



**SALINAN**

**BUPATI BATANG HARI  
PROVINSI JAMBI**

**PERATURAN BUPATI BATANG HARI**

**NOMOR : 33 TAHUN 2017  
TENTANG**

**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BYLAWS)  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI ABDOEL MADJID BATOE  
KABUPATEN BATANG HARI**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
BUPATI BATANG HARI,**

- Menimbang
- a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, maka dari itu perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
  - b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional maka perlu dibuatkan Peraturan Internal (Hospital Bylaws) Rumah Sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Kabupaten Batang Hari.
- Mengingat
- 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten dalam Lingkungan Daerah Provinsi Sumatera Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 25) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Sarolangun Bangko dan Daerah Tingkat II Tanjung Jabung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 50, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2755);
  - 2. Undang – Undang Nomr 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negera Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
  - 3. Undang-Undang. . . . .

3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
5. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. 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);
8. Undang – Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
9. 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 beberapakali diubah terakhir dengan Undang – Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
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 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaranb Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah diubah keduakali dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 310);
13. Peraturan Daerah. . . . .

13. Peraturan Daerah Kabupaten Batang Hari Nomor 5 Tahun 2006 tentang Pengelola Keuangan Daerah (lembaran Daerah kabupaten Batang Hari Tahun 2006 Nomor 5);

- Memperhatikan :
1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159.b/1988 tentang Rumah Sakit;
  2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
  3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
  4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor :436/Menkes/SK/VI/1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medik;
  5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1333/Menkes/SK/XII/1999 Tanggal 8 Desember tentang Penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medik;
  6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
  7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 56 Tahun 2014 tentang Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit

### **MEMUTUSKAN**

- Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BYLAWS) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI ABDOEL MADJID BATOE KABUPATEN BATANG HARI.**

### **BAB I**

#### **KETENTUAN UMUM**

##### **Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Batang Hari
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom
3. Bupati adalah Bupati Batang Hari.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe yang selanjutnya disingkat RSUD HAMBATA adalah Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid batoe Kabupaten Batang Hari.
5. Pemilik adalah.....

5. Pemilik adalah Bupati Batang Hari sebagai representasi bidang pelayanan kesehatan milik Pemerintah Kabupaten Batang Hari.
6. Dewan Pengawas (*Governing Body*) adalah kelompok pengawas atau penasihat rumah sakit yang keanggotaannya terdiri dari unsur pemerintah, unsur rumah sakit dan unsur tenaga ahli yang ditunjuk Bupati.
7. Direktur RSUD HAMBANA adalah sebutan bagi pemimpin tertinggi rumah sakit yang diberi wewenang oleh Bupati dalam mengelola dan menyelenggarakan manajemen perumahnyasakit.
8. Staf medis adalah tenaga yang mandiri terdiri dari dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit, yang mempunyai kebebasan dalam mengambil keputusan klinis pada pasien dan tidak terikat oleh jam kerja khususnya dalam penanganan kasus gawat darurat.
9. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah seperangkat aturan dasar dalam penyelenggaraan organisasi rumah sakit yang meliputi pengorganisasian peran, fungsi, tugas, dan tanggungjawab, serta hak, dan wewenang dari pihak-pihak internal rumah sakit yang terdiri dari pemilik atau yang mewakili (*Governing Body*).
10. Unit pelayanan adalah rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium dan rehabilitasi medis.
11. Pelayanan medis dasar adalah dasar pelayanan medis yang diselenggarakan oleh dokter umum.
12. Pelayanan medis spesialistik dasar adalah pelayanan medis spesialistik penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak.
13. Pelayanan medis spesialistik telinga, hidung dan tenggorokan (THT), mata, saraf, Paru, radiologi, rehabilitasi medis, laboratorium dan pelayanan spesialistik lain sesuai dengan kebutuhan;
14. Unit kerja adalah tempat staf medis menjalankan profesinya. Unit kerja RS berbentuk, sekretariat, bidang dan instalasi.
15. Komite Medis adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari ketua kelompok medis dan atau yang mewakili.
16. Sub komite medis adalah kelompok kerja di bawah komite medis yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus. Anggota sub komite medis terdiri dari staf medis dan tenaga profesi lainnya secara *ex-officio*.
17. Komite keperawatan adalah kelompok profesi perawat/bidan yang anggotanya terdiri dari perawat/bidan, bertanggungjawab pada pemimpin, dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggotanya dan ditetapkan dengan keputusan pemimpin.

18. Tenaga administrasi adalah orang atau sekumpulan orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas staf medis, komite medis, sub komite, dan komite keperawatan khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis.
19. Instalasi adalah fasilitas penyelenggara pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, kegiatan penelitian dan pengembangan, pendidikan dan pelatihan serta pemeliharaan rumah sakit.
20. Rapat rutin adalah rapat yang diselenggarakan secara rutin terjadwal;
21. Rapat khusus adalah rapat di luar rapat rutin yang diselenggarakan dewan pengawas maupun direksi atau keduanya yang dilakukan sewaktu-waktu untuk membahas masalah urgen dan mengambil keputusan.
22. Panitia adalah kelompok kerja dibawah komite medis yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus.
23. Pelayanan penunjang medis adalah kegiatan pelayanan kesehatan yang menunjang pelayanan medis sesuai dengan standar yang berlaku.
24. *Clinical Privileges* adalah kewenangan dokter untuk melakukan atau tidak melakukan tindakan atau layanan medis berdasarkan kriteria tertentu.
25. Tilik sejawat adalah tinjauan terhadap kegiatan medis pada dokter sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan untuk melihat sejauh mana kegagalan dan keberhasilan tindakan pengobatan dan operatif yang telah dilaksanakan selama bekerja di rumah sakit sebagai referensi dan/atau studi kasus.
26. Konsil kedokteran adalah suatu badan otonom, mandiri, nonstruktural, dan bersifat independen, yang terdiri atas Konsil kedokteran dan Kedokteran Gigi.
27. Sertifikat kompetensi adalah surat tanda pengakuan seorang dokter atau dokter gigi untuk menjalankan praktik kedokteran di seluruh Indonesia setelah lulus uji kompetensi.
28. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap dokter dan dokter gigi yang telah memiliki sertifikat kompetensi dan mempunyai kualifikasi tertentu lainnya serta diakui secara hukum untuk melakukan tindakan profesinya.
29. Registrasi ulang adalah pencatatan ulang terhadap dokter dan dokter gigi yang telah diregistrasi setelah memenuhi persyaratan yang berlaku;
30. Surat izin praktik adalah bukti tertulis yang diberikan pemerintah kepada dokter dan dokter gigi yang akan menjalankan praktik kedokteran setelah memenuhi persyaratan.
31. Surat tanda registrasi dokter dan dokter gigi adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Konsil Kedokteran Indonesia kepada dokter dan dokter gigi yang telah diregistrasi.
32. Surat pelayanan kesehatan adalah tempat penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk praktik kedokteran atau kedokteran gigi.

33.Pasien . . . . .

33. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung oleh dokter atau dokter gigi.
34. Profesi kedokteran gigi adalah suatu pekerjaan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilaksanakan berdasarkan keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat.
35. Organisasi profesi adalah Ikatan Dokter Indonesia untuk dokter dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia untuk Dokter Gigi.
36. Kolegium Kedokteran Indonesia dan Kolegium Kedokteran Gigi Indonesia adalah badan yang dibentuk oleh organisasi profesi untuk masing-masing cabang disiplin ilmu yang bertugas mengampu cabang disiplin ilmu tersebut.
37. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia adalah lembaga yang berwenang untuk menentukan ada tidaknya kesalahan yang dilakukan dokter dan dokter gigi dalam penerapan disiplin ilmu kedokteran dan kedokteran gigi dan menetapkan sanksi.
38. Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan tugas semua satuan kerja, baik 6struktural , fungsional maupun yang non 6struktural seperti panitia, tim dan sebagainya, agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

**BAB II**  
**NAMA, VISI DAN MISI, NILAI, MOTO, TUJUAN DAN STRATEGI**  
**Pasal 2**

- (1) Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe Kabupaten Batang Hari yang selanjutnya disingkat RSUD HAMBBA.
- (2) Rumah Sakit beralamat di jalan Prof. Dr. Sri Soedewi, SH, Kecamatan Muara Bulian Kabupaten Batang Hari Provinsi Jambi.
- (3) Falsafah rumah sakit adalah :
  - a. pasien dan pelanggan lainnya adalah manusia yang mempunyai rasa menyukai dan tidak menyukai, sehingga kewajiban rumah sakit adalah memberikan pelayanan terbaik;
  - b. kehadiran pasien dan pelanggan lain adalah kepercayaan yang diberikan kepada rumah sakit;
  - c. keluhan pasien dan pelanggan lain merupakan wujud kecintaan kepada rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan yang diharapkan;
  - d. kepedulian rumah sakit terhadap lingkungan merupakan bagian dari kepedulian terhadap kelestarian ekosistem; dan
  - e. karyawan dan manajemen selalu berusaha meningkatkan ilmu dan teknologi, dan memandang pengalaman sebagai guru terbaik.

(4).Visi dan Misi .....

## (4) Visi dan Misi

## a. Visi

Visi RSUD HAMBBA adalah “terwujudnya pelayanan kesehatan yang profesional”.

## b. Misi

Misi RSUD HAMBBA adalah:

- 1) Meningkatkan sumber daya manusia yang berkualitas
- 2) Meningkatkan sarana dan prasarana yang memadai
- 3) Menciptakan 7nsure layanan yang bermutu dan menjamin keselamatan pasien
- 4) Menciptakan lingkungan kerja yang sehat, harmonis, aman dan sejahtera

## (5). Nilai/filosofi

RSUD HAMBBA senantiasa berpegang teguh pada Nilai filosofi

## a. Nilai-Nilai: yang ditanamkan adalah Budaya Etos Kerja “MESRA”

- M = Merespon Segera Keluhan Pasien Keluarga
- E = Empati Terhadap Kondisi Pasien
- S = Sungguh-sungguh dalam Melayani
- R = Ramah dan Rapi dalam Melayani
- A = Amanah dalam Melaksanakan Tugas

## b. Filosofi:

Menjunjung Harkat dan Martabat Manusia Berlandaskan Ketakwaan di Bumi  
Serentak Bak Regam

## (6). Moto

RSUD HAMBBA mempunyai moto “ Melayani Sepenuh Hati “

## (7).Tujuan

Tujuan RSUD HAMBBA adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi pelayanan kesehatan yang didasarkan kepada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial.

## (8). Strategi

Strategi RSUD HAMBBA adalah : Mengoptimalkan potensi Sumber Daya Manusia (SDM) yang didukung oleh *stake holder* serta status sebagai PPK-BLUD untuk memenuhi standar pelayanan yang ditentukan sehingga terwujud pelayanan yang bermutu, prima dan unggul guna mempertahankan dan meningkatkan kepercayaan pelanggan (pasien) yang semakin sadar dan mampu dalam memelihara kesehatan.

## (9). Program

Adapun Program-program indikatif RSUD HAMBА sebagai berikut :

- a. meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit ;
- b. pengembangan layanan kesehatan mata, THT serta Paru dan Jiwa;
- c. mengoptimalkan standar sarana dan prasarana rumah sakit;
- d. mengoptimalkan pemasaran rumah sakit;
- e. meningkatkan mutu pengelolaan keuangan;
- f. meningkatkan ketersediaan dan mutu SDM Rumah sakit; dan
- g. menyelenggarakan penelitian kesehatan utamanya pelayanan kesehatan mata, dan pelayanan kesehatan THT serta Paru dan Jiwa sebagai pelayanan tambahan.

**BAB III**  
**SEJARAH RSUD HAMBА**  
**Pasal 3**

RSUD HAMBА merupakan milik Pemerintah Daerah Kabupaten Batang Hari yang diresmikan oleh Bapak Menteri Kesehatan RI pada tanggal 15 Februari 1983 dengan Type Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D, dengan kapasitas 50 ( lima puluh ) tempat tidur. Sesuai dengan perkembangan zaman dan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas , maka pada tanggal 30 Januari 1995 RSUD HAMBА berubah status menjadi kelas C yang ditetapkan dalam surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : YM.01.01.3.2.2312. Tahun 1996. HAMBА secara teknis operasional sebelumnya merupakan Unit Pelayanan Terpadu ( UPT ) pada Dinas Kesehatan Kabupaten Batang Hari. Terhitung sejak tanggal 14 Maret 2002 RSUD HAMBА berubah status menjadi Kantor yang ditetapkan melalui Peraturan Daerah Nomor : 4 Tahun 2002, tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kabupaten Batang Hari Nomor 5 Tahun 2001 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah, sehingga RSUD HAMBА sudah merupakan SKPD yang berdiri sendiri dan bertanggung jawab langsung kepada Bupati Batang Hari.

Pada . . . . .

Pada tanggal 4 April 2007, Bupati Batang Hari meresmikan perubahan nama Rumah Sakit dari Rumah Sakit Umum Daerah Muara Bulian menjadi RSUD HAMBА yang dituangkan dalam Peraturan Daerah Nomor : 6 Tahun 2007, dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 108 Tempat Tidur.

**BAB IV**  
**KEDUDUKAN , TUGAS DAN FUNGSI**  
**Bagian Kesatu**  
**Kedudukan**

**Pasal 4**

RSUD HAMBА berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah dan merupakan unsur pendukung atas tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan.

**Pasal 5**

RSUD HAMBА sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 merupakan Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

**Bagian Kedua**  
**Tugas dan Fungsi**  
**Pasal 6**

(1) Tugas pokok RSUD HAMBА adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan sedangkan THT serta Syaraf sebagai pelayanan tambahan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.

(2) Fungsi RSUD HAMBА dalam menunaikan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu:

- a. perumusan kebijakan teknis dibidang pelayanan kesehatan;
- b. pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan pemerintahan daerah dibidang pelayanan;
- c. penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan dibidang pelayanan kesehatan;
- d. pelayanan medis;
- e. pelayanan penunjang medis dan non medis;
- f. pelayanan keperawatan;
- g. pelayanan rujukan;
- h. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;

i.pengelolaan.....

- i. pengelolaan keuangan dan akuntansi; dan
- j. pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

**BAB V**  
**KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB**  
**PEMERINTAH DAERAH**

**Bagian Kesatu**  
**Kewenangan Pemerintah Daerah**  
**Pasal 7**

Pemerintah Daerah mempunyai kewenangan :

- (1) menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola, Hospital Bylaws dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit beserta perubahannya;
- (2) mengangkat dan menetapkan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- (3) memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
- (4) mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang disetujui oleh Dewan Pengawas; dan
- (5) memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

**Bagian Kedua**  
**Tanggung Jawab Pemerintah Daerah**  
**Pasal 8**

- (1) Pemerintah daerah bertanggung jawab menutup defisit anggaran rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen;
- (2) Pemerintah daerah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit; dan

**BAB VI. . . . .**

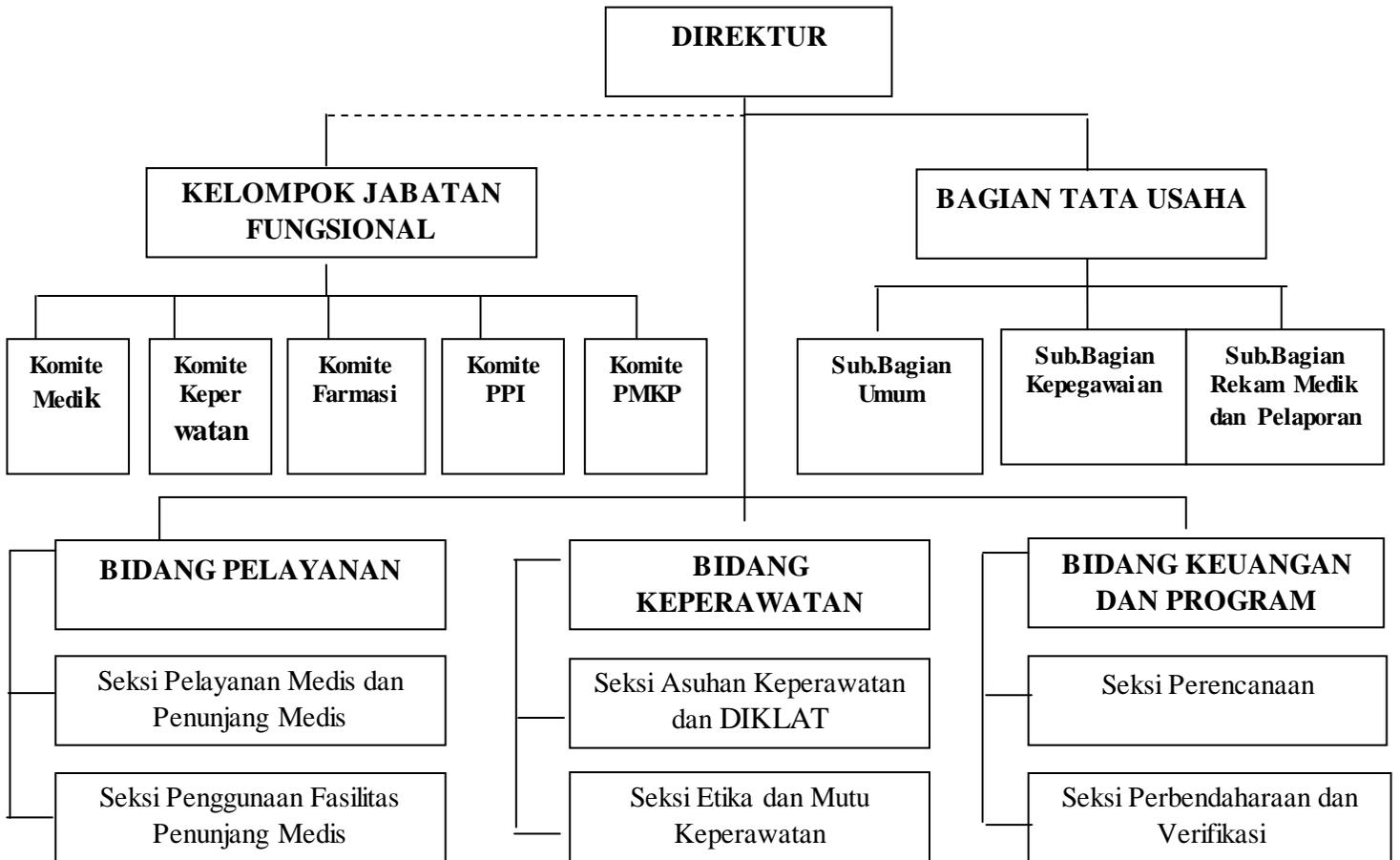
**BAB VI**  
**PENGORGANISASIAN RUMAH SAKIT DAN**  
**STRUKTUR ORGANISASI**

**Bagian Kesatu**  
**Susunan Organisasi**  
**Pasal 9**

- (1) Susunan organisasi RSUD HAMBANA, terdiri dari :
- a. Direktur;
  - b. Bagian Tata Usaha terdiri dari :
    1. Subbagian Umum;
    2. Subbagian Kepegawaian; dan
    3. Subbagian Rekam Medik dan Pelaporan
  - c. Bidang Pelayanan terdiri dari :
    1. Seksi Pelayanan Medis dan Penunjang medis; dan
    2. Seksi Penggunaan Fasilitas Penunjang medis.
  - d. Bidang Keperawatan terdiri dari :
    1. Seksi Asuhan Keperawatan dan Diklat; dan
    2. Seksi Etika dan Mutu Keperawatan.
  - e. Bidang Keuangan dan Program terdiri dari :
    1. Seksi Perencanaan; dan
    2. Seksi Perbendaharaan dan Verifikasi
  - f. Satuan Pemeriksa Internal (SPI);
  - g. Komite-Komite;
  - h. Instalasi-Instalasi;
  - i. Unit-unit;
  - j. Kelompok Jabatan Fungsional; dan
- (2) Bagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipimpin oleh seorang Kepala Bagian yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Bidang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur
- (4) Subbagian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang kepala subbagian yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bagian Tata Usaha
- (5) Seksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang
- (6) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan tugas semua satuan kerja, baik struktural, fungsional maupun yang non struktural seperti panitia, tim dan sebagainya, agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

**Bagian Kedua. . . . .**

**Bagian Kedua  
Struktur Organisasi  
Pasal 10**



**BAB V  
DEWAN PENGAWAS  
Bagian Kesatu  
Organisasi  
Pasal 11**

Kepemimpinan puncak organisasi rumah sakit terdiri dari satuan atau organ fungsional yang berbeda kewenangan, tugas dan tanggung jawab masing-masing, tetapi semua harus bekerja sama. Ketiga kepemimpinan tersebut adalah: Pemilik (*Governing Body*) atau yang mewakili pemilik, direksi, dan staf medis. Pemilik sebagai pengemban otoritas dan steering committee dalam pelaksanaan tugasnya dilakukan oleh Dewan Pengawas, Direksi atau Pimpinan rumah sakit mempunyai fungsi sebagai motor penggerak dan staf medis adalah pelaku utama *core bussines* rumah sakit.

- (1). Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:
- a. Pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit;
  - b. Pejabat dilingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah;
  - c. Tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit;

(2).Kriteria. . . . .

- (2). Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu :
- a. Memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota pengelola rumah sakit, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah dihukum melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
  - c. Mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

**Bagian Kedua**  
**Pengangkatan dan Pemberhentian Dewan Pengawas**  
**Pasal 12**

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

**Bagian Ketiga**  
**Ketua dan Sekretaris Dewan Pengawas**  
**Pasal 13**

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usul Direktur Rumah Sakit;
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Bupati mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan atas usul Direktur Rumah Sakit;

(3)Tugas. . . . .

- (3) Tugas Ketua Dewan Pengawas adalah:
- a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
  - b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal ( *Hospital Bylaws/Statuta*) RSUD HAMBА melalui Rapat Dewan Pengawas;
  - c. bekerja sama dengan Pengelola Rumah Sakit untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas. Bilamana rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka Ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu; dan
  - d. melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada huruf c, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial;
- (5) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas atas beban Rumah Sakit.
- (6) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas, sedangkan Sekretaris Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

**Bagian Keempat**  
**Tugas Dewan Pengawas**  
**Pasal 14**

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitаn secara internal di rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas bertugas :
- a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
  - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
  - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
  - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
  - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
  - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
  - h. mengawasi Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) RSUD HAMBА sesuai ketentuan perundang-undangan.

Bagian Kelima. . . . .

**Bagian Kelima**  
**Kewajiban Dewan Pengawas**  
**Pasal 15**

- (1) Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban :
  - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Strategi Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola RSUD HAMBА;
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah RSUD HAMBА, memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah RSUD HAMBА;
  - c. memberi nasehat kepada Pejabat Pengelola RSUD HAMBА dalam melaksanakan pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
  - d. memberikan masukan, saran, atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja Badan Layanan Umum Daerah RSUD HAMBА kepada Pejabat Pengelola; dan
  - e. melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- (2) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e disampaikan sebagai berikut :
  - a. laporan semester pertama paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah periode semester berakhir; dan
  - b. laporan semester kedua (tahunan) paling lambat 40 (empat puluh) hari setelah tahun anggaran berakhir.
- (3) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya memuat :
  - a. penilaian terhadap Renstra, RBA dan pelaksanaannya;
  - b. penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan lainnya;
  - c. penilaian ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan;
  - d. permasalahan-permasalahan pengelolaan BLUD dan solusinya; dan
  - e. saran dan rekomendasi.
- (4) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, antara lain terkait dengan:

a.penurunan. . . . .

- a. penurunan kinerja BLUD;
  - b. pemberhentian pimpinan BLUD sebelum berakhirnya masa jabatan;
  - c. pergantian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas; dan
  - d. berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
- (5) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan ayat (4) ditandatangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas.

**Bagian Keenam**  
**Wewenang Dewan Pengawas**  
**Pasal 16**

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

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan RSUD HAMBА.
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal RSUD HAMBА dengan sepengetahuan Direktur RSUD HAMBА dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut.
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD HAMBА dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*).
- d. memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan rumah sakit.
- e. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di RSUD HAMBА terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal RSUD HAMBА (*Hospital Bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governace*);
- f. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal RSUD HAMBА (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) untuk ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten Batang Hari; dan
- g. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSUD HAMBА.

**Bagian Ketujuh. . . . .**

**Bagian Ketujuh**  
**TATA KERJA DEWAN PENGAWAS**  
**Paragraf 1**  
**Rapat Rutin**  
**Pasal 17**

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

**Paragraf 2**  
**Rapat khusus**  
**Pasal 18**

- (1) Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
  - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
  - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 2 (dua) orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

(4)Undangan. . . . .

- (4) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan, undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

**Paragraf 3**  
**Rapat Tahunan**  
**Pasal 19**

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

**Paragraf 4**  
**Undangan Rapat**  
**Pasal 20**

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

**Paragraf 5**  
**Peserta Rapat**  
**Pasal 21**

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

**Paragraf 6**  
**Pejabat Ketua**  
**Pasal 22**

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

**Paragraf 7. . . . .**

**Paragraf 7****Kuorum****Pasal 23**

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

**Paragraf 8****Risalah Rapat****Pasal 24**

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

**Paragraf 9****Pemungutan Suara****Pasal 25**

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

**Paragraf 10. . . . .**

### **Paragraf 10**

#### **Pembatalan Putusan Rapat**

##### **Pasal 26**

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak tanggal ditolaknya usulan.

### **Paragraf 11**

#### **Peran Terhadap Staf Medis Fungsional**

##### **Pasal 27**

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Staf Medis Fungsional (SMF) untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan Visi, Misi, Falsafah dan tujuan RSUD HAMBA.
- (2) Peran terhadap Staf Medis Fungsional (SMF) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus-menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam Organisasi Komite Medik Rumah Sakit melalui Subkomite kredensial, Subkomite Mutu Profesi dan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

## **BAB VI**

### **PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT**

#### **Bagian Kesatu**

##### **Pejabat Pengelola**

##### **Pasal 28**

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah seluruh pejabat struktural baik Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi maupun Kepala Subbagian pada Rumah Sakit yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada RSUD HAMBA.

(2)Pejabat. . . . .

- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (3) Direktur bertanggungjawab terhadap operasional rumah sakit kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (4) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (5) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Bupati.

**Bagian Kedua**  
**Tugas pokok pejabat pengelola**  
**Direktur**  
**Pasal 29**

- (1) Direktur mempunyai tugas pokok untuk memimpin pelaksanaan tugas pengelolaan RSUD HAMBBA sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direktur mempunyai tugas :
  - a. memimpin dan mengurus rumah sakit sesuai dengan tujuan rumah sakit yang telah ditetapkan;
  - b. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
  - c. mengkoordinasikan penyusunan rencana dan program kerja Rumah Sakit;
  - d. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas-tugas kepada bawahan;
  - e. mengevaluasi, mengendalikan dan membina pelaksanaan tugas bawahan;
  - f. memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
  - g. melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - h. menilai hasil kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - i. melaksanakan tugas kedinasan lain yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - j. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah
- (3) Direktur Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan rumah sakit yang dibantu oleh Kepala Bagian Tata Usaha.

(4)Evaluasi. . . . .

- (4) Evaluasi/penilaian kinerja Direktur dilakukan oleh Bupati paling sedikit 1 (satu) kali dalam setahun.
- (5) Direktur rumah sakit yang merupakan Pegawai Negeri Sipil menjadi pejabat pengguna anggaran/barang daerah.
- (6) Dalam hal Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (5) bukan berasal dari Pegawai Negeri Sipil pejabat keuangan rumah sakit wajib dari Pegawai Negeri Sipil yang merupakan pejabat pengguna anggaran/barang daerah.

**Bagian Ketiga**  
**Kepala Bagian Tata Usaha**  
**Pasal 30**

Kepala bagian Tata Usaha mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. menyusun rencana dan program kerja Rumah Sakit;
- b. merumuskan kebijakan umum Rumah Sakit serta menyelenggarakan administrasi berdasarkan kewenangan;
- c. mengkoordinasikan penyusunan rencana dan program kegiatan administrasi umum, keuangan, tata usaha dan rumah tangga, bina program, kepegawaian, pengembangan SDM dan kegiatan kehumasan;
- d. mengkoordinasikan penyusunan program kegiatan perencanaan strategis/ (Renstra) serta profil Rumah Sakit dan laporan tahunan Rumah Sakit;
- e. mengkoordinasikan penyusunan laporan pertanggungjawaban kinerja Rumah Sakit;
- f. mengkoordinasikan penyusunan Tata Kelola Rumah Sakit dan *Hospital bylaws*;
- g. menyusun rencana dan program kerja Bagian;
- h. mengkoordinasikan rencana dan program kerja bagian;
- i. mengkoordinasikan pada Kepala Subbagian;
- j. mengatur dan mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
- k. membimbing dan memberi petunjuk kepada Kepala Subbagian;
- l. melaksanakan penatausahaan urusan tata usaha dan kearsipan;
- m. melaksanakan urusan Rumah Tangga dan perlengkapannya;
- n. melaksanakan pengelolaan urusan kepegawaian serta penyelenggaraan Diklat;
- o. melaksanakan pengawasan terhadap kebersihan, kenyamanan dan keamanan kantor, laundry dan sanitasi Rumah Sakit;

q.melaksanakan. . . . .

- p. melaksanakan kegiatan protokoler;
- q. menghimpun dan mempelajari peraturan perundang-undangan, kebijakan teknis, pedoman dan petunjuk teknis serta melaksanakan penyelenggaraan kerjasama dan MOU dengan pihak pemerintah, swasta atau lembaga lainnya;
- r. melaksanakan pemeliharaan dan perbaikan terhadap sarana dan prasarana non medik;
- s. mengkoordinasikan instalasi terkait lainnya untuk pelaksanaan pemeliharaan sarana dan prasarana;
- t. melaksanakan sistem pengendalian intern;
- u. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggung jawabkan hasil kerja bawahan;
- v. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- w. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada direktur

**Paragraf 1**  
**Kepala Subbagian Umum**  
**Pasal 31**

Kepala Subbagian Umum mempunyai tugas :

- a. menyusun rencana dan program kerja Subbagian;
- b. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
- c. membimbing dan memberikan petunjuk kepada bawahan;
- d. menyusun standar prosedur operasional (SPO) dan rencana kebutuhan rumah tangga dan barang serta peralatan non medis;
- e. memelihara kenyamanan, keamanan, ketertiban, kebersihan kantor, sanitasi rumah sakit serta laundry;
- f. menyelenggarakan urusan tata usaha/surat menyurat, kearsipan dan keprotokolan, rumah tangga dan perlengkapannya;
- g. melaksanakan pengendalian naskah dinas yang masuk dan keluar rumah sakit;
- h. melakukan pengendalian dan pengawasan konsumsi;
- i. menghimpun dan mempelajari peraturan perundang-undangan, kebijakan teknis, pedoman dan petunjuk teknis serta melaksanakan penyelenggaraan kerjasama dan MOU dengan pihak pemerintah, swasta atau lembaga lainnya;
- j. menyusun dan meneliti rancangan produk hukum;
- k. mengkoordinasikan instalasi sarana dan prasarana khususnya mengenai pengadaan dan pemeliharaan alat-alat non medis;
- l. melaksanakan sistem pengendalian intern;

m.menilai. . . . .

- m. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggung jawabkan hasil kerja bawahan;
- n. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- o. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bagian Tata Usaha

**Paragraf 2**  
**Kepala Subbagian Kepegawaian**  
**Pasal 32**

Kepala Subbagian Kepegawaian mempunyai tugas :

- a. menyusun standar prosedur operasional (SPO) tentang administrasi kepegawaian dan rencana program kerja Subbagian;
- b. mengatur mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
- c. membimbing dan memberikan petunjuk kepada bawahan;
- d. membuat buku penjaminan pegawai;
- e. mengadakan koordinasi dengan unit terkait dalam rangka perencanaan diklat pegawai;
- f. mengkoordinasikan dengan instansi terkait untuk penyelenggaraan dan pelaksanaan diklat pegawai;
- g. menyiapkan bahan usul kepangkatan, pembinaan, pemberhentian, mutasi, kenaikan pangkat, kenaikan gaji berkala, kartu pegawai, jaminan kesehatan, taspen;
- h. membuat konsep usul pengangkatan, pemindahan, pemberhentian, mutasi, kenaikan pangkat termasuk kenaikan pangkat melalui angka kredit jabatan fungsional, gaji berkala, cuti, penghargaan dan usul lainnya;
- i. melakukan analisis jabatan pegawai;
- j. membuat rekapitulasi absensi pegawai;
- k. membuat, menghimpun dan memelihara daftar urut kepangkatan (DUK);
- l. menyiapkan blanko-blanko kepegawaian;
- m. menyiapkan rekapitulasi prosedur kepegawaian secara periodik;
- n. menata dan menyimpan berkas kepegawaian;
- o. menyelenggarakan kegiatan upacara bendera baik kedinasan maupun kenegaraan atau nasional;
- p. melaksanakan sistem pengendalian intern;
- q. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan

r.melaksanakan. . . . .

- r. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- s. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bagian Tata Usaha

**Paragraf 3**  
**Kepala Subbagian Rekam Medik dan Pelaporan**  
**Pasal 33**

Kepala Subbagian Rekam Medik Dan Pelaporan mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. menyiapkan bahan-bahan/materi perangkat Peraturan Perundang-undangan yang berhubungan dengan tugas dan mempelajarinya ;
- b. melaksanakan koordinasi rencana kebutuhan pelayanan medis pada instansi rawat inap, rawat jalan, darurat, perawatan intensif, bedah sentral dan rehabilitasi medis ;
- c. menghimpun, mengelola dan bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan tertib administrasi data/jenis penyakit ;
- d. menghimpun, mengelola dan bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan tertib administrasi BOR, LOS, TOI, NDR, GDR dan jenis penyakit serta perkembangan data tempat tidur ;
- e. melaksanakan pemantauan dan pengawasan terhadap penerimaan dan pemulangan pasien ;
- f. memantau dan mengawasi terhadap kegiatan pelayanan medis ;
- g. menghimpun, mengelola dan bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan tertib peraturan dibidang Rekam Medik ;
- h. meneliti hasil data harian pasien dengan membaca dan mencermati kebenaran datanya ;
- i. menelitian terhadap konsep laporan mobilitas rawat jalan dan rawat inap pasien ;
- j. menelitian terhadap konsep laporan mingguan DHF (Dengue Heneragic Fever), DSS (Dengue Schoc Syndrome) dan penyakit menular lainnya ;
- k. membuat Laporan Bulanan, Triwulan dan Laporan Tahunan Rawat Jalan dan Rawat Inap;
- l. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh atasan dibidang tugasnya.

**Bagian Ketiga. . . . .**

**Bagian Ketiga**  
**Kepala Bidang Pelayanan**  
**Pasal 34**

Kepala Bidang Pelayanan mempunyai tugas :

- a. menyusun rencana dan program kerja bidang;
- b. mengkoordinasikan rencana dan program kerja bidang;
- c. mengkoordinasikan para Kepala Seksi;
- d. memberi petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
- e. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
- f. melaksanakan penerapan mekanisme pengaturan dan pengelolaan kegiatan pelayanan medik;
- g. menyusun rencana kebutuhan sumber daya berupa sarana prasarana, tenaga, peralatan medis dan kebutuhan lainnya;
- h. mengkoordinasikan pelaksanaan pelayanan medik di instalasi terkait;
- i. mengkoordinasikan penyusunan dan mengawasi pelaksanaan *Medical Staff By Laws*;
- j. mengkoordinasikan instalasi terkait lainnya untuk memberikan informasi/ penjelasan dan meminta persetujuan (*informed consent*) atas tindakan medis yang dilaksanakan;
- k. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahannya;
- l. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- m. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur.

**Paragraf 1**  
**Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Penunjang Medis**  
**Pasal 35**

Kepala Seksi Pelayanan Medis Dan Penunjang Medis mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. menyiapkan dan mempelajari bahan-bahan/materi serta perangkat Peraturan Perundang-Undangan yang berhubungan dengan bidang tugasnya ;
- b. melaksanakan koordinasi dengan Instalasi Radiologi, Laboratorium, Farmasi, Gizi dan Instalasi Penunjang Medis lainnya dalam rangka pemberian pelayanan medis ;
- c. melaksanakan pemantauan dan pengawasan pelayanan medik dan penunjang medik ;
- d. melaksanakan koordinasi dibidang pelayanan medik dan penunjang medik ;
- e. mengevaluasi . . . . .

- e. mengevaluasi dan membuat laporan realisasi pelaksanaan tugas dibidang pelayanan medis dan penunjang medis dan menyampaikannya kepada Kepala Bidang Pelayanan ;
- f. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh atasan.

**Paragraf 2**  
**Kepala Seksi Penggunaan Fasilitas Penunjang Medis**  
**Pasal 36**

Kepala Seksi Penggunaan Fasilitas Penunjang Medis mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. menyiapkan bahan-bahan/materi perangkat Peraturan Perundang-undangan yang berhubungan dengan bidang tugasnya dan mempelajarinya ;
- b. melaksanakan koordinasi rencana kebutuhan penunjang medis pada Instansi Radiologi, Laboratorium, Farmasi, Gizi dan Instalasi Penunjang Medis lainnya;
- c. melaksanakan pemantauan dan pengawasan penggunaan fasilitas penunjang medis ;
- d. melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap penggunaan fasilitas penunjang medis dalam pemberian pelayanan kepada pasien ;
- e. melaksanakan koordinasi dibidang tugasnya dengan unit kerja dilingkungan Rumah Sakit Umum Daerah ;
- f. mengevaluasi dan membuat laporan realisasi pelaksanaan tugas dibidang penggunaan fasilitas penunjang medis dan menyampaikannya kepada Kepala Bidang Pelayanan ;
- g. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh atasan.

**Bagian Keempat**  
**Bidang Keperawatan**  
**Pasal 37**

Kepala Bidang Keperawatan mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. menyusun rencana dan program kerja bidang;
- b. mengkoordinasikan rencana dan program kerja bidang;
- c. memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
- d. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
- e. mengkoordinasikan pengaturan kegiatan pelayanan perawatan di seluruh instalasi terkait;

f.mengkoordinasikan. . . . .

- f. mengkoordinasikan rencana pelaksanaan dan evaluasi dan asuhan pelayanan keperawatan di instalasi rumah sakit;
- g. mengadakan pemantauan, pengawasan, evaluasi dan mutu pelayanan asuhan keperawatan sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan;
- h. menyusun rencana kebutuhan sumber daya berupa sarana prasarana, tenaga, peralatan keperawatan dan bahan kebutuhan lainnya;
- i. menyiapkan, mengatur dan melakukan pengawasan serta evaluasi kebutuhan peralatan/logistik pelayanan dan asuhan keperawatan;
- j. melaksanakan penerapan mekanisme pengaturan dan pengelolaan kegiatan pelayanan keperawatan;
- k. menyusun dan menerapkan pelaksanaan standar prosedur operasional (SPO) dan ijin kerja tenaga perawat;
- l. mengevaluasi kegiatan hasil kerja dan laporan untuk bahan perencanaan berikutnya;
- m. melaksanakan sistem pengendalian intern;
- n. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
- o. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- p. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur.

### **Paragraf 1**

### **Kepala Seksi Asuhan Keperawatan dan Diklat**

#### **Pasal 38**

Kepala Seksi Asuhan Keperawatan dan Diklat mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. menyiapkan bahan-bahan/materi dan perangkat Peraturan Perundang-Undangan yang berhubungan dengan bidang tugasnya serta mempelajarinya ;
- b. menghimpun, pengelola dan mempertanggungjawabkan terhadap penyelenggaraan asuhan keperawatan dan rencana kegiatan Diklat Keperawatan ;
- c. menginventarisasi data tenaga keperawatan sebagai pengembangan SDM tenaga keperawatan ;
- d. membuat usulan program pelatihan bagi tenaga keperawatan dilingkungan Rumah Sakit;
- e. melaksanakan pembinaan dan orientasi terhadap tenaga perawat yang baru ;
- f. menerima utusan mahasiswa/mahasiswi Akademi Keperawatan yang akan praktek kerja lapangan di RSUD HAMBANDA dan membantu kelancaran kegiatan praktek ;

g.menyusun. . . . .

- g. menyusun rencana kerja Seksi Asuhan Keperawatan dan Diklat untuk menunjang kelancaran pelaksanaan tugas ;
- h. membuat jadwal mahasiswa/mahasiswi yang praktek di RSUD HAMBANG;
- i. mengkoordinasikan kegiatan pendidikan dan pelatihan yang akan dilaksanakan dengan seksi lain ;
- j. melaksanakan evaluasi dan pembuatan laporan realisasi tugas kepada Kepala Bidang Keperawatan ;
- k. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh atasan.

## **Paragraf 2**

### **Kepala Seksi Etika dan Mutu Keperawatan**

#### **Pasal 39**

Kepala Seksi etika dan Mutu Keperawatan mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. menyusun rencana dan program kerja seksi;
- b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
- c. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
- d. melaksanakan koordinasi dalam penyusunan pedoman pelaksanaan penerapan dan pengendalian mutu pelayanan asuhan keperawatan pengembangan profesi dan etika keperawatan;
- e. merencanakan program pendidikan dan pengembangan profesi keperawatan;
- f. melaksanakan pengembangan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan;
- g. memantau, membimbing dan menilai pelaksanaan pelayanan dan asuhan keperawatan;
- h. melaksanakan orientasi serta uji kompetensi bagi tenaga baru maupun tenaga pindahan;
- i. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggung jawabkan hasil kerja bawahan;
- j. melaksanakan sistem pengendalian intern;
- k. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- l. melaporkan hasil pelaksanaan tugas baik secara lisan maupun tertulis kepada Kepala Bidang.

**Bagian Kelima . . . . .**

**Bagian Kelima**  
**Bagian Keuangan dan Program**  
**Pasal 40**

Kepala Bagian Keuangan dan Program mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. menyusun rencana dan program kerja bagian;
- b. mengkoordinasikan rencana dan program kerja bagian;
- c. mengkoordinasikan para Kepala Subbagian;
- d. menyusun rencana strategis rumah sakit (Renstra), menyusun rencana Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA)/Rencana Biaya dan Anggaran (RBA), rencana program dan kegiatan;
- e. menyusun rencana pengadaan peralatan dan fasilitas pelayanan rumah sakit;
- f. pengolahan data dan menyusun laporan tahunan, profil rumah sakit serta pertanggungjawaban kinerja rumah sakit/Laporan Kinerja Rumah Sakit (LAKIP) dan Laporan Kinerja BLUD;
- g. mengatur mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
- h. melakukan koordinasi untuk pengembangan rumah sakit antara lain, penelitian, BLUD dan jenis pelayanan rumah sakit, SIM rumah sakit;
- i. melakukan koordinasi untuk pengembangan mutu rumah sakit antara lain, akreditasi, ISO, Citra Pelayanan Prima dan yang lainnya;
- j. melakukan promosi, pemasaran sosial pelayanan, penanganan pengaduan/komplain, publikasi rumah sakit dan kegiatan kehumasan;
- k. membimbing dan memberi petunjuk kepada Kepala Seksi dan bawahan;
- l. mengevaluasi kegiatan hasil kerja dan laporan untuk bahan perencanaan berikutnya;
- m. mengkoordinasikan instalasi terkait lainnya untuk pelaksanaan rekam medik;
- n. melaksanakan sistem pengendalian intern;
- o. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggung jawabkan hasil kerja bawahan;
- p. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- q. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur.

**Paragraf 1. . . . .**

**Paragraf 1**  
**Kepala Seksi Perencanaan**  
**Pasal 41**

Kepala Seksi Perencanaan dan Pengembangan Rumah Sakit mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. menyusun rencana dan program kerja seksi;
- b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
- c. menyusun dan menyiapkan standar prosedur operasional (SPO) tentang perencanaan dan pengembangan Rumah Sakit antara lain, penelitian, BLUD dan jenis pelayanan rumah sakit;
- d. menyusun rencana program, rencana strategis rumah sakit dan RBA (Rencana Biaya Anggaran);
- e. menyusun penetapan kinerja rumah sakit;
- f. menyusun rencana pengadaan peralatan dan fasilitas pelayanan rumah sakit;
- g. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
- h. mengatur pelaksanaan kegiatan perencanaan, penelitian dan pengembangan rumah sakit;
- i. menyusun dan merencanakan pengembangan mutu rumah sakit antara lain akreditasi, ISO, IKM (Indek Kepuasan Masyarakat), Citra Pelayanan Prima;
- j. melaksanakan sistem pengendalian intern;
- k. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggung jawabkan hasil kerja bawahan;
- l. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- m. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bidang.

**Paragraf 2**  
**Kepala Seksi Perbendaharaan dan Verifikasi**  
**Pasal 42**

Kepala seksi Perbendaharaan dan Verifikasi mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. menyiapkan sekaligus mempelajari bahan-bahan/materi dan perangkat Peraturan Perundang-undangan yang berhubungan dengan bidang tugasnya;
- b. menghimpun, mengelolakan dan bertanggungjawab terhadap pelaksanaan administrasi keuangan ;
- c. melaksanakan penatausahaan keuangan pada rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku;

e.membuat. . . . .

- d. membuat laporan realisasi pendapatan dan belanja serta pengelolaan administrasi sebagai bahan pengukuran pencapaian kinerja ;
- e. melaksanakan evaluasi dan pembuatan laporan realisasi kegiatan dibidang tugasnya kepada Kepala Bidang Keuangan dan Program ;
- f. mengawasi dan memantau terhadap penggunaan keuangan sesuai dengan ketentuan yang berlaku ;
- g. mengevaluasi terhadap surat-surat pertanggungjawaban pengelolaan keuangan pada rumah sakit.
- h. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh atasan.

**Bagian Keenam**  
**Wewenang Direktur**  
**Pasal 43**

Direktur mempunyai wewenang untuk :

- a. memimpin dan mengelola Rumah Sakit sesuai dengan tujuan RSUD HAMBА dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. menggunakan, memelihara dan mengelola aset Rumah Sakit;
- c. mewakili Rumah Sakit baik di dalam dan di luar Pengadilan;
- d. menetapkan kebijakan anggaran modal dan operasional rumah sakit;
- e. menetapkan Kebijakan dan prosedur, menyetujui pendidikan, penelitian dan pengembangan para profesional dibidang kesehatan;
- f. pengembangan usaha dalam mengelola RSUD HAMBА sebagaimana yang telah digariskan oleh Pemerintah Kabupaten Batang Hari ;
- g. menyiapkan Rencana Jangka Panjang dan Rencana Bisnis dan Anggaran RSUD HAMBА Kabupaten Batanghari;
- h. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi RSUD HAMBА Kabupaten Batanghari sesuai dengan kelaziman yang berlaku bagi Rumah Sakit.
- i. mengusulkan Organisasi dan Tata Kerja RSUD HAMBА lengkap dengan susunan jabatan dan rincian tugasnya untuk disetujui oleh Bupati;
- j. menyetujui kebijakan dan prosedur serta menyetujui pendidikan para profesional kesehatan dan penelitian;
- k. mengangkat dan memberhentikan tenaga honorer dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- l. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban tenaga honorer dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan

m.menyiapkan. . . . .

- m. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala.

**Bagian Ketujuh**  
**Persyaratan Direktur**  
**Pasal 44**

- (1) Syarat-syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah sebagai berikut :
- a. seorang Dokter yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman dibidang perumahsakititan;
  - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
  - c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
  - d. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit; dan
  - e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Pegawai Negeri Sipil.

**BAB VII**  
**SATUAN PEMERIKSA INTERNAL (SPI)**  
**Pasal 45**

- (1) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD HAMBDA;
- (2) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah :
- a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi rumah sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
  - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan rumah sakit;
  - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai 33truct pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :
    - 1) informasi penting rumah sakit terjamin keamanannnya;

2.fungsi. . . . .

- 2) fungsi 34tructural34 rumah sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif;
- 3) penyajian laporan-laporan rumah sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan;
- d. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur;
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (3), Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berfungsi sebagai unit monitoring yang bersifat independent untuk :
  - a. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
  - b. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
  - c. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan rumah sakit;
- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan (4) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur;
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

## **BAB VIII**

### **KOMITE-KOMITE**

#### **Pasal 46**

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien maka perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), farmasi dan terapi serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Pembentukan komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Etik dan Hukum;
  - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
  - e. Komite Farmasi dan Terapi; dan

f. Komite. . . . .

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

**Bagian Kesatu  
KOMITE MEDIK**

**Paragraf 1  
Pengorganisasian Komite Medik  
Pasal 47**

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

**Paragraf 2  
Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik**

**Pasal 48**

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

**Paragraf 3  
Pemilihan Komite Medik  
Pasal 49**

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit;
- (2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua-ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di rumah sakit.

**Paragraf 3. . . . .**

**Paragraf 3**  
**Tugas dan Fungsi Komite Medik**  
**Pasal 50**

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD HAMBBA;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    1. kompetensi;
    2. kesehatan fisik dan mental;
    3. perilaku;
    4. etika profesi.
  - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
  - e. penilaian dan keputusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;
  - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
  - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
  - a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik rumah sakit; dan
  - d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.

(4) Dalam. . . . .

- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran.
  - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.
  - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di rumah sakit; dan
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

**Paragraf 4**  
**Wewenang Komite Medik**  
**Pasal 51**

Komite medik mempunyai wewenang sebagai berikut :

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

**Paragraf 5**  
**Sub Komite**  
**Pasal 52**

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi;
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

**Paragraf 6**  
**Sub Komite Kredensial**  
**Pasal 53**

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

**Paragraf 7. . . . .**

**Paragraf 7**  
**Organisasian Sub Komite Kredensial**  
**Pasal 54**

- (1) Susunan Organisasi Sub Komite Kredensial terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- (3) Sub Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur Rumah Sakit.
- (4) Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan.
- (5) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik menerbitkan rekomendasi kepada RSUD HAMBА tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (6) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

**Paragraf 8**  
**Tata Kerja Sub Komite Kredensial**  
**Pasal 55**

- (1) Staf medis mengajukan permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur Rumah Sakit dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Komite Medik.
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (4) Pengkajian 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. afektif;
    4. psikomotor;

b.kompetensi. . . . .

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

### **Paragraf 9**

#### **Sub Komite Mutu Profesi**

#### **Pasal 56**

Untuk menjaga mutu profesi para staf medis, Komite Medik mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis melalui Sub Komite Mutu Profesi.

**Paragraf 10. . . . .**

**Paragraf 10**  
**Organisasi Sub Komite Mutu Profesi**  
**Pasal 57**

Susunan Organisasi Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari :

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

**Paragraf 11**  
**Tata Kerja Sub Komite Mutu Profesi**  
**Pasal 58**

- (1) Tata kerja sub komite mutu profesi dalam pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu :
  - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
  - b. sebagai dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis/ *Clinical Privilege* sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis/ *Clinical Privilege*;
  - d. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis Seorang staf medis
- (2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis terdiri dari :
  - a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
  - b. penetapan standar dan kriteria;
  - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
  - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
  - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
  - f. menerapkan perbaikan; dan
  - g. rencana reaudit.
- (3) Subkomite Mutu Profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis terdiri dari :
  - a. menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
  - b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit maupun kasus langka;

c.setiap. . . . .

- c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
  - d. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip Sub Komite Mutu Profesi;
  - e. sub Komite Mutu Profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Sub Komite Mutu Profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
  - f. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Sub Komite Mutu Profesi pertahun;
  - g. sub Komite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
  - h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
  - i. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Manajemen.
- (4) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan :
- a. menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis;
  - b. komite medik berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

**Paragraf 12**  
**Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi**  
**Pasal 59**

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

**Paragraf 13. . . . .**

**Paragraf 13**  
**Organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi**  
**Pasal 60**

Susunan organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

**Paragraf 14**  
**Tata Kerja Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi**  
**Pasal 61**

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan :
  - a. peraturan internal rumah sakit;
  - b. peraturan internal staf medis;
  - c. etika rumah sakit; dan
  - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika;
- (2) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu:
  - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - b. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar Kewenangan Klinis di rumah sakit;
  - d. kode etik kedokteran Indonesia;
  - e. pedoman perilaku profesional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
  - f. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
  - g. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
  - h. standar prosedur operasional asuhan medis.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (4) Panel terdiri dari 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :
  - a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
  - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur RSUD HAMBATA atau Direktur Rumah Sakit terlapor.

(5) Mekanisme . . . . .

(5) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut:

a. sumber laporan:

1. perorangan:

- 1) manajemen rumah sakit;
- 2) staf medis lain;
- 3) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
- 4) pasien atau keluarga pasien;

2. non perorangan:

- 1) hasil konferensi kematian;
- 2) hasil konferensi klinis;

b. dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain:

1. kompetensi klinis;
2. penatalaksanaan kasus medis;
3. pelanggaran disiplin profesi;
4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit;
5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien;

c. pemeriksaan:

1. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
2. melalui proses pembuktian;
3. dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik;
4. terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia;

d. keputusan:

Keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur RSUD HAMBА melalui Komite Medik.

e.rekomendasi . . . . .

- e. rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi di rumah sakit berupa:
1. peringatan tertulis;
  2. limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
  3. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
  4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.
- f. pelaksanaan Keputusan:
- Keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur RSUD HAMBANA oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.
- (5) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran.
- (6) Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau komite medik
- (7) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

**Pargraf 15**  
**Rapat Komite Medik**  
**Pasal 62**

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
- a. rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan staf medis yang diselenggarakan setiap 1(satu) bulan sekali;
  - b. rapat koordinasi dengan pejabat pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
  - c. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya *urgent*; dan
  - d. Rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahunan.
- (2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris apabila ketua tidak dapat hadir;
- (3) Rapat Rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum;

(4)Setiap. . . . .

- (4) Setiap Rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik;
- (5) Keputusan rapat komite medik didasarkan atas suara terbanyak;
- (6) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang;
- (7) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir;
- (8) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat;
- (9) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (8) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

**Paragraf 16**  
**Rapat Khusus**  
**Pasal 63**

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

**Paragraf 17 . . . . .**

**Paragraf 17**  
**Rapat Tahunan**  
**Pasal 64**

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

**Bagian Kedua**  
**KOMITE KEPERAWATAN**

**Paragraf 1**  
**Organisasi Komite Keperawatan**  
**Pasal 65**

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan;

**Paragraf 2**  
**Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan**  
**Pasal 66**

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur RSUD HAMBAA;
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite;
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan terbagi kedalam Subkomite.

**Paragraf 3**  
**Pemilihan Pengurus Komite Keperawatan**  
**Pasal 67**

- (1) Ketua Komite Organisasi Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD HAMBAA;

(2) Sekretaris. . . . .

- (2) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD HAMBDA.

#### **Paragraf 4**

#### **Tugas dan Fungsi Komite Keperawatan**

#### **Pasal 68**

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur Rumah Sakit dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan;
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi :
- a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
  - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
  - c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;
  - d. penggalian inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
  - e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki;
  - f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

#### **Paragraf 5**

#### **Wewenang Komite Keperawatan**

#### **Pasal 69**

Komite keperawatan mempunyai wewenang sbagai berikut :

- (1) Membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (Panitia Ad Hoc) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan;
- (2) Mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
- (3) Mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- (4) Membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir;
- (5) Memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

**Paragraf 6 .....**

**Paragraf 6**  
**Sub Komite**  
**Pasal 70**

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur RSUD HAMBBA berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.

**Paragraf 7**  
**Sub Komite Kredensial**  
**Pasal 71**

- (1) Sub Komite Kredensial mempunyai tugas :
  - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
  - b. menyusun buku putih;
  - c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
  - d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
  - e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
  - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun;
  - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya *team ad hoc*, kepada Ketua Komite Keperawatan.

**Paragraf 8 Pasal 65**  
**Sub Komite Mutu Profesi**  
**Pasal 72**

- (1) Sub Komite Mutu Profesi mempunyai tugas sebagai berikut :
  - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit asuhan keperawatan;
  - d. memfasilitasi .....

- d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya *team add hoc* kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

**Paragraf 9**  
**Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi**  
**Pasal 73**

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mempunyai tugas sebagai berikut :
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
  - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
  - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis;
  - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan membentuk *team ad hoc* baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja *team ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

**Paragraf 10**  
**Rapat**  
**Pasal 74**

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari:
- a. Rapat Kerja :
    - 1. rapat Kerja Keperawatan dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
    - 2. rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan;
    - 3. sub komite .....

3. sub komite, kasi keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan;
  4. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.
- b. Rapat Rutin :
1. rapat rutin keperawatan dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali diikuti oleh Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota Komite Keperawatan;
  2. agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah Keperawatan;
  3. rapat rutin Keperawatan dipimpin oleh Kepala Bidang Keperawatan atau Ketua Komite Keperawatan.
- c. Rapat Pleno :
1. rapat pleno keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
  2. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan Kasi Keperawatan;
  3. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.
- d. Sidang Tahunan
1. Sidang tahunan Keperawatan diadakan satu kali dalam setahun;
  2. sidang Tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Kasi Keperawatan, Panitia-Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan;
  3. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu;
  4. keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 peserta yang hadir.

**Bagian Ketiga**  
**Komite Etik dan Hukum**  
**Pasal 75**

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk guna membantu Direktur untuk mensosialisasikan kewajiban rumah sakit kepada semua unsur yang ada di rumah sakit meliputi kewajiban umum rumah sakit, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap staf, menyelesaikan masalah medikolegal dan etika rumah sakit serta melakukan koordinasi dengan Bagian Hukum dan

HAM .....

HAM Sekretariat Daerah Kabupaten Batanghari dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemerintah Daerah Kabupaten Batanghari dalam menyelesaikan masalah medikolegal;

- (2) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD HAMBA;
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bagian dan bidang.
- (4) Dalam melaksanakan tugas Komite Etik dan Hukum berfungsi :
  - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi *medikoetikolegal*, baik internal maupun eksternal RSUD HAMBA;
  - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di RSUD HAMBA;
  - c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di RSUD HAMBA;
- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (4) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi;
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

**Bagian Keempat**  
**Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)**  
**Pasal 76**

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ( PPI ) dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai tugas:
  - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
  - b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit;
  - c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi (PPI) Rumah Sakit;
  - d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
  - e. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - f. melaksanakan .....

- f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa rumah sakit; dan
  - h. menerima laporan atas kegiatan tim PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktur;
- (3) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bagian dan Kepala Bidang

### **Bagian Kelima**

### **Komite Farmasi dan Terapi**

#### **Pasal 77**

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas sebagai berikut:
- a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
  - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
  - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
  - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam rumah sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
  - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
  - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus; dan
  - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur
- (4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang.

**BAB IX.....**

**BAB IX**  
**STAF MEDIS FUNGSIONAL (SMF)**

**Pasal 78**

- (1) Staf Medis Fungsional adalah kelompok dokter yang bekerja dibidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Staf Medis Fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

**BAB X**  
**INSTALASI**  
**Pasal 79**

- (1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) RSUD HAMBBA membentuk Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
  - a. instalasi rawat jalan;
  - b. instalasi rawat inap dan bedah;
  - c. instalasi gawat darurat; dan
  - d. instalasi farmasi.
- (3) Setiap penyusunan dan tata kerja instalasi rumah sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.
- (4) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Setiap Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi.
- (6) Kepala Instalasi dalam menjalankan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional/ tenaga non fungsional.
- (7) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan
- (8) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

**BAB XI .....**

**BAB XI**  
**KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL**  
**Pasal 80**

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

**BAB XII**  
**KOMITE PENJAMIN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (UPMKP)**

**Bagian Kesatu**  
**Organisasi dan Keanggotaan**  
**Pasal 81**

- (1) Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) dibentuk oleh Direktur;
- (2) Susunan Organisasi Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) terdiri dari :
  - a. ketua UPMKP
  - b. koordinator terdiri dari :
    1. koordinator mutu klinik;
    2. koordinator mutu manajemen; dan
    3. koordinator keselamatan pasien.
- (3) Masa tugas Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) pada RSUD HAMBBA adalah selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Dalam pelaksanaan tugas Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) pada RSUD HAMBBA bertanggungjawab kepada Direktur.

**Bagian Kedua.....**

**Bagian Kedua Pasal 74**  
**Tugas Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP)**  
**Pasal 82**

- (1) Ketua Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) mempunyai tugas sebagai berikut :
- a. menyusun kebijakan dan strategi dan membuat program Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
  - b. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
  - c. mengevaluasi terhadap implementasi standar Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan dan administrasi, program penjamin mutu serta menjalankan peran dan melakukan motivator, edukator, konsultasi, monitoring, evaluasi implementasi program keselamatan pasien rumah sakit;
  - d. menyusun dan mensosialisasikan laporan hasil pencapaian program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
  - e. menyusun jadwal besar kegiatan akreditasi nasional dan internasional;
  - f. memfasilitasi kegiatan terkait penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
  - g. melakukan koordinasi Kepada Bagian/Bidang/Komite/Unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus pada pasien dan manajemen;
  - h. bersama-sama dengan bagian diklat rumah sakit melakukan pelatihan internal mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
  - i. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik dan manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
  - j. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam RCA(*Root Cause Analysis*) dan FMEA (*Failure Mode Effect Analysis*) ;
  - k. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKPRS PERSI;
  - l. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait:
    - 1) Kondisi Potensial Cedera (KPC),
    - 2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC),
    - 3) Kejadian Tidak Cedera (KTC),
    - 4) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan
    - 5) Kejadian Sentinel;

(2) Koordinator.....

- (2) Koordinator Mutu Klinik mempunyai tugas sebagai berikut :
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Klinik;
  - b. mengevaluasi implementasi Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan;
  - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu klinik;
  - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu klinik;
  - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator mutu klinik;
  - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian indikator mutu klinik;
  - g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal atau eksternal rumah sakit;
  - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
  - i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
  - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (3) Koordinator Mutu Manajemen mempunyai tugas sebagai berikut :
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Manajemen;
  - b. mengevaluasi implementasi Standar Prosedur Operasional (SPO) administrasi dan sumber daya;
  - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu manajemen;
  - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu manajemen;
  - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator manajemen;
  - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen;
  - g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
  - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
  - i. mengkoordinasikan .....

- i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali;
  - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (4) Koordinator Keselamatan Pasien mempunyai tugas sebagai berikut :
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
  - b. melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
  - c. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKKRS PERSI;
  - d. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
  - e. secara berkala membuat laporan kegiatan ke pimpinan rutin

**BAB XIII**  
**TATA KERJA**  
**Pasal 83**

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

**BAB XIV .....**

**BAB XIV**  
**PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA**

**Bagian Kesatu**  
**Tujuan Pengelolaan**  
**Pasal 84**

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

**Bagian Kedua**  
**Pengangkatan Pegawai**  
**Pasal 85**

- (1) Pegawai RSUD HAMBА dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan pegawai RSUD HAMBА yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai RSUD HAMBА yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**Bagian Ketiga**  
**Perpindahan Pegawai**  
**Pasal 86**

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

**Bagian Keempat.....**

**Bagian Keempat  
Pemberhentian Pegawai  
Pasal 87**

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian Pegawai Negeri Sipil.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
  - a. meninggal dunia;
  - b. atas permintaan sendiri;
  - c. mencapai batas usia 58 tahun;
  - d. perampingan organisasi Rumah Sakit;
  - e. tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban pegawai Non PNS; dan
  - f. tidak tersedia anggaran

**BAB XV**

**PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK  
(MEDICAL STAFF BYLAWS)**

**Bagian Kesatu**

**Maksud dan Tujuan**

**Pasal 88**

- (1) Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Medis adalah agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- (2) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medik meliputi:
  - a. tercapainya kerjasama yang baik antara staf medik dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili diantara staf medis dengan Direktur Rumah Sakit;
  - b. tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
  - c. terciptanya tanggung jawab staf medik terhadap mutu pelayanan medis di Rumah Sakit;

d. untuk .....

- d. untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik yang dilandasi semangat bahwa hanya staf medik yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

## **Bagian Kedua**

### **Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)**

#### **Paragraf 1**

### **Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)**

#### **Pasal 89**

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur RSUD HAMBAA
- (2) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur RSUD HAMBAA atas rekomendasi Komite Medik melalui Subkomite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota SMF.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota SMF untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) adalah Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur RSUD HAMBAA berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit. asal dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di RSUD HAMBAA kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Subkomite Kredensial Komite Medik.

#### **Paragraf 2**

### **Proses Penilaian Kewenangan Klinis**

#### **Pasal 90**

Proses penilaian kewenangan klinis mempunyai Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis:

a. pendidikan:

1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi;
2. menyelesaikan program pendidikan kedokteran.

b. Perizinan .....

- b. perizinan (lisensi):
  1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
  2. memiliki ijin praktek dari Dinas Kesehatan yang masih berlaku.
- c. kegiatan penjagaan mutu profesi:
  1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya;
  2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. kualifikasi personal:
  1. riwayat disiplin dan etik profesi;
  2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
  3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
  4. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;
  5. memiliki asuransi proteksi profesi.
- e. pengalaman dibidang keprofesian:
  1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
  2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

## **Pargaraf 2**

### **Pembatasan Kewenangan Klinis**

#### **Pasal 91**

- (1) Komite Medik bila memandang perlu dapat memberi rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit agar Kewenangan Klinis anggota SMF dibatasi berdasarkan atas usulan dari Subkomite Kredensial;
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota SMF tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di RSUD HAMBANA dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum;
  - (2) Subkomite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota SMF setelah terlebih dahulu:
    - a. ketua SMF mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
    - b. Komite Medik.....

- b. Komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Subkomite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota SMF yang bersangkutan;
- c. subkomite Kredensial berhak memanggil anggota SMF yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran / penyimpangan yang telah dilakukan;
- d. subkomite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

**Paragraf 4**  
**Pencabutan Kewenangan Klinis**  
**Pasal 92**

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan Oleh Direktur RSUD HAMBА atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila:
  - a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - b. adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi;
  - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

**Pasal 85**  
**Pengakhiran Kewenangan Klinis**

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur RSUD HAMBА atas rekomendasi Komite Medik berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (SPK) habis masa berlakunya.

**BAB XVII**  
**PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)**

**Pasal 94**

- (1) Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan Klinis (SPK) dari Direktur RSUD HAMBА berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap staf medis yang direkomendasikan Komite Medik.
- (2) Tanpa Surat Penugasan Klinis (SPK) maka seorang staf medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (*member*) staf medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di RSUD HAMBА.

**BAB XVIII.....**

**BAB XVIII**  
**PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS**

**Pasal 95**

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan aturan-aturan profesi bagi staf medis secara tersendiri diluar Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*).
- (2) Aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain:
  - a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
  - b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai;
  - c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

**BAB XIX**  
**TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERATURAN**  
**INTERNAL STAF MEDIS**  
**Pasal 96**

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf Bylaws*) dapat dilakukan berdasarkan adanya perubahan peraturan perundang-undangan yang mendasarinya;
- (2) Waktu perubahan peraturan internal staf medis ini dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun;
- (3) Perubahan dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medik RSUD HAMBAA;
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis dan staf manajemen terkait melalui lokakarya dan terakhir disahkan oleh Direktur RSUD HAMBAA.

**BAB XX**  
**KERAHASIAN INFORMASI MEDIS**  
**Bagian Kesatu**  
**Kerahasiaan Pasien**

**Pasal 97**

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien;
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur/Kepala Bidang Pelayanan Medis.

**Bagian Kedua .....**

**Bagian Kedua****Informasi Medis  
Pasal 98**

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

**Bagian Ketiga****Hak dan Kewajiban Pasien  
Pasal 91**

- (1) Hak pasien meliputi :
  - a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di RSUD HAMBABA;
  - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
  - c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi
  - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
  - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
  - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
  - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
  - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
  - k. memberikan .....

- k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
- r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(2) Kewajiban Pasien meliputi :

- a. mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit ;
- b. memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
- c. mengikuti rencana pengobatan yang diadviskan oleh dokter termasuk instruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai instruksi dokter;
- d. memberlakukan staf rumah sakit dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan rumah sakit;
- e. menghormati privasi orang lain dan barang milik rumah sakit;
- f. tidak membawa alkohol dan obat-obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata kedalam Rumah Sakit;
- g. menghormati bahwa Rumah Sakit adalah area bebas rokok;
- h. mematuhi jam kunjungan dari Rumah sakit;
- i. agar meninggalkan barang berharga di Rumah dan membawa barang-barang yang diperlukan saja selama tinggal di Rumah Sakit;

j. memastikan .....

- j. memastikan bahwa kewajiban finansial atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit ;
- k. melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter;
- l. bertanggung jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila menolak pengobatan atau advis dokter; dan
- m. memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah disepakati bersama.

### **Paragraf Keempat**

#### **Hak dan Kewajiban Dokter**

##### **Pasal 100**

- (1) Hak dokter meliputi :
  - a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
  - b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
  - c. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
  - d. menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di RSUD HAMBANG
- (3) Kewajiban Dokter meliputi :
  - a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
  - b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
  - c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
  - d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
  - e. menambah dan mengikuti perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi.

### **Paragraf Kelima**

#### **Hak dan Kewajiban Rumah Sakit**

##### **Pasal 101**

- (1) Hak Rumah Sakit meliputi :
  - a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;

b. menerima .....

- b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
- g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di RSUD HAMBА sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan

(2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi :

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan RSUD HAMBА Kabupaten Batanghari kepada masyarakat;
- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di RSUD HAMBА sebagai acuan dalam melayani pasien
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak dan lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;

k. menolak .....

- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

## **BAB XXI**

### **KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR**

#### **Pasal 102**

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan;
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO);
- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bagian Tata Usaha RSUD HAMBANA;
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bidang Pelayanan RSUD HAMBANA;
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan jika terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku;
- (6) Pengendalian .....

- (6) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Subbagian Umum Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali;
- (7) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/ panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarkhi struktural;
- (8) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana;
- (9) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan Dokumen melalui catatan formulir Master List Dokumen Eksternal;
- (10) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur tentang Retensi dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis;
- (11) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan master list yang dikelola oleh Subbagian Umum Bagian Tata Usaha.

## **BAB XXII**

### **KERJASAMA / KONTRAK**

#### **Pasal 103**

- (1) Direktur menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama/kontrak;
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu;
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerjasama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat:
  - a. subjek kerjasama/kontrak.
  - b. objek kerjasama/kontrak.
  - c. ruang lingkup kerjasama/kontrak.
  - d. hak dan kewajiban para pihak.
  - e. jangka waktu kerjasama/kontrak.
  - f. pengakhiran kerjasama/kontrak.
  - g. keadaan .....

- g. keadaan memaksa.
  - h. penyelesaian perselisihan
- (4) Isi materi perjanjian kerjasama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat para pejabat yang berwenang yaitu :
- a. Kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi pelayanan. Kepala Bidang Pelayanan berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis.
  - b. Kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjejang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi administrasi sumber daya, Kepala Bagian Tata Usaha berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggungjawab atas kontrak manajemen
- (5) Setelah dibubuhi paraf/fiat kedua belah pihak dan lanjut diberi nomor oleh para pihak.
- (6) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (7) Hasil kerjasama/kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau nonmaterial berupa keuntungan.
- (8) Hasil kerjasama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa uang harus menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (9) Hasil kerjasama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa barang harus dicatat sebagai aset rumah sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (10) Hasil kerjasama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerjasama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
- (11) Evaluasi kerjasama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarkhi pejabat yang berwenang.
- (12) Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

**BAB XXIII**  
**PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN**

**Bagian kesatu**

**Perencanaan**

**Pasal 104**

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

**Bagian Kedua**

**Penganggaran**

**Pasal 105**

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran tahunan yang berpedoman kepada Renstra bisnis rumah sakit;
- (2) Penyusunan .....

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

### **Pasal 106**

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 105, memuat:
- a. kinerja tahunan berjalan;
  - b. asumsi makro dan mikro;
  - c. target kinerja;
  - d. analisis dan perkiraan biaya satuan
  - e. perkiraan harga;
  - f. anggaran pendapatan dan biaya;
  - g. besaran persentase ambang batas;
  - h. prognosa laporan keuangan;
  - i. perkiraan maju (forward estimate);
  - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

### **Bagian Ketiga**

#### **Persetujuan**

### **Pasal 107**

- (1) Renstra Bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud Pasal 106 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran Pasal 106 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan rumah sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

**BAB XXIV****AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN****Bagian kesatu****Akuntansi****Pasal 108**

- (1) RSUD HAMBА menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan RSUD HAMBА harus dicatat dalam dokumen pendukungnya dikelola secara tertib.
- (3) RSUD HAMBА menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.
- (4) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.
- (5) RSUD HAMBА mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk Rumah Sakit.
- (6) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (7) Kebijakan akuntansi RSUD HAMBА digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

**Bagian Kedua****Pelaporan dan Pertanggungjawaban****Pasal 109**

- (1) Laporan keuangan RSUD HAMBА terdiri dari :
  - a. laporan neraca;
  - b. laporan operasional;
  - c. laporan arus kas;
  - d. laporan realisasi anggaran; dan
  - e. catatan atas laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran rumah sakit.

(3) Laporan .....

- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Setiap triwulan RSUD HAMBА menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.
- (5) Setiap semesteran dan tahunan RSUD HAMBА wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah melalui Direktur untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

**BAB XXV**  
**PEMBINAAN , PENGAWASAN, EVALUASI DAN PENILAIAN**  
**KINERJA**  
**Bagian Kesatu**  
**Pembinaan dan Pengawasan**  
**Pasal 110**

- (1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (2) Pengawasan Operasional rumah sakit dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal (SPI) sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh Bupati, PPKD, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

**Bagian Kedua**  
**Evaluasi dan Penilaian Kinerja**  
**Pasal 111**

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi RSUD HAMBА. Review/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Bupati.

(2) Review .....

- (2) Review/perubahan Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdoel Madjid Batoe diajukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi RSUD HAMBА.
- (3) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Bupati dan dipublikasikan oleh Kepala Subbagian Umum RSUD HAMBА.
- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur RSUD HAMBА dilaksanakan melalui Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan (DP3) dan selanjutnya berdasarkan Petunjuk Teknis Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan melalui Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil (SKP) yang mulai diterapkan pada tahun 2014.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA. Sesuai pula yang tercantum dalam BAB IV Laporan Akuntabilitas Kinerja Pasal 12 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, menyebutkan bahwa laporan Akuntabilitas Kinerja adalah laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggungjawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi.
- (7) Hasil pengukuran kinerja RSUD HAMBА dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Bupati.
- (8) LAKIP RSUD HAMBА berpedoman kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

## **BAB XXVI**

### **TUNTUTAN UMUM**

#### **Pasal 112**

- (1) Dalam hal pegawai RSUD HAMBА dituntut berkaitan dengan hukum pidana, maka itu didasarkan pada tuntutannya.

(2) Apabila .....

- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka RSUD HAMBBA bertanggungjawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka RSUD HAMBBA tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan.

## **BAB XXVII**

### **KETENTUAN PENUTUP**

#### **Pasal 113**

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di : Muara Bulian  
Pada tanggal : 10 April 2017

BUPATI BATANG HARI

**ttd**

SYAHIRSAH SY

Diundangkan di : Muara Bulian  
Pada tanggal : 10 April 2017

Plt. SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BATANG HARI

**ttd**

BAKHTIAR

BERITA DAERAH KABUPATEN BATANG HARI TAHUN 2017  
NOMOR : 33