



BUPATI BOALEMO
PROVINSI GORONTALO

PERATURAN BUPATI KABUPATEN BOALEMO
NOMOR **22** TAHUN 2023

TENTANG
PEDOMAN INTERNAL
UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr.Ir.IWAN BOKINGS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BOALEMO,





- Menimbang :
- bahwa dengan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit maka penting mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab penyelenggaraan rumah sakit, staf medis dan kelompok jabatan fungsional maka perlu menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) RSUD DR.Ir Iwan Bokings Kabupaten Boalemo;
 - bahwa rumah sakit daerah sebagai organisasi bersifat khusus memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah dalam pasal 43 Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perangkat Daerah;
 - bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Bupati Boalemo tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) UPTD Rumah Sakit Umum Daerah DR.Ir Iwan Bokings pada Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo.

KABUPATEN BOALEMO	KEPALA DAERAH	ASSI	SEKDA	WAKIL
f	h	h	h	

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 50 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Boalemo (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 178, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3899), sebagaimana telah diubah dengan Undang – Undang Nomor 10 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 50 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Boalemo (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 77, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3965);
2. Undang - Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun2004 Nomor 95, Tambahan Lembaran Negara RepublikIndonesia Nomor 4419);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234, sebagaimana telah diubah beberapakali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan. (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapakali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6

KABAG HUKUM	UMAS BADA KANTOR	ASS I	SEKDA	WAKIL
f	h	h	h	

- Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856)
7. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
 8. Undang – Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antar Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
 9. 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 4286);
 10. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
 11. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887); sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6422);
 12. Peraturan Pemerintah Nomor 42 Tahun 2004 tentang Pembinaan Jiwa Korps dan Kode Etik Pegawai Negeri Sipil Jiwa Korps dan Kode Etik;
 13. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2010 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik

KABAG HUKUM	DIREKSI DAN KANTOR	ASSI	SEKDA	WABUP
				

Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);

14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971/Menkes/Per/XI/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020);
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal (Hospital By Laws);
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK / IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws) di Rumah Sakit;
24. Peraturan Daerah Kabupaten Boalemo Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Boalemo Tahun 2016, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Boalemo Nomor 302); Sebagaimana telah di ubah dengan Perda Nomor 4

KABAG HUKUM	DINASIBADAN KANTOR	ASS I	SEKDA	WASUP
1	2	3	4	

Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2016 tentang Ssusunan Perangkat Daereah (Lembaran Daerah Kabupaten Boalemo Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Boalemo 313);

25. Peraturan Bupati Boalemo Nomor 26 Tahun 2020 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Daerah RSUD DR.Ir Iwan Bokings pada Dinas kesehatan Kabupaten Boalemo;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN BUPATI BOALEMO TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BY LAWS) UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR.Ir IWAN BOKINGS PADA DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOALEMO

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :





1. Daerah adalah Kabupaten Boalemo;
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang menjadi kewenangan daerah otonom;
3. Bupati adalah Bupati Kabupaten Boalemo;
4. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah disingkat DPRD adalah Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Boalemo;
5. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo;
6. Unit Pelaksana Teknis yang selanjutnya disingkat UPTD adalah Unit organisasi yang melaksanakan kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan penunjang tertentu pada Dinas Kesehatan;
7. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Ir. Iwan Bokings yang selanjutnya disebut RSIB adalah RSIB adalah Unit Organisasi pada Dinas Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat serta penunjang lainnya;
8. Pola Tata Kelola adalah Hospital By Laws yang memuat Pola Tata Kelola Korporasi (Corporate By Laws) dan Pola Tata Kelola Staf Medis (Medical Staff By Laws);

KABAG HUKUM	DINAS KESKOR	ASS	SEKDA	WABUP

9. Pola Tata Kelola Korporasi (Corporate By Laws) adalah Peraturan yang mengatur hubungan antara Pemerintah Kabupaten Boalemo sebagai pemilik dengan Pejabat Pengelola dan Staf medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan, dan hak dari staf medis rumah sakit;
10. Pola Tata Kelola Staf Medis (Medical Staff By Laws) adalah Peraturan yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan, dan hak dari staf medis rumah sakit;
11. Tugas Teknis Operasional adalah tugas untuk melaksanakan kegiatan teknis tertentu yang secara langsung berhubungan dengan pelayanan masyarakat;
12. Tugas Teknis Penunjang adalah tugas untuk melaksanakan kegiatan teknis tertentu dalam rangka mendukung pelaksanaan tugas organisasi induknya;
13. Satuan Pengawas Internal adalah unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit daerah.
14. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari Direktur, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi;
15. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak seorang pegawai negeri sipil dalam suatu satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau ketrampilan tertentu;
16. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah peraturan organisasi rumah sakit (*corporate by laws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff bylaws*) yang disusun dalam rangka penyelenggaraan tata kelola rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical government*);
17. Peraturan Organisasi Rumah Sakit (*corporate bylaws*) adalah peraturan internal Rumah Sakit yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Pejabat Pengelola dan Staf Medik beserta fungsi, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak staf medis di rumah sakit;
18. Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff bylaws*) adalah peraturan yang mengatur fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak staf medis di rumah sakit;

KABUPATEN	DINAS KESEHATAN	ASSI	SEKDA	WABUP
1	2	3	4	5

19. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*nursing staff bylaws*) adalah peraturan mengenai tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di rumah sakit;
20. Direktur adalah pimpinan rumah sakit yang diangkat oleh Bupati dan bertindak sebagai Pejabat Pengelola Rumah Sakit;
21. Dewan pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas, adalah unit nonstruktural yang bersifat independen pada rumah sakit yang melakukan pembinaan, diangkat dan bertanggung jawab kepada pemilik rumah, Dewan Pengawas dibentuk apabila Rumah Sakit telah berubah status menjadi Badan Layanan Umum Daerah atau BLUD;
22. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative;
23. Staf medis adalah dokter , dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis serta dokter spesialis konsultan yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan Rumah Sakit;
24. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitas medis dan pelayanan lainnya;
25. Unit kerja adalah tempat staf menyelenggarakan staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lainnya;
26. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis atau staf keperawatan yang diberikan direktur untuk melakukan sederetan pelayanan medis/keperawatan tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*);
27. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur kepada staf medis/keperawatan untuk melakukan sekelompok pelayanan medis/keperawatan untuk melakukan sekelompok pelayanan medis/keperawatan di rumah sakit berdasarkan dasar kewenangan klinis (*whitepaper*) yang ditetapkan baginya;
28. Kredensialing adalah proses revaluasi terhadap staf medis/keperawatan untuk menentukan diberikannya kewenangan klinis (*clinical privilege*);
29. Rekredensialing adalah proses reevaluasi terhadap staf medis/keperawatan yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut;

KEMANG KUM	DINASISIR NUTOR	ASS I	SEKDA	WAD
				

30. Audit medis/keperawatan adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis/keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis;
31. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan;
32. Rencana strategi Bisnis yang selanjutnya disingkat Renstra Bisnis adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi misi program strategis pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional apabila Rumah Sakit telah berubah status menjadi Badan Layanan Umum Daerah atau BLUD;
33. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA, adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang dihasilkan dan / atau digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran;
34. Kelompok Staf Medis (KSM) adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan sesuai dengan keahliannya;
35. Staf Medis Fungsional(SMF) adalah Dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan di RSUD Kelas D Dr.Ir.Iwan Bokings, MM Kabupaten Boalemo berdasarkan surat penugasan klinis sesuai dengan aturan yang berlaku;
36. Komite keperawatan adalah wadah nonstruktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi;
37. Komite Medis Rumah Sakit adalah Perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis tetap terjaga profesionalnya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;
38. Komite Keperawatan adalah Perangkat rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;
39. Sub Komite/Tim adalah perangkat rumah sakit yang mempunyai fungsi penunjang komite/tim.

KABAG HUKUM	DIMASBODAI KABOR	ASSI	SEKDA	WAGUP

40. Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola program peningkatan mutu dan peningkatan koordinasi tentang keselamatan pasien rumah sakit secara profesionalis melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;
41. Tim Etik adalah suatu perangkat organisasi nonstruktural yang dibentuk dalam rumah sakit untuk membantu pimpinan RSUD dalam melaksanakan kode rumah sakit di Indonesia;
42. Tim PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) adalah suatu perangkat organisasi nonstruktural yang dibentuk dalam rumah sakit untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar rumah sakit;
43. Satuan Pengawas Internal, yang selanjutnya di singkat SPI adalah perangkat RSUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat;
44. Tenaga Administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan;
45. Standar Pelayanan Minimum yang selanjutnya disingkat SPM adalah spesifikasi teknik tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat;
46. Instalasi adalah unit kerja yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan/penunjang pelayanan kesehatan, pendidikan, penelitian dan pendukung pelayanan lainnya yang dilaksanakan di Rumah Sakit;
47. Tarif adalah imbalan atas barang dan/jasa yang diberikan oleh Rumah Sakit termasuk imbalan hasil yang wajar dari investasi dana, dapat bertujuan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit pelayanan;
48. Sumber daya lain adalah sarana, prasarana, gedung dan jalan yang dimanfaatkan untuk mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit;
49. Jasa Medis adalah cara pembagian imbalan kerja yang dapat berupa upah, jasa pelayanan, jasa pengelolaan teknis, yang diberikan kepada pegawai rumah sakit;

KABUPATEN	DINAS/BAKOR	AS	SEKDA	WAKIL
f	h	h	h	

50. Dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan Republik Indonesia yang bekerja di RSUD DR.Ir Iwan Bokings Kabupaten Boalemo;
51. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter umum dan atau dokter spesialis serta dokter gigi dan atau dokter gigi spesialis yang mendapatkan surat penugasan klinis dari Direktur untuk melakukan pelayanan baik PNS maupun non PNS yang sepenuhnya bekerja di RSUD DR.Ir Iwan Bokings Kabupaten Boalemo;
52. Dokter tidak tetap atau paruh waktu adalah dokter spesialis serta dokter gigi dan atau dokter gigi spesialis yang terikat dalam kontrak kerja dan mendapatkan Surat penugasan klinis dari Direktur untuk melakukan pelayanan di RSUD DR.Ir.Iwan Bokings Kabupaten Boalemopada waktu tertentu;
53. Dokter Tamu atau Dokter Konsulen/spesialis konsulen adalah dokter dengan keahlian tertentu, dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dari luar yang diakui keahliannya untuk memberikan pelayanan dan konsultasi sesuai keilmuannya serta memiliki tanggungjawab untuk mendidik dan melatih SDM;
54. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis(PPDS) adalah dokter umum, dokter gigi atau dokter spesialis yang sedang mengikuti pendidikan Dokter Spesialis atau sub spesialis di RSUD DR.Ir Iwan Bokings Kabupaten Boalemo;
55. Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP) adalah staf medis rumah sakit yang bertanggung jawab atas pelayanan medis pasien yang pengaturannya sesuai dengan penugasan klinis (*clinical appointment*) di RSUD DR.Ir Iwan Bokings Kab. Boalemo Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah kewenangan yang diberikan kepada Dokter dan Dokter Spesialis serta Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis oleh Direktur atas rekomendasi dari Komite Medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
56. Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appoinment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang staf medis fungsional untuk melakukan pelayanan medis di RSUD DR.Ir Iwan Bokings Kabupaten Boalemoberdasarkan daftar kewenangan klinis (*Clinical prililage*) yang ditetapkan baginya untuk waktu tertentu;

KR K/	IS J/	DIREKTUR	SS I	SEKDA	WA
f	h	h	I	8	

57. Pendidikan Sistem Magang untuk peserta pendidikan dokter spesialis (PPDS) dan peserta pendidikan dokter gigi spesialis (PPDGS) adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di RSUD Kelas D DR.Ir Iwan Bokings Kabupaten Boalemodengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis, di mana peserta didik memberikan pelayanan sesuai capaian kompetensi yang dimiliki, yang dalam pelaksanaan pelayanan didampingi, diawasi dan menjadi tanggung jawab sepenuhnya DPJP;
58. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit adalah Adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat;
59. Standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana Standar Prosedur Operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi;

BAB II

PEDOMAN INTERNAL (*HOSPITAL BYLAWS*)

UPTD RSUD DR. Ir. IWAN BOKINGS

Pasal 2

Peraturan internal rumah sakit (*Hospital Bylaws*) DR. Ir. Iwan Bokings Kabupaten Boalemo adalah Peraturan internal yang mengatur hubungan antara Pemerintah daerah sebagai pemilik dengan Pejabat Pengelola dan Staf Medik beserta fungsi, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak staf medis di rumah sakit;

BAB III

SISTIMATIKA STRUKTUR ORGANISASI

Pasal 3

- (1) Sistematika Organisasi dalam Peraturan Internal Dr Ir Iwan Bokings ini di susun sebagai berikut :
 - a. BAB I : PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
 - b. BAB II : PERATURAN INTERNAL KORPERASI

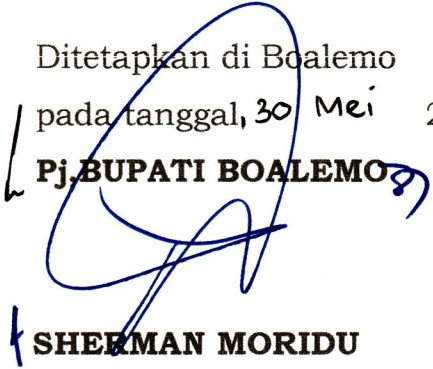
KABUPATEN RUMAH SAKIT	DINAS DAERAH PANTOR	ASS I	SEKDA		
1	(h)	/	7		

- c. BAB III : DEWAN PENGAWAS
 - d. BAB IV : ORGANISASI TATA KERJA
 - e. BAB V : KOMITE, DAN SUB KOMITE DAN TIM
 - f. BAB VI : TATA KERJA
 - g. BAB VII : POLA TATA KELOLA STAF MEDIS
 - h. BAB VIII : KEANGGOTAA, TUGAS DAN WEWENANG STAF MEDIS FUNGSIONAL
 - i. BAB IX : KEWENANGAN KLINIS
 - j. BAB X : PENUGASAN KLINIS
 - k. BAB XI : DOKTER PENANGGUNG JAWAB
 - l. BAB XII : AMANDEMEN
- (2). Peraturan internal rumah sakit (*Hospital Bylaws*) Dr. Ir. Iwan Bokings Kabupaten Boalemo, sebagaimana tercantum dalam lampiran dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 4

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatan yang sebenarnya.

Ditetapkan di Boalemo
pada tanggal, 30 Mei 2023
Pj. BUPATI BOALEMO

SHERMAN MORIDU

Diundangkan di Boalemo
pada tanggal, 30 Mei 2023

Pj, SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BOALEMO


SUPANDRA NUR

(LEMBARAN BERITA DAERAH KABUPATEN BOALEMO TAHUN NOMOR. 22)

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI KABUPATEN BOALEMO
NOMOR **22** TAHUN 2023
TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) UPTD RSUD DR. Ir. IWAN BOKINGS PADA DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOALEMO

BAB I
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
(*HOSPITAL BY LAWS*)

Bagian Kesatu

A. Latar Belakang

Hospital bylaws berasal dari dua buah kata yaitu Hospital (Rumah Sakit) dan bylaws (peraturan setempat atau internal). Kata bylaws itu sering ditulis dengan berbagai macam cara antara lain byelaw, by-law, atau bye-law. Berdasarkan hal tersebut maka Hospital Bylaws diterjemahkan menjadi Peraturan Internal Rumah Sakit dalam sebuah Pola Tata Kelola Rumah Sakit.

Mengingat bahwa terminology peraturan internal rumah sakit bukan berasal dari Indonesia dan sulit dicari padanan katanya maka perlu dirujuk referensi “authotative” dalam bidang hukum dan bidang perumahsakit. Peraturan Internal rumah sakit menyangkut sebuah produk hukum yang spesifik.

Peraturan internal rumah sakit merupakan “konstitusi” (anggaran rumah tangga) sebuah rumah sakit, dan secara yuridis hal ini tidak dapat dicampur dengan aturan yang seharusnya ditetapkan oleh eksekutif (Direktur rumah sakit) dalam satu produk hukum.

RSUD DR. Ir. Iwan Bokings yang merupakan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dengan klasifikasi D milik pemerintah daerah menyusun sebuah peraturan internal rumah sakit dalam sebuah Pola Tata Kelola yang mengatur pemilik atau yang mewakili, direktur rumah sakit dan staf medis, sehingga fungsi serta tujuan rumah sakit dapat menjadi acuan pemerintah daerah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Boalemo sesuai dengan amanat undang-undang.

KABAG HUKUM	DINAS SADAN TOR	ASS 1	SEKDA	WADUP

B. Prinsip Dasar

1. Peraturan Internal Rumah Sakit merupakan peraturan internal rumah sakit, yang didalamnya memuat :
 - a. Struktur Organisasi;
 - b. Prosedur Kerja;
 - c. Pengelompokan fungsi-fungsi logis
 - d. Pengelolaan sumber daya manusia
2. Peraturan Internal Rumah Sakit sebagaimana dimaksud menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
 - a. Transparansi;
 - b. Akuntabilitas;
 - c. Responibilitas;
 - d. Indenpendesi;
3. Struktur Organisasi menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
4. Prosedur kerja menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
5. Pengelompokan fungsi logis menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antar fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektivitas pencapaian organisasi.
6. Pengelolaan sumber daya manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompoten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif dan produktif.
7. Tranparansi merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak.
8. Akuntabilitas merupakan kejelasan fungsi, struktur, system yang dipercayakan pada rumah sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak.
9. Responsibilitas merupakan kesesuaian atau kepatuhan didalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
10. Independensi merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara

KAB. BANG HUL. KUMI	DINAS/IDARAN DIREKTOR	ASS I	SEKDA	WAGUP
1	2	3	4	

profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

Bagian Kedua
Maksud dan Tujuan

- A. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) mempunyai maksud antara lain :
1. Mengatur organisasi pemilik atau yang mewakili;
 2. Mengatur peran tugas dan kewenangan pemilik atau yang mewakili;
 3. Mengatur peran tugas dan kewenangan Direktur Rumah Sakit;
 4. Mengatur organisasi dan staf medis;
 5. Mengatur peran, tugas dan kewenangan staf medis;
- B. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) mempunyai tujuan antara lain :
1. Melindungi semua pihak yang terkait secara baik dan benar berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia;
 2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, Lingkungan rumah, dan sumber daya manusia dirumah sakit;
 3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit;

BAB II
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(CORPORATE BY LAWS)

Bagian Kesatu

A. Identitas

1. **Nama** rumah sakit ini adalah **RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR.Ir IWAN BOKINGS KABUPATEN BOALEMO**, disingkat **RSIB Kabupaten Boalemo**,
2. Jenis Rumah Sakit adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah.
3. Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Kelas D
4. Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Boalemo,

KABAG HEKUM	DINAS/DAERAH KANTOR	ASSI	SEKDA	WAKIL
1	(h)	1	2	

5. Alamat di Jl. Trans Sulawesi Desa Tangkobu Kecamatan Talamuta Kabupaten Boalemo.
6. Logo Rumah Sakit adalah



Bagian Kedua

B. Visi, Misi, Motto dan Nilai Dasar Rumah Sakit

- (1) **Visi RSIB Kabupaten Boalemo** adalah; “Menjadi Rumah Sakit Dengan Pelayanan Yang Ramah, Adil dan Religius”
- (2) **Misi RSIB Kabupaten Boalemo** adalah ;
 - a. Melaksanakan Tata Kelola Rumah Sakit secara Profesional.
 - b. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang bermutu dan berorientasi pada Keselamatan Pasien.
 - c. Meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia yang Berahlak dan Santun.
- (3) **Motto RSIB Kabupaten Boalemo** adalah ;
 - **R** : Risk Management (Optimalisasi manajemen resiko untuk peningkatan mutu layanan)
 - **S** : Safety (Keselamatan Pasien dan Staf)
 - **I** : Innovation (Inovasi pelayanan)
 - **B** : Best Comunication (Optimalisasi KIE)

Bagian Ketiga

C. Kedudukan, Tugas, Tujuan dan Sasaran

- (1) Tugas Rumah Sakit adalah :
 - a. Melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan yang paripurna dan terpadu dalam upaya peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit
 - b. Melaksanakan upaya rujukan, mengutamakan mutu pelayanan dan mutu keselamatan pasien sesuai standar rumah sakit serta ketentuan yang berlaku.
- (2) Tujuan Rumah Sakit adalah :

K. BAG. HUKUM	DINAS/DESA/ KANTOR	ASS I	SEKDA	WAKIL
f	h	h	h	h

- a. Terlaksananya Pelayanan Kesehatan yang berkualitas mengutamakan patient safety dan berkeadilan dalam suasana DAMAI (Disiplin, Amanah, Manusiawi dan Mandiri, Aman dan Inovatif).
 - b. Terlaksananya kinerja pelayanan terhadap kepuasan masyarakat melalui ketersediaan sumber daya manusia yang profesional, spesialisistik, berkomitmen dan produktif.
 - c. Tersedianya akses, kemandirian dan sediaan farmasi, sarana prasarana dan peralatan kesehatan rumah sakit yang sesuai standar .
 - d. Meningkatnya pelayanan kesehatan sesuai standar profesi dan standar pelayanan Rumah Sakit Tipe D.
- (3) Sasaran rumah sakit adalah :
- a. Terwujudnya kualitas pelayanan yang berstandar nasional
 - b. Meningkatnya IKM melalui kompetensi dan kinerja SDM
 - c. Meningkatnya Akses sediaan Farmasi, sarana prasarana dan alat kesehatan
 - d. Meningkatnya pelayanan kesehatan sesuai standar profesi dan standar pelayanan RS Type D,

Bagian Keempat

D. Kedudukan dan Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

1. Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Boalemo sebagai Unit Pelaksanan Teknis Daerah Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo.
2. Pemerintah Daerah Kabupaten Boalemo berdasarkan kewenangan yang dimilikinya melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup serta kemajuan dan perkembangan Unit Pelaksana Teknis Daerah RSUD.
3. Pemerintah daerah bertanggungjawab :
 - (1) Menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategi Rumah Sakit;
 - (2) Menunjuk dan menetapkan direktur rumah sakit dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja direktur dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
 - (3) Menunjuk dan menetapkan representasi pemilik secara berkala minimal setahun sekali;

KABUPATEN BOALEMO	DINAS KESEHATAN	ASS	SEKDA	KWABUD
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

- (4) Menetapkan struktur organisasi Rumah Sakit ;
 - (5) Menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumber daya rumah sakit;
 - (6) Memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
 - (7) Menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di Rumah Sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa;
4. Pemerintah Kabupaten Boalemo berwenang :
- (1) Memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit;
 - (2) Menetapkan visi dan misi rumah sakit dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit serta mereview secara berkala misi rumah sakit;
 - (3) Menilai dan menyetujui rencana anggaran;
 - (4) Menilai dan menyetujui rencana strategi rumah sakit;
 - (5) Menetapkan Standar Pelayanan Minimum (SPM) Rumah Sakit;
 - (6) Menetapkan penerapan, peningkatan ,penurunan dan pencabutan tipe rumah sakit;
 - (7) Mengangkat dan memberhentikan dewan pengawas, direktur dan pejabat struktural Rumah Sakit;
 - (8) Mengawasi dan mengevaluasi kinerja Rumah Sakit.

BAB III

DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu

A. Pembentukan, Fungsi, Tugas dan Wewenang Dewan Pengawas

1. Dewan Pengawas ditetapkan berdasarkan keputusan Bupati Boalemo atas usulan Direktur
2. Dewan Pengawas merupakan unit non struktural yang bersifat *independent* dan bertanggung jawab langsung kepada pemilik rumah sakit
3. Dewan Pengawas dibentuk apabila Rumah Sakit telah berubah status menjadi Badan Layanan Umum Daerah atau BLUD.

KAB. BOALEMO	DINAS KESEHATAN	ASS I	SEKDA	WABUP

B. Fungsi

1. Dewan pengawas berfungsi sebagai *Governing body* rumah sakit yang melakukan pembinaan, pengawasan non teknis perumahsakititan secara internal di Rumah Sakit
2. Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial

C. Tugas




Dalam melaksanakan fungsi Dewan Pengawas bertugas:

1. Memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit;
2. Membina dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
3. Menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
4. Mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
5. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
6. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
7. Mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan ;
8. Melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan keuangan apabila RSIB sudah berubah status menjadi Badan Layanan Umum Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

D. Wewenang

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

1. Menyetujui rencana strategi Rumah Sakit ;
2. Menerima laporan kinerja dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari direktur ;
3. Menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
4. Meminta penjelasan dari pejabat structural lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
5. Meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
6. Menyetujui diselenggarakannya pendidikan professional kesehatan dan penelitian serta mengawasi kualitas pelayanan tersebut ;

KEMAG HUKUM	DIREKTOR UMUM	ASST	SEKDA	WAKIL
				

7. Menyetujui Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta menindaklanjuti laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ;
8. Berkoordinasi dengan Kepala/Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
9. Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Kedua

E. Keanggotaan Dewan Pengawas

1. Jumlah anggota Dewan Pengawas adalah 3 (tiga) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua dan 2 (dua) orang anggota.
2. Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari unsur pemilik Rumah Sakit, organisasi profesi, dan tokoh masyarakat.
3. Unsur pemilik Rumah Sakit ditunjuk oleh pemilik Rumah Sakit.
4. Unsur organisasi profesi ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan organisasi profesi tenaga kesehatan.
5. Unsur tokoh masyarakat merupakan tenaga ahli di bidang perumahsakit.
6. Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit.
7. Persyaratan Dewan Pengawas adalah orang-perseorangan yang :
 - a. Berkewarganegaraan Indonesia;
 - b. Memiliki dedikasi, memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan rumah
 - c. Dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - d. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
 - e. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
 - f. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit;
8. Struktur organisasi Dewan Pengawas tercantum dalam lampiran Peraturan Bupati yang menjadi kesatuan yang tidak terpisahkan;

KABAG MULUM	UNSUBSIDI MUNDIR	ASB	SEKDA	WAKIL
f	h	h	h	h

9. Masa bakti Dewan Pengawas selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan
10. Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa baktinya, apabila:
 - a. Tidak melaksanakan tugasnya dengan baik; atau
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan; atau
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit ; atau
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan Rumah Sakit atau
 - e. Berhalangan tetap.

F. Sekretaris Dewan Pengawas

1. Untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas, diangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas oleh Direktur.
2. Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
3. Sekretaris Dewan Pengawas mempunyai tugas :
 - a. Bertanggung jawab terhadap pengelolaan kesekretariatan Dewan Pengawas;
 - b. Mengatur dan menyiapkan rapat Dewan Pengawas;
 - c. Membuat notulen rapat;
 - d. Menyebarkan risalah rapat;
 - e. Menyiapkan bahan laporan kegiatan Dewan Pengawas; dan
 - f. Menyebarkan risalah dan informasi-informasi lainnya kepada Dewan Pengawas dan Direksi.
4. Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas dapat mengikuti masa jabatan Dewan Pengawas.

Bagian Ketiga

G. Rapat Dewan Pengawas

1. Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan rumah sakit sesuai tugas dan kewajibannya.
2. Rapat Dewan Pengawas terdiri dari rapat rutin, rapat tahunan dan rapat khusus.

KEA AG HUKUM	DIREKTOR UMUM	ASST	SEKDA	WAKIL

3. Peserta rapat Dewan Pengawas selain anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direksi, dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas apabila diperlukan.
4. Pengambilan keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
5. Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
6. Setiap rapat Dewan Pengawas dibuat risalah rapat.
7. Pengaturan rapat Dewan Pengawas ditetapkan oleh Ketua Dewan Pengawas.
8. Rapat rutin Dewan Pengawas dilaksanakan paling sedikit 3 (tiga) bulan sekali.
9. Rapat rutin Dewan Pengawas merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di rumah sakit.
10. Rapat tahunan Dewan Pengawas dilaksanakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
11. Rapat tahunan Dewan Pengawas bertujuan untuk memberikan arah kebijakan tahunan operasional rumah sakit mencakup pengelolaan pelayanan medik, sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta pengelolaan keuangan.
12. Rapat khusus Dewan Pengawas yang dilaksanakan di luar jadwal rapat rutin maupun rapat tahunan, untuk mengambil keputusan, menetapkan kebijakan terhadap hal-hal yang dianggap khusus.
13. Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang Anggota Dewan Pengawas.
14. Direktur dapat meminta penyelenggaraan rapat khusus Dewan Pengawas, dengan persetujuan Ketua Dewan Pengawas atau persetujuan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang Anggota Dewan Pengawas.
15. Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
16. Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas dewan pengawas dibebankan kepada anggaran Rumah Sakit.

K/1	1	DIREKTUR	ASS	SEKDA	WAKIL

17. Anggota Dewan pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.

BAB IV

ORGANISASI DAN TATA KERJA

Susunan Organisasi Rumah Sakit terdiri dari :

1. Direktur
2. Kepala Sub Bagian Tata Usaha
3. Seksi pelayanan medik dan keperawatan;
4. Seksi penunjang medik dan non medik;
5. Kelompok jabatan fungsional;
6. Instalasi dan Unit Pelayanan Fungsional;
7. Komite Medis;
8. Komite Keperawatan;
9. Satuan Pengawas Internal (SPI); dan
10. Dewan pengawas (BLUD)

A. Direktur

1. Pengangkatan dan Pemberhentian
 - a. Direktur diangkat dan diberhentikan berdasarkan keputusan Bupati Boalemo.
 - 1) Persyaratan untuk menjadi Direktur adalah
 - a) Seseorang yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman dibidang perencanaan dan system informasi manajemen.
 - b) Berpengalaman dibidang Manajemen rumah sakit, dengan pendidikan terakhir minimal dokter dan/dokter gigi.
 - c) Berstatus sebagai Aparatur Sipil Negara (ASN) dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
 - d) Bersedia membuat surat pernyataan ataupun Pakta Integritas yang merupakan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan penyusunan program dan sistem informasi rumah sakit.
 - 2) Pemberhentian Direktur dapat disebabkan karena :
 - a) Meninggal dunia
 - b) Tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik

KELOMPOK	DINAS/BAKOR	ASSI	SEKDA	WAS
1	2	1	2	

- c) Melanggar misi, kebijakan, dan ketentuan ketentuan yang lain yang telah ditetapkan
- d) Mengundurkan diri karena alasan yang patut
- e) Terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap.

2. Tugas, Kewenangan dan Tanggung Jawab

Tugas dan Kewenangan Direktur :

- a. Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit;
- b. Memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan Rumah Sakit;
- c. Melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sesuai ketentuan yang berlaku;
- d. Memperhatikan pengelolaan rumah sakit dengan berwawasan lingkungan;
- e. Menyiapkan Rencana Strategi dan Rencana Kerja rumah sakit;
- f. Mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku;
- g. Menyiapkan laporan tahunan berkala; dan
- h. Menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan Rumah Sakit.

3. Wewenang

Direktur berwenang :

- a. Menetapkan kebijakan operasional;
- b. Menetapkan Peraturan Internal Staf Keperawatan, Kebijakan, Pedoman, Panduan dan Standar Prosedur Operasional;
- c. Menetapkan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku;
- d. Melakukan kerjasama dengan ahli, konsultan, rumah sakit, fasilitas layanan kesehatan atau lembaga independen sesuai kebutuhan;
- e. Menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- f. Menyelenggarakan pendidikan professional kesehatan dan penelitian serta mengawasi kualitas pelayanan tersebut ;
- g. Mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran dibawahnya;
- h. Meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat dibawah Direktur.

KRAG NU UMI	DINASIKOMI KTOR	ASIS	SEKDA	WAKIL
1	h	1	8	

4. Tanggung Jawab

Direktur bertanggung jawab :

- a. Terlaksananya visi dan misi Rumah Sakit
- b. Kelancaran, efektivitas dan efisiensi kegiatan Rumah Sakit;
- c. Kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya.
- d. Peningkatan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan

B. SUSUNAN STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KERJA

1. Kepala Sub Bagian Tata Usaha

- a. Kepala Sub Bagian Tata Usaha membawahi :
 - 1) Divisi Perencanaan dan Program
 - 2) Divisi Keuangan.
 - 3) Divisi Umum dan Kepegawaian
- b. Kepala Sub Bagian Tata Usaha mempunyai tugas mengelola Laporan Keuangan, Perencanaan program dan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) serta mengelola Sumber Daya Manusia (SDM) Rumah Sakit, Kehumasan dan administrasi perkantoran.
- c. Sub bagian tata usaha dipimpin oleh seorang kepala sub bagian tata usaha yang berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- d. Sub bagian tata usaha mempunyai tugas mengoordinasikan dan mengendalikan penyelenggaraan urusan umum dan kepegawaian, perencanaan, evaluasi dan pelaporan serta pengelolaan keuangan dan barang milik daerah di lingkungan RSUD DR. Ir. Iwan Bokings.
- e. Dalam melaksanakan tugas kepala sub bagian tata usaha menyelenggarakan fungsi
- f. Koordinasi penyusunan kebijakan, rencana program dan kegiatan, serta anggaran RSUD DR. Ir. Iwan Bokings.
- g. Pengelolaan data dan informasi pelayanan dan non pelayanan RSUD DR, Ir. Iwan Bokings.
- h. Pelaksanaan koordinasi dan pelaksanaan kerjasama RSUD DR. Ir. Iwan Bokings.
- i. Pembinaan dan pemberian layanan administrasi pemerintahan yang meliputi ketatausahaan, kerumahtanggan, kearsipan dan dokumentasi RSUD DR. Ir. Iwan Bokings.

KEMUNGKINAN	ORGANISASI	ASS	SEKDA	WAKIL
1	2	3	4	5

- j. Pembinaan dan pengelolaan kepegawaian di lingkungan RSUD DR. Ir. Iwan Bokings.
- k. Pelaksanaan urusan organisasi dan tata laksana di lingkungan RSUD DR. Ir. Iwan Bokings.
- l. Pelaksanaan koordinasi pengelolaan administrasi keuangan di lingkungan RSUD DR. Ir. Iwan Bokings.
- m. Pengelolaan Barang Milik Daerah di lingkungan RSUD DR. Ir. Iwan Bokings.
- n. Pengoordinasian dan penyusunan bahan publikasi serta hubungan masyarakat.
- o. Penyusunan bahan rancangan peraturan perundang-undangan dan fasilitasi bantuan hukum di lingkungan RSUD DR. Ir. Iwan Bokings.
- p. Pelaksanaan koordinasi pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kebijakan di lingkungan RSUD DR. Ir. Iwan Bokings.
- q. Penyusunan pelaporan pelaksanaan kebijakan di lingkungan RSUD DR. Ir. Iwan Bokings.
- r. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Direktur.

2. Kepala Seksi Pelayanan Medik

- a. Kepala Seksi Pelayanan Medik membawahi :
 - 1) Divisi Pelayanan Medik
 - a) Pengelola Pelayanan Medik
 - b) Pengelola Rekam Medik
 - 2) Divisi Keperawatan
 - a) Pengelola Asuhan Keperawatan
 - b) Pengendali Pelayanan Medik dan Keperawatan
 - 3) Penanggung Jawab Unit/Instalasi
- b. Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan mempunyai tugas menyelenggaraan pengelolaan pelayanan medik, pelayanan keperawatan dan rekam medik serta peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien di rumah sakit.
- c. Pengelolaan pelayanan medis termasuk unit fungsional instalasi yang meliputi :
 - 1) Pelayanan medis rawat jalan dan rawat inap yang terdiri atas :
 - a) Poliklinik
 - (1) Poliklinik umum;
 - (2) Poliklinik gigi;
 - (3) Poliklinik anak;

KORWAG HUKUM	DINAS/SEKSI KANTOR	ASS I	SEKDA	ASSTEN
f	l	f	g	

- (4) Poliklinik bedah;
 - (5) Poliklinik *interna*;
 - (6) Poliklinik *obgyn*;
- b) Rawat darurat;
 - c) Perawatan inap;
 - d) Instalasi Ok/pemulihan;
- 2) Pengelolaan sistim pencatatan rekam medis;
- d. Dalam melaksanakan tugas kepala seksi pelayanan medis menyelenggarakan fungsi :
- 1) Mempelajari kebijakan direktur, rencana kerja lingkup pelayanan, peraturan perundang-undangan yang terkait di bidang kesehatan sebagai pedoman dalam melaksanakan tugas;
 - 2) Menyusun rencanan kerja dan anggaran biaya diseksi pelayanan dengan menganalisis usulan dari Unit Instalasi rawat inap dan rawat jalan;
 - 3) Menyusun tata kerja di lingkungan pelayanan yang meliputi pelaksanaan tugas, pendistribusian tugas dan penentuan target kerja bawahan serta pengendalian pelaksanaannya;
 - 4) Menyusun rencanan pelaksanaan program, berdasarkan rencanan kerja dan kebijakan yang ada;
 - 5) Mendistribusikan tugas kepada bawahan agar pekerjaan dapat terlaksana;
 - 6) Mengkoordinasikan pelaksanaan program dan kegiatan pelayanan kesehatan pada instalasi rawat inap, UGD, Poliklinik;
 - 7) Mengkoordinasikan bahan, sarana dan prasarana dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan berdasarkan peraturan Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk peningkatan kinerja;
 - 8) Mengkoordinasikan pelaksanaan tugas yang ada kaitannya dengan unit kerja pelayanan kesehatan;
 - 9) Mengevaluasi dan merumuskan kegiatan pelaksanaan program di seksi pelayanan kesehatan;
 - 10) Mengevaluasi kegiatan bawahan serta tenaga medis, tenaga keperawatan melalui SKP untuk pengembangan karier;

KABANG HUKUM	DISKUSI HUKUM	ASSI	SEKDA	WILDA
f	Q	h	3	

- 11) Melaksanakan kerjasama/kemitraan dengan unit kerja/instansi/lembaga atau pihak ketiga dibidang pelayanan kesehatan sepanjang tidak bertentangan dengan aturan yang ada;
- 12) Melaksanakan tugas kedinasn lain yang diberikan oleh atasan;

3. Kepala Seksi Penunjang

- a. Kepala Seksi Penunjang membawahi :
 - 1) Divisi Penunjang Medik
 - 2) Divisi Penunjang Non Medik
- b. Kepala Seksi Penunjang Medik mempunyai tugas menyelenggaraan pengelolaan pelayanan penunjang diagnostik medik, penunjang non medik serta peningkatan mutu layanan penunjang kesehatan rumah sakit.
- c. Pengelolaan Pelayanan Penunjang Medik dan Non Medik mempunyai tugas melaksanakan pelayanan penunjang yang meliputi :
 - 1) Pelayanan penunjang *diagnostik* dan penunjang keperawatan yang terdiri atas :
 - a) Radiologi;
 - b) Laboratorium;
 - c) USG/EKG;
 - d) Farmasi;
 - e) Gizi;
 - f) Laundry;
 - 2) Pemeliharaan Sarana Prasarana Medik dan Non Medik.
- d. Dalam melaksanakan kepala seksi menyelenggarakan fungsi :
 - 1) Menyusun rencana operasional dan program kerja diseksi pelayanan penunjang.
 - 2) Mengkoordinir penyusunan standar operasioanl prosedur di pelayanan penunjang.
 - 3) Menkoordinir kegiatan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dipelayanan penunjang medik melalui pendidikan dan pelatihan maupun sosialisasi yang diselenggarakan didalam/diluar rumah sakit.
 - 4) Mengkoordinir pemeliharaan, perawatan kalibrasi perlatan penunjang medik.

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

- 5) Menkoordinir pemantauan mobilisasi dan distribusi peralatan penunjang medik.
- 6) Penyusunan kebutuhan sarana prasaran dan logistic penunjang medik beserta pengadaannya sebagai bahan rencana pengadaan serta penyusunan laporannya.
- 7) Menganalisa kebutuhan tenaga penunjang medik berdasarkan perkembangan pelayanan, sebagai masukan dalam perencanaan kebutuhan pegawai.
- 8) Memantau dan mengevaluasi kegiatan pelayanan penunjang medik.
- 9) Melaksanakan koordinasi kegiatan penunjang medik dengan sub unit kerja lain di lingkungan rumah sakit.
- 10) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan.

BAB V

KOMITE, SUB KOMITE DAN TIM

Bagian Kesatu

A. Pembentukan Komite, Sub Komite dan Tim

1. Pembentukan Komite, sub komite, dan tim dirumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari :
 - a. Komite Medik ; Sub Komite Kredensial, Sub Komite Mutu Profesi, Sub Komite Etik dan Disiplin.
 - b. Komite Perawatan ; Sub Komite Kredensial, Sub Komite Mutu Profesi, Sub Komite Etik dan Disiplin.
 - c. Tim Etik, Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, Tim Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Infeksi serta Tim Lainnya apabila dibutuhkan oleh rumah sakit.
2. Komite dan Tim berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur rumah sakit.
3. Komite dan Tim dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur rumah sakit.
4. Sub komite dibawah dan bertanggung jawab kepada Komite
5. Pembentukan, perubahan jumlah dan jenis komite serta tim ditetapkan oleh Direktur rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari Bupati.

KABUPATEN MURAH	DIREKTOR RUMAH SAKIT	SS	SEKDA	KWARTIR
4	h	1	3	

6. Tiap-tiap Komite dan Tim yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
7. Setiap Komite dan Tim akan dijabarkan dalam Bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya berdasarkan surat keputusan direktur rumah sakit.

Bagian Kedua

B. Komite Medis

1. Pembentukan Komite Medis
 - a. Ketua Komite Medis dipilih dan diangkat oleh Direktur.
 - b. Dalam menentukan Ketua Komite Medis, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan pengawas.
 - c. Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
2. Nama dan Struktur Organisasi
 - a. Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
 - b. Komite Medis merupakan organisasi non struktural yang dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur
 - c. Komite Medis melaksanakan tugas penapisan profesionalisme staf medis, mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis, serta menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
 - d. Pelaksanaan tugas-tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan oleh Sub Komite-Sub Komite.
 - e. Susunan organisasi komite medik Rumah Sakit terdiri dari:
 - 1) ketua;
 - 2) sekretaris; dan
 - 3) subkomite.
 - f. Subkomite di dalam Komite Medis, terdiri atas :
 - 1) Subkomite Kredensial;
 - 2) Subkomite Mutu Profesi; dan
 - 3) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

KARANG MULIA	REKOR REKOR	ASSI	SEKDA	WAS
f	h	h	h	h

- g. Tiap-tiap Subkomite bertanggungjawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.
 - h. Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
 - i. Jumlah keanggotaan komite medik adalah 5 (lima) orang.
 - j. Jangka waktu keanggotaan Komite Medis adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali sesuai ketentuan yang berlaku
 - k. Struktur organisasi komite medis tercantum dalam lampiran Peraturan Bupati yang menjadi kesatuan yang tidak terpisahkan.
3. Tugas, Fungsi dan Kewenangan
- a. Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - 1) Melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - 2) Memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - 3) Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
 - b. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:
 - 1) Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - 2) Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
 - 3) Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu; dan
 - 4) Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - 5) Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
 - 6) Memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
 - 7) Memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
 - 8) Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin;

Bagian Ketiga

C. Komite Keperawatan

- 1. Pembentukan Komite Keperawatan
 - a. Anggota Komite Keperawatan diangkat dan diberhentikan oleh

KUWAG MURU	DEWAKA KOROR	ASS	SEKDA	WAK
				

Direktur untuk masa jabatan tertentu.

- b. Lamanya masa jabatan Anggota Komite Keperawatan ialah selama 3 (tiga) tahun;
 - c. Anggota Komite Keperawatan dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan anggota Komite Keperawatan:
 - 1) Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - 2) Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - 3) Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - 4) Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - 5) Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit;
 - d. Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada anggota Komite Keperawatan yang bersangkutan;
2. Nama dan Susunan Organisasi
- a. Susunan organisasi komite Keperawatan Rumah Sakit terdiri dari :
 - 1) Ketua
 - 2) Sekretaris
 - 3) Sub komite
 - b. Sub komite didalam komite Keperawatan, terdiri atas :
 - 1) Sub komite kredensial
 - 2) Sub komite mutu profesi
 - 3) Sub komite etika dan disiplin profesi
 - c. Tiap-tiap sub komite bertanggungjawab kepada komite medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang di bebankan kepadanya
 - d. Keanggotaan komite Keperawatan di tetapkan oleh direktur Rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku
 - e. Jumlah keanggotaan komite Keperawatan adalah 5 (lima) orang
 - f. Jangka waktu keanggotaan komite keperawatan adalah 3 tahun dan dapat di pilih kembali sesuai ketentuan yang berlaku.
 - g. Struktur organisasi komite Keperawatan tercantum dalam lampiran Peraturan Bupati yang menjadi kesatuan yang tidak terpisahkan.

KUASA HUKUM	JAWABAN RUMAH SAKIT	ASST	SEKDA	PLA

3. Tugas, Fungsi dan Wewenang

Tugas, fungsi dan wewenang ketua komite keperawatan :

- 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
- d. Memberikan rekomendasi kewenangan klinis
- e. Memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis
- f. Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu
- g. Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis
- h. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan
- i. Memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan
- j. Memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi tindakan disiplin.

Bagian Keempat

D. Komite Farmasi

1. Pembentukan Komite Farmasi :
 - a. Anggota Komite Farmasi diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan tertentu.
 - b. Lamanya masa jabatan Anggota Komite Keperawatan ialah selama 3 (tiga) tahun;
 - c. Anggota Komite Farmasi dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan anggota Komite Farmasi :
 - 1) Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - 2) Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - 3) Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - 4) Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - 5) Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit;
 - d. Pemberhentian dengan alasan diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada anggota Komite Farmasi yang bersangkutan;

REKOR HUKUM	DIREKTOR KANTOR	ASSI	SEKDA	WAKIL
1	(2)	1	3	

2. Nama dan Struktur Organisasi

- a. Komite Farmasi adalah organisasi yang mewakili hubungan komunikasi antara para staf medis dengan farmasi yang terdiri dari para dokter yang mewakili spesialisasi yang ada di rumah sakit dan apoteker yang mewakili instalasi farmasi rumah sakit.
- b. Susunan organisasi komite Farmasi Rumah Sakit terdiri dari :
 - 1) Ketua
 - 2) Sekretaris
 - 3) Sub komite
- c. Komite Farmasi bertanggung jawab kepada Direktur melalui seksi penunjang medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.
- d. Keanggotaan komite Farmasi di tetapkan oleh direktur Rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku
- e. Jumlah keanggotaan komite Farmasi adalah 3 (tiga) orang
- f. Jangka waktu keanggotaan komite keperawatan adalah 3 tahun dan dapat di pilih kembali sesuai ketentuan yang berlaku.
- g. Struktur organisasi komite Keperawatan tercantum dalam lampiran Peraturan Bupati yang menjadi kesatuan yang tidak terpisahkan.

3. Tugas, Fungsi dan Wewenang

Tugas, fungsi dan wewenang Komite Farmasi :

- a. Menyusun Program Kerja Farmasi Rumah Sakit
- b. Melakukan usaha usaha peningkatan mutu pelayanan Farmasi di Rumah Sakit.
- c. Melaporkan hasil kegiatan Komite Farmasi kepada Direktur melalui seksi Penunjang Medik.
- d. Memberikan rekomendasi kepada Direktur untuk mencapai budaya pengelolaan obat yang baik dan rasional.
- e. Memberikan rekomendasi kepada Direktur agar pengelolaan obat lebih efektif dan efisien.
- f. Menkoordinir pembuatan pedoman diagnose dan terapi, formularium rumah sakit, penggunaan atibiotic dan lain-lain.
- g. Melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait.
- h. Mengadakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihka-pihak terkait.

KABAG HUMAS	DINAS/BAKOS KEMENKES	ASSI	SEKDA	WABUP
4	2	1	3	

- i. Mengembangkan formularium di Rumah Sakit dan mervisinya, pemilihan obat untuk dimasukkan dalam formularium harus didasarkan pada evaluasi secara subyektif terhadap efek terapi, keamanan serta harga obta dan juga harus meminimalkan duplikasi dalam tipe obat, kelompok dan produk obat yang sama.
- j. Menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis.
- k. Menetapkan pengelolaan obat yang digunakan rumah sakit.
- l. Membantu instalasi farmasi rumah sakit dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan kebijakan dan peraturan peraturan mengenai penggunaan obat di rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- m. Melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat rumah sakitdengan mengkaji medical record dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi. Tinajuan ini dimaksudkan untuk meningkatkan secara terus menerus penggunaan obat secara rasional.
- n. Mengumpulkan dan meninjau laporan efek samping obat.
- o. Menyebarluaskan ilmu pengetahuan yang menyangkut obat kepada seluruh staf medis.

Bagian Kelima

E. Tim Etik

1. Umum
 - a. Tim Etik dan Hukum bertanggung jawab kepada Direktur dalam menerapkan kode etik dan hukum di rumah sakit
 - b. Dalam melaksanakan tugasnya Komite etik dan hukum wajib menerapkan prinsip kerjasama, koordinasi dan sinkronisasi dengan komite medik dan komite keperawatan
 - c. Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan tugas Komite Etik dan hukum ditetapkan oleh Direktur.
 - d. Struktur organisasi Tim Etik tercantum dalam lampiran Peraturan Bupati yang menjadi kesatuan yang tidak terpisahkan.
2. Tugas, Fungsi dan Wewenang
 - a. Melakukan pembinaan insan secara komprehensif dan berkesinambungan agar setiap individu menghayati dan mengamalkan etik sesuai dengan peran dan tanggungjawab masing-masing di Rumah Sakit.

KASABG HUKUM	UMPERADAN PUSKOR	ASSI	SEKDA	WADK
1	2	1	2	

- b. Melakukan upaya preventif, persuasif , edukatif dan korektif terhadap kemungkinan terjadinya penyimpangan atau pelanggaran kode etik dan hukum.
- c. Komite etik dan hukum dalam melaksanakan pembinaan dapat dilakukan melalui pendidikan, pelatihan, diskusi kasus dan seminar
- d. Memberi nasehat, saran dan pertimbangan terhadap setiap kebijakan atau keputusan yang dibuat direktur
- e. Membuat pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan yang terkait dengan etika Rumah Sakit,
- f. Menangani masalah etik yang terjadi di rumah sakit
- g. Membantu menyelesaikan perselisihan atau sengketa medik terjadi di Rumah Sakit.

Bagian Keenam

F. Sub Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

1. Umum
 - a. Ketua Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dipilih dan diangkat oleh Direktur.
 - b. Dalam menentukan Ketua Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), Direktur dapat meminta dari Dewan Pengawas.
 - c. Sekretaris Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dan Ketua Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di Rumah Sakit.
2. Nama dan Struktur
 - a. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) adalah keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integrative yang menyangkut input, proses dan output secara objektif, sistematis dan berlanjut memantau, menilai mutu dan kewajiban pelayanan terhadap pasien. Memecahkan masalah yang terungkap sehingga pelayanan yang diberikan berdaya guna dan berhasil guna.
 - b. Pelaksanaan tugas-tugas dilakukan oleh Sub Komite – Sub Komite.
 - c. Susunan Organisasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) rumah sakit terdiri dari :
 - 1) Ketua


KARAG HUKUM	DINAS KASATUR	ASSI	SEKDA	WAB

- 2) Sekretaris
 - 3) Sub Tim
- d. Susunan organisasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), terdiri atas :
 - 1) Tim Komite Peningkatan Mutu
 - 2) Tim Komite Pasien; dan
 - 3) Tim Komite Manajemen Resiko
 - e. Tiap-tiap tim bertanggung jawab kepada Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.
 - f. Keanggotaan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesionalis, reputasi dan perilaku.
 - g. Jumlah keanggotaan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) 5 (lima) orang.
 - h. Jumlah keanggotaan Sub Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) 3 (tiga) orang.
 - i. Jangka waktu keanggotaan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali sesuai ketentuan yang berlaku.
 - j. Struktur organisasi Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) tercantum dalam lampiran Peraturan Bupati yang menjadi kesatuan yang tidak terpisahkan.

3. Tugas, Fungsi dan Wewenang

Tugas dan fungsi dari Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) :

- a. Menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja PMKP.
- b. Memimpin, mengkoordinir, dan mengevaluasi pelaksanaan operasional PMKP secara efektif, efisien dan bermutu.
- c. Mengumpulkan data indikator baik dari Koordinator Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) maupun Koordinator Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan unit kerja terkait.
- d. Menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator mutu klinis rumah sakit maupun indikator mutu manajerial serta indikator keselamatan pasien.

KABAG HUKUM	UMK/BAKTI RUMAH SAKIT	ASSI	SEKDA	WABUP
				

- e. Mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh Direktur dengan focus utama pada penggunaan PPK, clinical pathway dan indikator mutu kunci.
- f. Melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi.
- g. Melakukan validasi data PMPK secara internal dan dilakukan secara periodik.
- h. Menyebarkan informasi tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) secara regular melalui rapat staf.
- i. Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program PMKP.
- j. Memerintahkan dan menugaskan staf dalam melaksanakan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP).
- k. Meminta laporan pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dari unit kerja terkait.
- l. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD DR. Ir. Iwan Bokings terkait pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP).
- m. Memberikan pengarahan dalam hal penyusunan, pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut rekomendasi dari program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP).
- n. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD DR. Ir. Iwan Bokings.

Bagian Ketujuh

G. Sub Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1. Umum
 - a. Ketua Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dipilih dan diangkat oleh Direktur.
 - b. Dalam menentukan Ketua Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Direktur dapat meminta dari Dewan Pengawas.
 - c. Sekretaris Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Ketua Tim Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di Rumah Sakit.
2. Nama dan Struktur

PL	AS	SUMBERDAYA	ASS	SEKDA	*WAS
1		h	1	2	

- a. Susunan Organisasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi rumah sakit terdiri dari :
 - 1) Ketua
 - 2) Sekretaris
 - 3) Sub Tim
 - b. Tiap-tiap tim bertanggung jawab kepada Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.
 - c. Keanggotaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesionalis, reputasi dan perilaku.
 - d. Jumlah keanggotaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi 5 (lima) orang.
 - e. Jangka waktu keanggotaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali sesuai ketentuan yang berlaku.
 - j. Struktur organisasi Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi tercantum dalam lampiran Peraturan Bupati yang menjadi kesatuan yang tidak terpisahkan.
3. Tugas, Fungsi dan Wewenang
- a. Tugas dan fungsi dari Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi :
 - 1) Menyusun, menentukan kebijakan Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi nosokomial.
 - 2) Membentuk komite dan Tim PPIPRS dengan surat keputusan.
 - 3) Melakukan evaluasi kebijakan Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial berdasarkan saran dari PPIRS.
 - 4) Melakukan evaluasi kebijakan penggunaan antibiotic yang rasional dan desinfektan di rumah sakit berdasarkan saran dari Komite PPIRS.
 - b. Wewenang Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
 - 1) Mengangkat dan memberhentikan Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dengan Surat Keputusan Direktur.
 - 2) Mengesahkan Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk PPIRS.
 - 3) Dapat menutup suatu unit perawatan atau instalasi yang dianggap potensial menularkan penyakit untuk beberapa waktu, sesuai kebutuhan berdasarkan saran PPIRS.

NO. AC	NO. PER	SS	SEKDA	W. 2
1	2	3	4	5

Bagian Kedelapan

H. Subkomite Kredensial Komite Medis.

1. Nama dan Struktur
 - a. Subkomite kredensial di rumah sakit setidaknya 3 orang staf medis.
 - b. Pengorganisasian subkomite kredensial terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medis.
2. Tugas, Fungsi dan Wewenang

Tugas, fungsi dan wewenang subkomite kredensial adalah:

 - a. Menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari Kelompok Staf Medis;
 - b. Melakukan pemeriksaan dan pengkajian :
 - 1) Kompetensi;
 - 2) Kesehatan fisik dan mental;
 - 3) Perilaku;
 - 4) Etika profesi.
 - c. Mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/ P3KGB) tenaga medis;
 - d. Mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
 - e. Melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
 - f. Melakukan proses re-kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.
3. Elemen Kredensial

Proses kredensial yang dilakukan oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:

 - a. Kompetensi:
 - 1) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 - 2) kognitif;
 - 3) Efektif;
 - 4) Psikomotor.
 - b. Kompetensi fisik;
 - c. Kompetensi mental/perilaku;

K	W	ASSI	SEKDA	W
h	h	h	h	h

- d. perilaku etis (*ethical standing*).
4. Proses Kredensial
- a. Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
 - b. Proses kredensial dilakukan oleh Subkomite Kredensial dengan persetujuan Direktur.
 - c. Setelah dilakukannya proses kredensial maka komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
 - d. Kewenangan klinis sesuai ayat (3) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.
5. Rekredensial
- a. Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
 - 1) Masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis telah habis masa berlakunya;
 - 2) Staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya;
 - 3) Staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
 - b. Dalam proses rekredensial subkomite kredensial dapat memberikan rekomendasi:
 - 1) Kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - 2) Kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - 3) Kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - 4) Kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - 5) Kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
 - 6) Kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
 - c. Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

Bagian Kesembilan

I. Sub Komite Mutu Profesi Komite Medis

1. Nama dan Struktur

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- a. Subkomite mutu profesi di rumah sakit setidaknya 3 orang staf medis.
 - b. Pengorganisasian subkomite mutu profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.
2. Tugas, Fungsi dan Wewenang
- a. Tugas, fungsi dan wewenang subkomite mutu profesi adalah :
 - 1) Menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*), yang dilakukan dengan mengusulkan penetapan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
 - 2) Melakukan audit medis;
 - 3) Mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis;
 - 4) Mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis rumah sakit ;
 - 5) Memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan;
 - 6) Memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.
 - b. Subkomite mutu profesi dalam menjaga mutu profesi medis dilakukan dengan pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui :
 - 1) memantau kualitas, melalui *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading*.
 - 2) tindak lanjut terhadap temuan kualitas, melalui pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

KADAG IN KUM	DINASTI KUM	ASS 1	SEKDA	
	(h)	f	8	

- c. Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pemantauan dan pengendalian mutu profesi diatur dalam petunjuk teknis yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kesepuluh

J. Sub Komite Etika Dan Disiplin Profesi Komite Medis

1. Nama dan Struktur
 - a. Subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit setidaknya 3 orang staf sesuai komitenya.
 - b. Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada masing-masing ketua komite.
2. Tugas, Fungsi dan Wewenang

Tugas, fungsi dan subkomite etika dan disiplin profesi :

 - a. Melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. Melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit;
 - c. Memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.
3. Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:
 - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
 - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
 - d. standar kompetensi kedokteran;
 - e. kode etik kedokteran Indonesia;
 - f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
 - g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
 - h. pedoman pelayanan medik/klinik;
 - i. standar prosedur operasional pelayanan medis.
4. Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:

KABAG HUKUM	DIREKTOR ABDUR	ASS I	SEKDA	KOMITE
1	2	3	4	5

- a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
- b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan kepala/direktur rumah sakit atau kepala/direktur rumah sakit terlapor.

Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.

Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

5. Pembinaan Profesionalisme Dan Etika

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dan kegiatan lain yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, komite medik, dan sebagainya.

- a. Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.
- b. Sub komite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Bagian Kesebelas

K. Sub Komite Kredensial Komite Keperawatan

1. Nama dan Struktur
 - a. Subkomite kredensial di rumah sakit setidaknya 3 orang staf perawat dan bidan.
 - b. Pengorganisasian subkomite kredensial terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite keperawatan.
2. Tugas, Fungsi Dan Wewenang

Tugas, fungsi dan wewenang subkomite kredensial adalah:

 - a. Menyusun daftar rincian kewenangan klinis

KABUPATEN	DISCIPLIN	ASSI	SEKDA	...
1	2	3	4	...

- b. Menyusun buku putih (white paper) yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang di butuhkan melakukan jenis pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar kompetensinya. Buku putih di susun oleh komite keperawatan.
- c. Menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial dari bagian SDM meliputi :
- 1) Ijazah
 - 2) Surat tanda registrasi (STR)
 - 3) Sertifikat kompetensi
 - 4) Log book yang berisi uraian capaian kinerja
 - 5) Surat pernyataan telah menyelesaikan program orientasi rumah sakit atau orientasi di unit tertentu bagi tenaga keperawatan baru
 - 6) Surat hasil pemeriksaan kesehatan sesuai ketentuan
- d. Merekomendasikan tahapan proses kredensial
- 1) Perawat/bidan mengajukan permohonan untuk memperoleh kewenangan klinis kepada ketua komite keperawatan
 - 2) Ketua komite keperawatan menugaskan sub komite kredensial untuk melakukan proses kredensial (dapat melakukan individu atau kelompok)
 - 3) Sub komite membentuk panitia adhoc untuk melakukan review, verifikasi dan evaluasi dengan berbagi metode
 - 4) Sub komite memberikan laporan hasil kredensial sebagai bahan rapat menentukan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan
 - 5) Merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan
 - 6) Melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang di tetapkan.
 - 7) Membuat laporan seluruh proses kredensial kepada ketua komite keperawatan untuk diteruskan ke kepala atau direktur Rumah Sakit
- e. Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis untuk memperoleh surat penugasan klinis.

1	h	h	1	SEKDA	3
---	---	---	---	-------	---

Bagian Keduabelas

L. Sub Komite Mutu Profesi Komite Keperawatan

1. Nama dan Struktur
 - a. Subkomite kredensial di rumah sakit setidaknya 3 orang staf perawat.
 - b. Pengorganisasian subkomite mutu profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite keperawatan.
2. Tugas, Fungsi Dan Wewenang

Tugas, fungsi dan wewenang subkomite mutu dan profesi adalah:

 - a. Menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik
 - b. Merekomendasi perencanaan pengembangan professional berkelanjutan tenaga keperawatan
 - c. Melakukan audit asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan
 - d. Memfasilitasi proses pendamping sesuai kebutuhan
 - e. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan, pendidikan keperawatan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan.

Bagian Ketigabelas

M. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi Komite Keperawatan

1. Nama dan Struktur
 - a. Subkomite etik dan disiplin di rumah sakit setidaknya 3 orang staf perawat.
 - b. Pengorganisasian subkomite etik dan disiplin profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite keperawatan.
2. Tugas, Fungsi dan Wewenang

Tugas, fungsi dan wewenang subkomite etik dan disiplin adalah:

 - a. Melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan
 - b. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan
 - c. Melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan
 - d. Merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran

KOR KOR KOR	URIP URIP URIP	SS I	SEKDA	KOR
1	2	1	3	

- e. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan, pendidikan keperawatan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan

Bagian Keempatbelas

N. Sub Komite Peningkatan Mutu

1. Nama dan Struktur
 - a. Subkomite Peningkatan Mutu di rumah sakit setidaknya beranggotakan 3 orang staf perawat.
 - b. Pengorganisasian subkomite Peningkatan Mutu terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite keperawatan.
2. Tugas, Fungsi dan Wewenang

Tugas, fungsi dan wewenang subkomite peningkatan mutu adalah:

 - b. Melaksanakan kegiatan program peningkatan mutu di rumah sakit.
 - c. Menyusun panduan indikator mutu
 - d. Membuat metode pemantauan indikator mutu klinis dan manajerial.
 - e. Menyusun formulir pemantauan indikator mutu
 - f. Berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan clinical pathway
 - g. Menganalisa hasil pencapaian indikator mutu
 - h. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu
 - i. Melakukan perbandingan hasil pemantauan indikator mutu secara periodik dengan standar nasional serta rumah sakit lain yang sejenis
 - j. Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian mutu dan pelaksanaan clinical pathway kepada unit kerja dilingkungan dan pihak luar melalui surat tertulis, email dan telepon
 - k. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
 - l. Menyusun panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu.
 - m. Membuat alat ukur validasi khusus indikator mutu

KORABAG NURULUM	DINASRACAKI KATOR	ASS I	SEKDA	KWADIN
				

- n. Menyelenggarakan kegiatan validasi hasil pencapaian indikator mutu berkoordinasi dengan unit terkait
 - o. Melaksanakan analisis komparatif hasil validasi internal dengan data unit terkait.
 - p. Membuat laporan hasil validasi internal khusus indikator mutu
 - q. Berkoordinasi dengan Kepala Bagian Perencanaan dan Informasi dalam mengunggah hasil pencapaian indikator mutu yang telah dinyatakan valid dan direkomendasi oleh Direktur.
3. Wewenang Subkomite peningkatan mutu
- a. Meminta laporan pelaksanaan pemantauan program indikator mutu penjaminan mutu dan pelaksanaan clinical pathway dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan mutu rumah sakit.
 - b. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan clinical pathway rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD DR. Ir. Iwan Bokings.

Bagian Kelimabelas

O. Sub Komite Keselamatan Pasien Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

1. Nama dan Struktur
 - a. Subkomite keselamatan pasien di rumah sakit setidaknya beranggotakan 3 orang staf rumah sakit.
 - b. Pengorganisasian subkomite keselamatan pasien terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite keperawatan.
2. Tugas, Fungsi dan Wewenang

Tugas, fungsi dan wewenang subkomite keselamatan pasien adalah:

 - a. Memberi masukan pada Direktur penyusunan kebijakan keselamatan pasien rumah sakit dengan standar akreditasi.
 - b. Menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
 - c. Membuat laporan tahunan/laporan pelaksanaan program
 - d. Melaksanakan monitoring dan evaluasi program melalui pertemuan berkala
 - e. Menyusun indikator keselamatan pasien rumah sakit
 - f. Menganalisa hasil pencapaian indikator keselamatan pasien
 - g. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator keselamatan pasien

KABAG MULUM	DINAGRA KATOR	ISSI	SEKDA	PIA

- h. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator keselamatan pasien
 - i. Mendesiminasikan bahan rekomendasi hasil pemantauan indikator keselamatan pasien dan pelaksanaan manajemen resiko ke unit terkait
 - j. Mengkoordinasikan pendokumentasian, evaluasi dan upaya tindak lanjut atas kejadian Nyaris Cedera (KNC)/Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Sentinel
 - k. Melaksanakan koordinasi antar unit bila terjadi KTD dan KNC
 - l. Melakukan koordinasi tentang program Pasien Safety dan Manajemen resiko dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA
3. Wewenang Subkomite Keselamatan pasien
- a. Mengusulkan konsep atau perubahan kebijakan keselamatan pasien
 - b. Meminta laporan pelaksanaan pemantauan indikator mutu keselamatan pasien dan penjaminan mutu dari unit kerja terkait
 - c. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja dilingkungan rumah sakit
 - d. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit dari unit-unit kerja dilingkungan rumah sakit.

Bagian Keenambelas

P. Sub Komite Manajemen Resiko PMPK

- 1. Nama dan Struktur
 - a. Sub komite manajemen resiko beranggotakan setidaknya 3 orang staf rumah sakit.
 - b. Pengorganisasian sub komite manajemen resiko terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota yang ditetapkan oleh direktur dan bertanggung jawab kepada ketua tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- 2. Tugas, Fungsi dan Wewenang
 - a. Tugas dan fungsi sub komite manajemen resiko adalah :
 - 1) Melakukan monitoring perencanaan manajemen resiko
 - 2) Melakukan monitoring pelaksanaan program

KETUA	DINASIBERKES /DINASIBERKES	ASSI	SEKDA	ANGGOTA
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

- 3) Melakukan pendidikan/edukasi staf tentang manajemen resiko rumah sakit
 - 4) Monitoring insiden/kecelakaan karena fasilitas
 - 5) Melakukan evaluasi dan revisi program secara berkala
 - 6) Memberikan laporan tahunan kepada pemilik rumah sakit tentang pencapaian program
 - 7) Melakukan pengorganisasian dan pengelolaan secara konsisten dan terus menerus
- b. Wewenang sub komite manajemen resiko adalah :
- 1) Mengelola tim manajemen resiko rumah sakit
 - 2) Melakukan pengawasan dan melaksanakan manajemen resiko diseluruh unit kerja rumah sakit
 - 3) Memberi masukan dan rekomendasi kepada Direktur rumah sakit dengan tugas kegiatan manajemen resiko.

Bagian Ketujuhbelas

Q. Satuan Pengawas Internal

1. Umum
 - a. SPI (Satuan Pengawas Intern) merupakan salah satu unsur organisasi non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal kinerja rumah sakit.
 - b. Pemeriksaan SPI dilakukan terhadap semua unit kerja di Lingkungan RSUD DR. Ir. Iwan Bokings meliputi pelaksanaan manajemen pelayanan, penunjang, umum dan sumber daya manusia serta pengawasan manajemen keuangan agar dalam pelaksanaan pemeriksaan internal di rumah sakit dapat berjalan sesuai standar pemeriksaan internal yang berlaku.
2. Struktur
 - a. Susunan Organisasi SPI terdiri dari :
 - 1) Ketua
 - 2) Sekretaris
 - 3) Anggota
 - b. Jumlah keanggotaan SPI adalah 6 (enam) orang.
 - c. Struktur organisasi Satuan Pengawas Internal tercantum dalam lampiran peraturan bupati yang menjadi kesatuan yang tidak terpisahkan.
3. Kualifikasi SPI

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- a. Kepala SPI adalah pegawai rumah sakit/individu yang dipandang memiliki kecakapan dalam mengelola organisasi SPI dan mampu bertindak sebagai pengendali mutu pemeriksa internal, dengan kualifikasi :
- 1) paling rendah pendidikan sarjana (S-1);
 - 2) berpengalaman dibidang manajemen rumah sakit;
 - 3) memiliki pengetahuan dalam pengelolaan keuangan rumah sakit;
 - 4) tidak merangkap jabatan structural di lingkungan rumah sakit; dan
 - 5) cakap, jujur, memiliki moral, etik dan integritas yang tinggi.
- b. Anggota SPI dapat disesuaikan dengan beban kerja atau kebutuhan rumah sakit. Seorang anggota SPI memiliki kualifikasi :
- 1) pendidikan paling rendah Diploma III
 - 2) cakap, jujur, memiliki moral, etik dan integritas yang tinggi;
 - 3) pengalaman dibidang manajemen rumah sakit;
 - 4) memiliki pengetahuan dalam pengelolaan keuangan rumah sakit; dan
 - 5) tidak merangkap jabatan di lingkungan rumah sakit.
4. Tugas, Fungsi dan Wewenang
- a. SPI mempunyai tugas dan fungsi untuk :
- 1) Melaksanakan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen resiko di unit kerja rumah sakit.
 - 2) Menegakkan kedisiplinan dan peraturan perundang-undangan serta ketentuan yang berlaku termasuk tata tertib, kedisiplinan dalam jam kerja, tata cara berpakaian.
 - 3) Melakukan pengawasan terhadap kesesuaian antara ketentuan/rencana/kebijakan mengenai pengawasan keuangan rumah sakit dengan pelaksanaannya.
 - 4) Melaksanakan penilaian terhadap sistim pengendalian. Pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistim dan prosedur dalam bidang adminstrasi pelayanan, serat administrasi umum dan keuangan.
 - 5) Melaksanakan pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan

KABAG RUJUKI	DIMASRUKAN DIRJIT	ISS	SEKDA	KUADIP
1	2	3	4	5

pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.

- 6) Melakukan pengawasan terhadap kesesuaian antara ketentuan/rencana/kebijakan mengenai Sumber Daya Manusia (SDM) rumah sakit dengan pelaksanaannya.
 - 7) Melakukan pengawasan terhadap kesesuaian antara ketentuan/rencana/kebijakan mengenai pelayanan rumah sakit dengan pelaksanaannya.
 - 8) Melakukan pengawasan terhadap kesesuaian antara ketentuan/rencana/kebijakan mengenai asset rumah sakit dengan pelaksanaannya.
 - 9) Melakukan penelusuran/riccek terhadap kebenaran laporan atau informasi tentang penyimpangan yang mungkin terjadi.
 - 10) Melakukan pemantauan terhadap tindak lanjut hasil audit, pengawasan atau pemeriksaan aparat pengawas fungsional (BPK, IRJEN, INSPEKTORAT).
 - 11) Melaksanakan pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh kepala rumah sakit atau direktur rumah sakit.
 - 12) Memberikan saran kepada direktur, diminta maupun tidak diminta, terkait dengan aspek pengawasan.
 - 13) Membuat laporan yang berkaitan dengan hasil audit dan pengawasan kepada direktur.
- b. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya SPI berwenang :
- 1) menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja pelayanan/operasional dan kinerja keuangan dari kepala rumah sakit.
 - 2) menyusun, mengusulkan perubahan dan melaksanakan kebijakan pemeriksaan internal.
 - 3) mendapatkan akses terhadap dokumen, informasi atas obyek pemeriksaan dari unit structural dan non structural pada organisasi rumah sakit dalam rangka pelaksanaan tugasnya: dan
 - 4) berkoordinasi dengan dewan pengawas rumah sakit terkait hasil pemeriksaan internal yang dilakukan dengan sepengetahuan kepala rumah sakit atau direktur rumah sakit.

KABAG ELUW	DIRAGACAN TOR	ASS I	SEKDA	WAKIL
1	2	3	4	5

5. Pengawasan

Satuan Pengawas Internal mengacu pada sasaran :

a. Bidang Keuangan

- 1) Pengawasan terhadap pengelolaan pendapatan
- 2) Pengawasan terhadap pengeluaran
- 3) Pengawasan terhadap Pengadaan Barang dan Jasa
- 4) Penilaian kelengkapan dan kewajaran laporan keuangan
- 5) Review laporan keuangan dan kinerja

b. Bidang Sumber Daya Manusia

- 1) Pengawasan terhadap proses penerimaan pegawai
- 2) Pengawasan terhadap penerapan Daftar Urut Kependidikan
- 3) Pengawasan terhadap penempatan pegawai
- 4) Pengawasan terhadap proses kenaikan pangkat
- 5) Pengawasan terhadap penapilan pegawai

c. Bidang Pelayanan

- 1) Pengawasan terhadap pelayanan pasien rawat jalan
- 2) Pengawasan pelayanan pasien instalasi gawat darurat
- 3) Pengawasan terhadap pelayanan instalasi bedah sentral
- 4) Pengawasan terhadap pelayanan instalasi perawatan intensif
- 5) Pengawasan terhadap pelayanan instalasi farmasi
- 6) Pengawasan terhadap pelayanan instalasi laboratorium
- 7) Pengawasan terhadap instalasi radiologi
- 8) Pengawasan terhadap pelayanan instalasi rekam medic
- 9) Pengawasan terhadap pelayanan instalasi gizi
- 10) Pengawasan pelayanan instalasi pemulasaran jenazah
- 11) Pengawasan kinerja cleaning service
- 12) Pengawasan kinerja bidang pendidikan dan penelitian
- 13) Pengawasan kinerja instalasi laundry dan sanitasi

d. Bidang Aset

- 1) Pengawasan terhadap pengamanan asset
- 2) Pengawasan terhadap optimalisasi pemanfaatan asset
- 3) Penilaian terhadap pengamanan asset rumah sakit
- 4) Pengawasan terhadap penempatan barang pribadi dirumah sakit.

KEMAS	DINAS	ASS	SEKDA	KWASUP

BAB VI
TATA KERJA

Bagian Kesatu

A. Umum

1. Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi dan unit instalasi di lingkungan rumah sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan cross functional approach secara vertikal dan horisontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.
2. Setiap pimpinan satuan organisasi dan unit instalasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan dan perundang-undangan yang berlaku.
3. Setiap pimpinan satuan organisasi dan unit instalasi di lingkungan rumah sakit dan bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.
4. Setiap pimpinan satuan organisasi dan unit instalasi di lingkungan rumah sakit wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan serta menyampaikan laporan secara berkala.
5. Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan satuan organisasi dan unit organisasi, wajib diolah dan digunakan sebagai bahan untuk menyusun laporan lebih lanjut.
6. Kepala sub bagian dan kepala seksi wajib menyampaikan laporan lengkap dengan lampirannya.
7. Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi dan unit instalasi wajib mengadakan rapat secara berkala dalam rangka monitoring dan evaluasi kinerja masing-masing.

Bagian Kedua

B. Pengelolaan Sumber Daya Manusia

1. Tujuan Pengelolaan
Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang

KETUA	WAKIL	ASST	SEKDA	WAKIL
1		1		

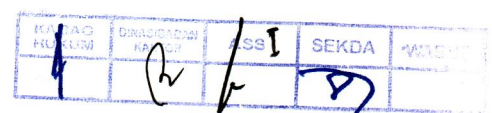
berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien.

2. Pengangkatan Pegawai

- a. Pegawai rumah sakit dapat berasal dari ASN atau Non ASN profesional sesuai dengan kebutuhan yang dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- b. Pengangkatan pegawai rumah sakit yang berasal dari ASN disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan.
- c. Pengangkatan pegawai rumah sakit yang berasal dari Non ASN dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- d. Mekanisme pengangkatan pegawai rumah sakit yang berasal dari Non ASN diatur lebih lanjut dengan Surat Keputusan Bupati.

3. Penghargaan Sanksi dan Kenaikan Pangkat

- a. Untuk mendorong motivasi kerja dan produktifitas rumah sakit menerapkan kebijakan tentang imbal jasa pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.
- b. Kenaikan pangkat ASN merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian pegawai yang bersangkutan terhadap negara berdasarkan sistim kenaikan pangkat reguler dan kenaikan pangkat pilihan sesuai ketentuan yang berlaku.
- c. Kenaikan pangkat pegawai non ASN adalah merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja pegawai yang bersangkutan terhadap kinerja rumah sakit dan diberikan berdasarkan sistim remunerasi apabila rumah sakit sudah berubah status menjadi BLUD.
- d. Kenaikan pangkat reguler diberikan kepada ASN yang tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu termasuk ASN yang :
 - 1) Melaksanakan tugas belajar dan sebelumnya tidak menduduki jabatan struktural dan fungsional tertentu.
 - 2) Dipekerjakan atau diperbantukan secara penuh diluar instansi induk dan tidak menduduki jabatan pimpinan yang telah ditetapkan persamaannya eselonnya atau jabatan fungsional tertentu.



- c. Kenaikan pangkat pilihan adalah penghargaan yang diberikan kepada ASN yang menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu.
4. Rotasi, Penempatan dan Pemberhentian Pegawai
- a. Rotasi ASN dan Non ASN dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- b. Rotasi dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
- 1) Penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan ketrampilannya.
 - 2) Masa kerja diunit tertentu.
 - 3) Pengalaman pada bidang tugas tertentu.
 - 4) Kegunaannya dalam menunjang karir.
 - 5) Kondisi fisik dan psikis pegawai.
- c. Pemberhentian pegawai berstatus ASN dilakukan sesuai dengan peraturan tentang kepegawaian yang berlaku.
- d. Pemberhentian pegawai yang berstatus non ASN dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
- 1) Pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit Non PNS melakukan tindakan-tindakan pelanggaran sesuai yang diatur dalam pasal tentang disiplin pegawai.
 - 2) Batas pensiun tenaga medis 60 tahun.
 - 3) Batas pensiun tenaga perawat 56 tahun
 - 4) Batas usia pensiun tenaga non medis 56 tahun.
5. Disiplin Pegawai
- a. 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 :
- 1) Daftar hadir
 - 2) Laporan kegiatan
 - 3) Daftar penilaian pekerjaan pegawai (DP3)
- b. Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai, meliputi :
- 1) Hukuman disiplin ringan yang terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis dan pernyataan tidak puas secara tertulis.
 - 2) Hukuman disiplin sedang yang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk untuk paling lamam 1 (satu)

REVISI	REVISI	REVISI	REVISI	REVISI
1	2	3	4	5

tahun, penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun, dan penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun.

- 3) Hukuman disiplin berat yang terdiri dari penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 3 (tiga) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai PNS, dan pemberhentian tidak hormat sebagai PNS.

Bagian Ketiga

C. Remunerasi

1. Umum

- a. Remunerasi adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap honorarium, insentif, bonus atas prestasi pesangon dan atau pensiun yang diberikan kepada pejabat pengelola rumah sakit dan pegawai rumah sakit yang ditetapkan oleh bupati.
- b. Pejabat pengelola rumah sakit dan pegawai rumah sakit dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- c. Remunerasi merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan atau pensiun.
- d. Remunerasi ditetapkan oleh bupati berdasarkan usulan pimpinan rumah sakit melalui sekretaris daerah.

2. Penetapan Remunerasi

- a. Remunerasi direktur, mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan :
 - 1) Ukuran (size) dan jumlah asset yang dikelola rumah sakit, tingkat pelayanan serta produktivitas.
 - 2) Pertimbangan persamaannya dengan industry pelayanan sejenis.
 - 3) Kemampuan pendapatan rumah sakit bersangkutan.
 - 4) Kinerja operasional rumah sakit yang ditetapkan oleh bupati dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.

KEMENDIKUM	DIKEMDIK	ASS	SEKDA	WAKIL
1	2	1	3	

- b. Remunerasi Kasubag Tata Usaha dan kepala seksi ditetapkan paling banyak sebesar 40% dari remunerasi direktur.
- c. Remunerasi bagi pejabat pengelola dan pegawai dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian minimal :
 - 1) Pengalaman dan masa kerja (Basic Indeks)
 - 2) Ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (Comptetency Indeks)
 - 3) Resiko Kerja (Risk Indeks)
 - 4) Tingkat Kegawat Daruratan (Emergency Indeks)
 - 5) Jabatan yang disandang (Position Indeks)
 - 6) Hasil/capaian kerja (Permoance Indeks)
- d. Bagi pejabat pengelola dan pegawai rumah sakit yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan PNS serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang ditetapkan
- e. Pejabat pengelola 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 difinitive tentang jabatan yang bersangkutan.
- f. Bagi pejabat pengelola berstatus PNS yang diberhentikan sementara dari jabatannya, memperoleh penghasilan sebesar 50% (lima puluh persen) dari remunerasi bulan terakhir di rumah sakit sejak tanggal diberhentikan atau sebesar gaji PNS berdasarkan keputusan pangkat terakhir.

Bagian Keempat

D. Standar Pelayanan Minimal

1. Umum
 - a. Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh rumah sakit, bupati menetapkan standar pelayanan minimal rumah sakit dengan peraturan bupati.
 - b. Standar pelayanan minimal dapat diusulakn oleh direktur
 - c. Standar pelayanan minimal harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.
2. Standar pelayanan minimal harus memenuhi persyaratan :

KABAG HUKUM	DIREKTUR RUMAH SAKIT	SEKSI	SEKDA	WABUP
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	

- a. Fokus jenis pelayanan
 - b. Terukur
 - c. Dapat dicapai
 - d. Relevan dan dapat diandalkan
 - e. Tepat waktu
3. Fokus pada jenis pelayanan mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi rumah sakit.
 4. Dapat merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
 5. Dapat merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
 6. Relevan dan dapat merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi rumah sakit.
 7. Tepat, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Bagian Kelima

E. Pengelolaan Keuangan

1. Pengelolaan keuangan rumah sakit berdasarkan pada prinsip efektivitas, efisiensi dan produktivitas dengan berdasarkan akuntabilitas dan transparansi.
2. Dalam rangka penerapan prinsip dan azas maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan system akuntansi berbasis kinerja (SAK) dan standar akuntansi pemerintahan SAP.
3. Subsidi dari pemerintah untuk pembiayaan rumah sakit dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal dan biaya pengadaan barang dan jasa.

Bagian Keenam

F. Tarif Pelayanan

1. Umum

- a. Rumah sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang atau jasa layanan yang diberikan.
- b. Imbalan atas barang atau jasa layanan ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit

KY	SS I	SEKDA	WAB
1	1	1	1

layanan atau hasil perinvestasi dana, tarif rumah sakit sekitar dan kemampuan ekonomi masyarakat.

- c. Tarif termasuk imbalan hasil yang wajar dari investasi danan dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
 - d. Tarif layanan dapat berupa besaran tarif atau pola tarif sesuai jenis layanan rumah sakit.
2. Tarir Pelayanan
- a. Tarif layanan rumah sakit diusulkan oleh direktur rumah sakit kepada bupati melalui sekretaris daerah.
 - b. Tarif ditetapkan dengan peraturan bupati.
 - c. Penetapan tarif layanan mempertimbangkan kontiunitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetensi yang sehat.
 - d. Bupati dalam menetapkan besaran tarif dapat membentuk tim.
 - e. Pembentukan tim ditetapkan oleh bupati yang keanggotaannya dapat berasal dari :
 - 1) Pembina teknis
 - 2) Pembina keuangan
 - 3) LSM
 - 4) Organisasi profesi
3. Peraturan Bupati mengenai tarif layanan rumah sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
4. Perubahan tarif dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
5. Proses perubahan tarif berpedoman pada ketentuan yang berlaku.

Bagian Ketujuh

G. Pendapatan dan Biaya

1. Pendapatan
 - a. Pendapatan rumah sakit dapat bersumber dari :
 - 1) Jasa layanan
 - 2) Hibah
 - 3) Hasil kerja sama dengan pihak lain
 - 4) APBD
 - 5) APBN dan
 - 6) Lain-lain pendapatan rumah sakit yang sah

KABUPATEN HUKUM	DIREKTORAN PUSKOR	ASST	SEKDA	WAK
1	2	3	4	

- b. Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari jasa layanan dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- c. Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari hibah dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- d. Hasil kerjasama dengan pihak lain dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi rumah sakit.
- e. Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah kabupaten dalam rangka pelaksanaan program atau kegiatan dirumah sakit.
- f. 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 pembantuan dan lain-lain.
- g. Rumah sakit dalam melaksanakan anggaran dan dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan, proses pengelolaan keuangan diselenggarakan berdasarkan ketentuan yang berlaku.
- h. Lain-lain pendapatan rumah sakit yang sah antara lain :
 - 1) Hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan.
 - 2) Hasil pemanfaatan kekayaan.
 - 3) Jasa giro.
 - 4) Pendapatan bunga
 - 5) Keuntungan selisih nilai tukar terhadap mata uang asing
 - 6) Komisi potongan ataupun bentuk lain akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh rumah sakit.
 - 7) Hasil investasi.
- i. Seluruh pendapatan rumah sakit kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran rumah sakit sesuai RBA.
- j. Hibah terikat diperlakukan sesuai peruntukannya.

KABUPATEN KULU	DINAS KEMENDI KOR	SS I	SEKDA	WAKIL
4	2	1	3	

- k. Seluruh pendapatan rumah sakit dilaksanakan melalui rekening kas rumah sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah padajenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah denga obyek pendapatan rumah sakit.
 - l. Seluruh pendapatan dilaporkan kepada pejabat pengelola keuangan daerah setiap triwulan.
 - m. Format laporan pendapatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
2. Biaya
- a. Biaya rumah sakit merupakan biaya operasional dan biaya non operasional.
 - b. Biaya operasional mencakup seluruh biaya yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
 - c. Biaya non operasional mencakup seluruh biaya yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.
 - d. Biaya rumah sakit dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan.
 - e. Pembiayaan program dan kegiatan dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis program dan kegiatan.
 - f. Biaya operasional terdiri dari :
 - 1) Biaya pelayanan.
 - 2) Biaya umum dan administrasi.
 - g. Biaya pelayanan mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
 - h. Biaya umum dan administrasi mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
 - i. Biaya pelayanan terdiri dari :
 - 1) Biaya pegawai
 - 2) Biaya bahan
 - 3) Biaya jasa pelayanan
 - 4) Biaya pemeliharaan
 - 5) Biaya barang dan jasa

PLA MULU	DISAS MOR	SS I	SEKDA	WABUP
				

- 6) Biaya pelayanan lain-lain
- j. Biaya umum dan administrasi terdiri dari :
 - 1) Biaya pegawai
 - 2) Biaya administrasi kantor
 - 3) Biaya pemeliharaan
 - 4) Biaya barang dan jasa
 - 5) Biaya promosi
 - 6) Biaya umum dan administrasi lain-lain
- k. Seluruh pengeluaran biaya rumah sakit yang bersumber dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) setiap triwulan.
- l. Seluruh pengeluaran biaya rumah sakit yang bersumber dilakukan dengan menerbitkan SPM pengesahan yang dilampiri dengan Surat Persyaratan Tanggung Jawab (SPTJ).
- m. Format SPTJ dan format laporan pengeluaran sesuai peraturan yang berlaku.
- n. Pengeluaran biaya rumah sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- o. Fleksibilitas pengeluaran biaya rumah sakit merupakan pengeluaran biaya yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif.
- p. Fleksibilitas pengeluaran biaya rumah sakit hanya berlaku untuk biaya rumah sakit yang berasal dari pendapatan selain dari APBN/APBD dan hibah terikat.
- q. Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada bupati melalui sekretaris daerah.
- r. Ambang batas RAB ditetapkan dengan besaran presentase.
- s. Besaran presentase ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional rumah sakit.
- t. Besaran presentase ditetapkan dalam RBA dan Daftar Pelaksanaan Anggaran (DPA) rumah sakit oleh TAPD.
- u. Presentase ambang batas tertentu merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

KABUPATEN MUNING	DINAS KESEHATAN	ASIS	SEKDA	WAKIL
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	

Bagian Kedelapan

H. Pengelolaan Sumber Daya Lain

1. Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana gedung dan jalan akan dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Pengelolaan sumber seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi rumah sakit.

Bagian Kesembilan

I. Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

1. Rumah sakit wajib menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal.
2. Pengelolaan lingkungan untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan dan keselamatan.
3. Pengelolaan lingkungan meliputi pengelolaan limbah rumah sakit.
4. Pengelolaan limbah meliputi limbah medis dan non medis
5. Tata laksana pengelolaan limbah mengacu pada ketentuan yang berlaku.

BAB VII

POLA TATA KELOLA STAF MEDIS

(MEDYCAL SATFF BY LAWS)

Bagian Kesatu

A. Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

1. Direktur berhak mengangkat dan memberhentikan Ketua dan anggota Staf Medis Fungsional (SMF) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan peraturan kebijakan yang berlaku serta Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*)
2. Sebagai pengelola, Direksi mempunyai tugas dan wewenang untuk menetapkan strategi organisasi dan tata kerja lengkap dengan rincian tugasnya, menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban Staf Medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Dalam pengelolaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direksi

KABAG HUKUM	DINASRAN RANTOH	ASS	SEKDA	WASDIP
K	R	h	7	

berkewajiban menjamin Staf Medis melaksanakan tugas dan kewajiban sesuai Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional.

4. Kewajiban Staf Medis untuk menjamin bahwa tugas dan kewajiban dilaksanakan sesuai standar yang berlaku, maka Ketua Kelompok Staf Medis bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Medis dan Keperawatan.
5. Pertanggungjawaban sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dapat bersifat pertanggungjawaban proporsional administratif manajerial dan pertanggungjawaban secara profesional.
6. Ketentuan lebih lanjut mengenai Kelompok Staf Medik Fungsional diatur dalam buku kedua tentang Peraturan Internal Staf Medis atau Medical Staf By Laws.

B. Nama dan Tujuan

1. Nama kelompok Dokter dan Dokter Spesialis serta Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis yang berhak memberikan pelayanan medis di rumah sakit ini adalah Kelompok Staf Medik (KSM) Rumah Sakit
2. Pengelompokan anggota SMF adalah berdasarkan keahlian dan atau spesialisasi yang ada di Rumah Sakit
3. SMF dapat dibentuk setidaknya memiliki 3 orang anggota yang memiliki kesamaan keahlian dan spesialisasi.
4. Apabila anggota SMF dengan keahlian atau spesialisasi yang sama kurang dari 3 orang maka SMF yang bersangkutan masuk dalam Kelompok Staf Medik Fungsional lain yang sejenis.
5. Untuk Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) masuk dalam Kelompok Staf Medik Fungsional sesuai dengan spesialisasi yang sedang diikuti sebagai anggota tidak tetap.
6. Tujuan dari pengorganisasian Staf Medis Fungsional (SMF) adalah agar Staf Medis di Rumah Sakit dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap pelayanan berdasarkan kebutuhan pasien dan keselamatan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang profesional, berkualitas dan bertanggung jawab.

C. Tanggung Jawab

Secara administratif manajerial, Staf Medis Fungsional (SMF) bertanggungjawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan.

1. Tugas, Kewajiban dan Kewenangan Kelompok Staf Medis Fungsional

KABUPATEN	DINAS KESEHATAN	SS I	SEKDA	RUHSAK

- a. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSM) mempunyai tugas untuk melakukan pelayanan medis, memberikan pendidikan dan pelatihan kepada mahasiswa kedokteran dan tenaga medis lain, melakukan penelitian dan pengembangan pelayanan medis sesuai dengan kemajuan ilmu kedokteran, serta meningkatkan keterampilan dan ilmu pengetahuan.
- b. KSM wajib menyusun Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis yang terdiri dari :
 - 1) Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis bidang keilmuan yang terdiri dari Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional .
 - 2) Standar Prosedur Operasional bidang administrasi/manajerial yang meliputi pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, pengaturan tugas jaga, rawat intensif, pengaturan tugas di kamar operasi, kamar bersalin, dan lain sebagainya, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinis, presentasi kasus (kasus kematian, kasus langka, kasus sulit, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi dan lain-lain di bawah koordinasi Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan.
- c. KSM wajib menyusun indikator kinerja mutu klinis/mutu pelayanan medis dan mutu manajemen klinis/mutu manajemen pelayanan medis yang meliputi indikator *output* atau *outcome* .
- d. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSM) berwenang:
 - 1) Memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota SMF baru dan penempatan ulang anggota SMF kepada Direktur.
 - 2) Menyusun rencana kebutuhan tenaga sesuai dengan beban kerja pelayanan, pendidikan, dan penelitian.
 - 3) Memberikan rekomendasi perihal kompetensi anggotanya dalam rangka penerbitan *clinical appointment*.
 - 4) Melakukan evaluasi kinerja anggota SMF di dalam kelompoknya dan bersama-sama dengan Komite Medis menentukan kompetensi dari anggota SMF tersebut.
 - 5) Melakukan evaluasi dan revisi apabila diperlukan terhadap Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*), Standar Pelayanan Medis, Standar Prosedur Operasional tindakan medis bersama-sama dengan Komite Medis.

KABANG REDAKSI	SHADIMAN KANTOR	ASS I	SEKDA	WALIN
1	2	1	1	

D. Pengorganisasian Kelompok Staf Medis Fungsional

1. Anggota SMF dikelompokkan ke dalam masing-masing KSM sesuai dengan profesi dan keahliannya.
2. Jumlah dan kebutuhan KSM ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur
3. Susunan Kepengurusan KSM terdiri dari
 - a. Ketua KSM merangkap anggota.
 - b. Sekretaris merangkap Anggota.
 - c. Anggota.
4. Masa bakti kepengurusan KSM adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk satu periode berikutnya.
5. Pemilihan Calon Ketua KSM dilakukan dalam rapat pleno anggota SMF yang dihadiri $\frac{1}{2} + 1$ anggota untuk menentukan minimal 2 calon yang akan diusulkan ke Direktur.
6. Ketua KSM dipilih oleh Direktur dari minimal 2 (dua) orang calon yang diajukan dari hasil pleno SMF.
7. Dalam menentukan pilihan Ketua KSM, Direktur dapat meminta pendapat dari Komite Medis.
8. Ketua KSM mempunyai tugas:
 - a. Mengusulkan uraian tugas dan tata kerja Anggota KSM untuk ditetapkan oleh Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan ;
 - b. Mengkoordinasikan semua kegiatan Anggota KSM dalam hal:
 - 1) pengusulan prosedur pelayanan yang berhubungan dengan administrasi pelayanan medis yang meliputi pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, tugas jaga, tugas rawat intensif, tugas kamar operasi, kamar bersalin, visite/ronde, pertemuan klinis, presentasi kasus, prosedur konsultasi dan lain-lain sesuai ketentuan yang berlaku, untuk ditetapkan Kepala Seksi Pelayanan Medik;
 - 2) menyusun pedoman pelayanan medis dan standar prosedur kerja yang berhubungan dengan bidang keilmuan/keprofesian, di bawah koordinasi Komite Medik untuk ditetapkan Direktur;
 - 3) melakukan perbaikan pedoman pelayanan medis dan dokumen terkait yang perlu disempurnakan agar sesuai dengan situasi dan kondisi yang berkembang;

KEMAS KEMAS	DINASRACI KEMAS	ASIS	SEKDA	WASIS
4	(h)	/	(D)	

- f. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan;
 - g. Menyusun, mengumpulkan, menganalisis, dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.
 - h. Dalam melaksanakan pelayanan menggunakan obat ataupun bahan habis pakai sesuai dengan formularium Rumah Sakit
 - i. Dalam memberikan pelayanan menggunakan sarana dan alat medis yang disediakan oleh Rumah Sakit.
2. Apabila diperlukan penggunaan obat diluar formularium dan alat medis yang telah tersedia di Rumah Sakit maka harus mendapatkan izin dari Direksi.
 3. Fungsi Anggota Staf Medis Fungsional adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
 4. Wewenang masing-masing anggota Staf Medis Fungsional disusun oleh Ketua SMF dan kemudian disetujui dan dibuatkan rekomendasi oleh Komite Medis kepada Direktur dan selanjutnya dibahas dalam rapat direksi untuk disahkan oleh Direktur
 5. Tanggung Jawab Anggota Staf Medis Fungsional :
 - a. Menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya dalam tempo 2 x 24 jam.
 - b. Menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat jalan yang menjadi tanggung jawabnya saat pelayanan.
 - c. Bertanggung Jawab atas pelayanan medis yang dilaksanakan oleh PPDS yang sedang menjalani pendidikan di Rumah Sakit kecuali PPDS Tahap Mandiri yang bekerja di rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan pelayanan spesialis di Rumah Sakit;
 - d. Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis, cq Sub Komite Kredensial kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di Rumah Sakit
 - e. Melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif, melalui *peer review*, audit medis atau program quality improvement.
 - f. Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis/Sub Komite Kredensial kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di Rumah Sakit

KABAG HUKUM	DINASRACAN PUSAT	ASSI	SEKDA	10

- 4) membuat usulan program peningkatan keilmuan dan ketrampilan semua Anggota KSM serta program peningkatan dan pengembangan pelayanan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan.
- c. Membantu Direktur dalam membina Anggota KSM, dalam hal:
 - 1) pemantauan penampilan kinerja praktik klinis Anggota KSM berdasarkan data yang komprehensif;
 - 2) pemberian laporan secara tertib dan teratur kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan setelah melalui pembahasan bersama Anggota KSM antara lain mengenai pemantauan indikator mutu klinis, hasil evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan pelayanan dan pengembangan Anggota KSM.
9. Ketua KSM berwenang:
 - a. memberikan masukan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan serta Ketua Komite Medik dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik kedokteran;
 - b. mengkoordinasikan anggota KSM agar pelayanan medis berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku;
 - c. memberikan masukan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan melalui Ketua Komite Medik mengenai penerimaan calon staf medis fungsional baru.
10. Untuk mendukung kelancaran tugas Ketua KSM, dapat ditunjuk Anggota KSM sebagai sekretaris dan koordinator dibidang pelayanan, pendidikan dan penelitian dengan keputusan Direktur.

E. Penerimaan, Penerimaan Kembali dan Pemberhentian Anggota SMF

1. Prosedur penerimaan calon anggota SMF dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional Penerimaan Staf Medis Fungsional yang disusun oleh Kasubag Kepegawaian, Umum, Perlengkapan dan Kehumasan
2. Prosedur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
 - a. Secara administratif, disusun oleh Kasubag Kepegawaian, Umum, Perlengkapan dan Kehumasan
 - b. Secara profesi, disusun oleh Komite Medis.

KASUBAG KEPEGAWAIAN, UMUM, PERLENGKAPAN DAN KEHUMASAN	BRANDIR KEMENTERIAN KESKESKUTAN	AS KEMENTERIAN KESKESKUTAN	SEKDA KEMENTERIAN KESKESKUTAN	KEMENTERIAN KESKESKUTAN
--	---------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------

3. Penerimaan dan penempatan Staf Medis adalah melalui Surat Keputusan Direktur, dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medis.
4. Prosedur penerimaan kembali anggota SMF, dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional penerimaan kembali Anggota Staf Medis Fungsional yang disusun oleh Kasubag Kepegawaian, Umum, Perlengkapan dan Kehumasan serta Komite Medis.
5. Apabila seorang anggota SMF dengan alasan tertentu pindah/cuti di luar tanggungan negara sehingga tidak bisa menjalankan tugas sebagai anggota SMF selama 2 tahun, maka dapat diterima kembali sebagai anggota.
6. Apabila yang bersangkutan akan kembali menjadi anggota KSM lebih dari batas waktu tersebut pada ayat (2) maka yang bersangkutan diharuskan mengikuti prosedur yang berlaku dengan kredensial melalui mekanisme penerimaan pada pasal 44.
7. Bagi anggota KSM yang pensiun dan tenaganya masih diperlukan di KSM bersangkutan maka 1 (satu) bulan sebelum masa pensiun yang bersangkutan diharuskan untuk mengajukan permohonan untuk bekerja di Rumah Sakit
8. Permohonan penempatan kembali/ulang dokter di Rumah Sakit adalah melalui Surat Keputusan Direktur, dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medis.
9. Tenaga Medis anggota Staf Medis Fungsional (SMF) dinyatakan berhenti apabila:
 - a. Meninggal dunia.
 - b. Pensiun.
 - c. Pindah bertugas dari lingkungan Rumah Sakit
 - d. Tidak mematuhi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan peraturan kebijakan yang berlaku di Rumah Sakit

BAB VIII

KEANGGOTAAN, TUGAS DAN WEWENANG STAF MEDIS FUNGSIONAL

Bagian Kesatu

A. Syarat dan Kategori Keanggotaan Staf Medis Fungsional

1. Syarat untuk menjadi anggota Staf Medis Fungsional (SMF):



- a. Mempunyai Ijazah dari Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi Pemerintah/Swasta yang diakui Pemerintah dan memiliki Surat Penugasan bagi PNS dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku dari Pejabat Yang Berwenang.
 - b. Memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di Rumah Sakit
 - c. Telah melalui proses Kredensial di Rumah Sakit yang dilaksanakan oleh Komite Medis.
 - d. Memiliki Surat Keputusan Penugasan sebagai anggota SMF, berupa Penugasan Klinis dari Direktur
 - e. Mengikuti program pengenalan tugas (pra tugas) bagi anggota baru di lingkungan kerja Rumah Sakit
 - f. Mengikuti ketentuan kepegawaian yang berlaku di Rumah Sakit
2. Kategori keanggotaan SMF adalah:
- a. Anggota tetap SMF, yaitu dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang mempunyai tugas pokok memberikan pelayanan medis disamping tugas lain di Rumah Sakit
 - b. Anggota tidak tetap SMF, yaitu dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang bekerja secara tidak tetap atau paruh waktu di Rumah Sakit, karena mempunyai tugas pokok di institusi lain.
3. Masa berlaku keanggotaan adalah selama 3 (tiga) tahun.

Bagian Kedua

B. Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab Anggota SMF

1. Tugas Anggota Staf Medis Fungsional:
 - a. Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan;
 - b. Memberikan pelayanan Medis yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di Rumah Sakit;
 - c. Menyelenggarakan Rekam Medik dengan benar.
 - d. Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
 - e. Memberikan pendidikan dan pelatihan kepada peserta didik yang ada dalam program SMF dan Rumah Sakit.

KEMANGKULAN	DIREKTUR	ASIS	SEKDA	KWARTIR
4	(h)	/	(g)	

- g. Memberi kesempatan bagi para dokter untuk mengikuti “*continuing professional development*” (CPD).
- h. Memberikan masukan kepada Direktur melalui Ketua Komite Medis, mengenai hal-hal yang terkait dengan praktek kedokteran.
- i. Memberikan laporan kegiatan secara berkala setiap 3 (tiga) bulan melalui Ketua Komite Medis kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan
- j. Membuat Standar Prosedur Operasional (SPO) dan melakukan perbaikan (up-dating) dokumen terkait lainnya secara berkala sesuai perkembangan.

BAB IX

KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGES*)

- A. Kewenangan Klinis adalah kewenangan dari anggota SMF untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- B. Tanpa kewenangan klinis, maka seorang tenaga medis tidak dapat menjadi anggota SMF dan bekerja di Rumah Sakit
- C. Jenis kewenangan klinis yang berlaku di Rumah Sakit , meliputi:
 - 1. kewenangan klinis sementara (*temporary clinical privilege*);
 - 2. kewenangan klinis dalam keadaan darurat (*emergency clinical privilege*); dan
 - 3. kewenangan klinis bersyarat (*provisional clinical privilege*).
- D. Lingkup kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk pelayanan medis tertentu diberikan dengan berpedoman pada buku putih (*white paper*) yang disusun oleh mitra bestari (*peer group*) profesi bersangkutan.
- E. Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas Rekomendasi Komite Medis melalui Sub Komite Kredensial, setelah melalui Proses Kredensial yang dilakukan oleh Sub Komite Kredensial.

BAB X

PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

- A. Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota SMF dengan suatu surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.



- B. Kewenangan Klinis anggota SMF berstatus dokter tamu dan/atau konsultan tamu diberikan dengan suatu surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 1 (satu) tahun.
- C. Pemberian Penugasan Klinis ulang (*Clinical Re-Appointment*) dapat diberikan setelah yang bersangkutan mengikuti prosedur Re-Kredensial dari Sub Komite Kredensial Komite Medis.
- D. Direktur utama dapat melakukan Pencabutan, Pembatasan dan atau penangguhan Kewenangan klinis secara tetap atau sementara baik sebagian atau seluruhnya atas Surat Penugasan Klinis yang telah diberikan dengan memperhatikan rekomendasi Komite Medis.

BAB XI

DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN (DPJP)

- A. Dokter Penanggung Jawab Pasien merupakan staf medis yang menjadi penanggung jawab utama dalam pelayanan kepada pasien.
- B. Staf medis yang dapat menjadi DPJP adalah staf medis dengan kriteria sebagai dokter spesialis dan Peserta PPDS Tahap Mandiri
- C. DPJP ditetapkan berdasarkan kebijakan yang dikeluarkan oleh Direktur
- D. DPJP melaksanakan tugas :
 1. Melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnose penyakit dan pemberian terapi dan melakukan evaluasi keberhasilan terapi.
 2. Memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien tim pelayanan.
 3. Melaksanakan koordinasi pelayanan medis apabila pasien tersebut ditangani oleh lebih dari satu tenaga medis.
 4. Melakukan presentasi kasus medis dihadapan komite medis.
- E. Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensi DPJP, maka :
 1. Dapat dialihkan pada tenaga lain yang lebih kompeten.
 2. Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengalihkan DPJP setelah mendapat saran dari Komite Medis.

BAB XII

AMANDEMEN / PERUBAHAN

- A. Perubahan terhadap Peraturan Internal Rumah Sakit dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan.

PENGAD KORPORASI	KORPORASI KORPORASI	ASIS	SEKDA	WAL
f	h	I	B	

- B. Perubahan dapat dilakukan, apabila ada permohonan secara tertulis dari salah satu Pihak yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, yaitu Dewan Pengawas, Direksi dan Komite Medis.
- C. Usulan untuk mengubah sebagaimana dimaksud pada ayat (2), hanya dapat dilaksanakan apabila ada pemberitahuan tertulis dari salah satu pihak kepada pihak lainnya, yang disampaikan paling lambat 3 (tiga) minggu sebelumnya.
- D. Perubahan dilakukan dengan melakukan *addendum* Peraturan Internal Rumah Sakit ini.
- E. Amandemen merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Rumah Sakit.

Ditetapkan di Boalemo

Pada tanggal, 30 Mei 2023

Pj. **BUPATI BOALEMO**

SHERMAN MORIDU