaskan/mengembangkan ilmu pengetahuan yang menyangkut obat kepada staf medis dan perawat.
- (3) Dalam rangka melaksanakan kebijakan tentang pengobatan dan penggunaan obat di Rumah Sakit menyediakan obat generik untuk pasien rawat jalan dan rawat inap berdasarkan formularium dengan mengacu kepada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN).



- (4) Formularium rumah sakit dibuat oleh Apoteker berdasarkan hasil kesepakatan Panitia Kefarmasian.
- (5) Pemilihan obat untuk dimasukkan dalam formularium harus didasarkan pada evaluasi secara subjektif terhadap efek obat terapi, keamanan serta harga obat dan juga harus meminimalkan duplikasi dalam tipe obat, kelompok dan produk obat yang sama.

#### Pasal 191

Pedoman penggunaan formularium, meliputi :

- a. membuat kesepakatan antara staf medis dari berbagai disiplin ilmu dengan Panitia Kefarmasian dalam menentukan kerangka mengenai tujuan, organisasi, fungsi dan ruang lingkup. Staf medis harus mendukung sistem formularium yang diusulkan oleh Panitia Kefarmasian;
- b. membatasi jumlah produk obat yang secara rutin harus tersedia di Instalasi farmasi;
- c. nama obat yang tercantum dalam formularium adalah nama generik;
- d. membuat prosedur yang mengatur pendistribusian obat generik yang efek terapinya sama;
- e. apoteker bertanggungjawab untuk menentukan jenis obat generik yang sama untuk disalurkan kepada dokter sesuai produk asli yang diminta;
- f. dokter yang mempunyai pilihan terhadap obat paten tertentu harus didasarkan pada pertimbangan farmakologi dan terapi;
- g. apoteker bertanggungjawab terhadap kualitas, kuantitas dan sumber obat dari sediaan kimia, biologi dan sediaan farmasi yang digunakan oleh dokter untuk mendiagnosa dan mengobati pasien.

#### Pasal 192

- (1) Pengelolaan obat harus dilaksanakan efektif dan efisien dimana pemanfaatan atau efikasi, keamanan dan mutu obat terjamin, serta penggunaan obat secara tepat artinya harus diberikan dengan indikasi yang tepat, untuk penderita yang tepat dengan jenis obat yang tepat dan diberikan dengan regimen dosis yang tepat serta senantiasa waspada terhadap kemungkinan terjadinya efek obat yang tidak diinginkan.
- (2) Kegiatan pengelolaan penggunaan obat dimulai dengan :
  - a. pemilihan jenis obat dan alat kesehatan yang dibutuhkan, baik diagnostik, terapeutik, paliatif maupun rehabilitasi;
  - b. perencanaan untuk mengadakan obat dan alat kesehatan dalam jenis, jumlah, waktu dan tempat yang tepat;
  - c. pengadaan berdasarkan pertimbangan dana yang tersedia dilakukan skala prioritas pengadaan yang tepat;
  - d. penyimpanan yang tepat sesuai dengan sifat masing-masing obat dan alat kesehatan;
  - e. penyaluran kepada unit-unit pelayanan dan penunjang yang membutuhkan obat dan alat kesehatan tersebut di Instalasi gawat darurat, Instalasi Rawat Jalan dan Instalasi Rawat Inap;
  - f. penulisan resep oleh dokter (Prescribing process);
  - g. peracikan oleh Farmasis (Dispensing Process);
  - h. pemberian oleh perawat kepada penderita (administration Process);
  - i. penggunaan oleh penderita (Consuming Process);
  - j. pemantauan khasiat dan keamanan obat oleh dokter, perawat, farmasis dan penderita.



BAB V  
KETENTUAN PERUBAHAN  
Pasal 193

- (1) Perubahan Pola Tata Kelola Rumah Sakit dapat dilakukan oleh pemerintah daerah karena alasan tertentu.
- (2) Perubahan Pola Tata Kelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (3) Mekanisme perubahan Pola Tata Kelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Bupati.

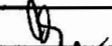


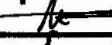
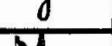
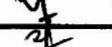
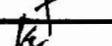
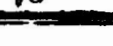
BAB VI  
PENUTUP  
Pasal 194

Pada saat berlakunya Peraturan Bupati ini, Peraturan Bupati Subang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Kabupaten Subang dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

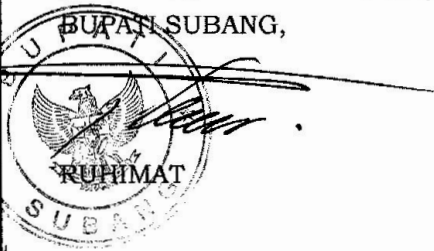
Pasal 195

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

PARAF KOORDINASI	
Wakil Bupati Kab. Subang	
Sekda Kab. Subang	
Asda I. Kab. Subang	
Ka. Bag. Hukum Sekda Kab. Subang	
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Subang	
Direktur RSUD Kab. Subang	
Wakil Direktur Umum Dan Keuangan RSUD Kab. Subang	
Ka. Bag. Kesekretariatan RSUD Kab. Subang	

Ditetapkan di Subang  
pada tanggal 11 November 2019



Diundangkan di Subang

pada tanggal 11 November 2019

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SUBANG,

