

BUPATI DOMPU  
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT

PERATURAN BUPATI DOMPU  
NOMOR 00 TAHUN 2024

TENTANG

POLA TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN DOMPU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI DOMPU,

Menimbang

- a. bahwa Rumah Sakit Umum Daerah merupakan Badan Kerja Organisme Perangkat Daerah Kabupaten Dompu yang mempunyai tugas sebagai unit pelayanan kesehatan dalam upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyelenggaraan pelayanan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan perencanaan dan pelaksanaan serta pelaksanaan upaya rujukan;
- b. bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan kinerja Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dompu, perlu diatur kembali peran dan fungsi, tujuan, tugas, dan tanggungjawab, serta hak dan wewenang dari pihak-pihak internal rumah sakit sebagai pedoman pengelolaan Rumah Sakit;
- c. bahwa Peraturan Bupati Dompu Nomor 40 Tahun 2023 tentang Pola Tata Rumah Sakit Umum (Hospital) Umum Daerah Kabupaten Dompu sudah tidak sesuai dengan kebutuhan pengisian sehingga perlu diganti;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati Dompu tentang Pola Tata Rumah

Layanan Umum Daerah Berasak Hasil Uraian Daerah  
Kapasitas Dampak:

Revisi:

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 344, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2023 Tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 Tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6717);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 103, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
4. Undang-Undang Nomor 81 Tahun 2024 tentang Kabupaten Donggala di Provinsi Sulawesi Tengah Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 207, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 7018);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 239, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6174);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);

8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 37 Tahun 2010 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 1711);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 tentang Desain Pengawasan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 368).

## MEMUTUSKAN

**Menetapkan :** PERATURAN BUPATI DOMPU TENTANG TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN DOMPU.

### BAP I

#### KETENTUAN UMUM

##### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Dompus;
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 Dompus;
4. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompus yang selanjutnya disebut RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah yang mengadakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD);
5. Pemilik adalah Bupati Dompus sebagai representasi bidang pelayanan kesehatan milik Pemerintah Kabupaten Dompus;
6. Dewan Pengawas adalah kelompok pegawai atau pemangku rumah sakit yang tugasnya terdiri dari unsur pemerintah dan unsur tenaga ahli yang ditunjuk Bupati;
7. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompus yang selanjutnya disebut Direktur adalah sebutan bagi pembantu tertinggi rumah sakit yang diberi wewenang



nisi Bupati dalam mengelola dan menyelenggarakan manajemen pemerintahan.

8. Pejabat Pengarah Keuangan Daerah yang selanjutnya di singkat PKD adalah Kepala Badan Pengabdian Keuangan dan Aset Daerah yang bertanggung jawab melaksanakan pengelolaan APBD dan bertindak sebagai Bendahara Umum Daerah.
9. Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat PD adalah unit pelaksana Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah Kabupaten Dempo.
10. Staf Medis adalah tenaga yang mandiri terdiri dari dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi yang bekerja penuh waktu maupun partai waktu di unit pelayanan rumah sakit, yang mempunyai ketertarikan dalam mengikuti kesempatan klinis pada pasien dan tidak terikat oleh jam kerja khususnya dalam penanganan kasus gawat darurat.
11. Pola Tata Kelola Rumah Sakit adalah seperangkat aturan dasar dalam penyelenggaraan organisasi rumah sakit yang meliputi pengorganisasian peran, tempat, tugas, dan tanggungjawab, serta hak, dan kewajiban dari pihak-pihak internal rumah sakit yang terdiri dari pemilik atau yang mewakili (Governing Body).
12. Unit Pelayanan adalah rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium dan rehabilitasi medis.
13. Pelayanan kesehatan adalah upaya yang dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pelayanan kesehatan dapat diberikan secara langsung kepada masyarakat atau perantara.
14. Pelayanan Medis adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk membantu pasien sembuh dari penyakitnya. Pelayanan medis dilakukan dengan menggunakan fasilitas dan sumber daya yang optimal, serta mengikuti prosedur yang berlaku.



18. Unit kerja adalah tugas staf media menjalankan profesinya.
19. Komite Media adalah wadah profesional media yang tanggungjawabnya berasal dari ketiga kelompok media dan atau yang serentak.
17. Sub komite adalah kelompok kerja di bawah Komite media yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus. Anggota sub komite media terdiri dari staf media dan tenaga profesional lainnya secara ex-officio.
18. Komite Kepemerintahan adalah kelompok profesional/petani yang anggotanya terdiri dari peternak/petani, bertanggungjawab pada pemerintah, dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggotanya dan ditetapkan dengan keputusan pemerintah.
19. Instalasi adalah lembaga penyelenggara pelayanan media, pelayanan pemrogram media, 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 dengan pengawas maupun direksi atau lembaga yang dilakukan sesuka-suka untuk membahas masalah urgen dan mengambil keputusan.
22. Panitia adalah kelompok kerja dibawah komite media yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus.
23. Pelayanan pemrogram adalah kegiatan pelayanan kesehatan yang menunjang pelayanan media sesuai dengan standar yang berlaku.
24. Censor Praduga adalah kewenangan dalam untuk melakukan atau tidak melakukan tindakan atau kegiatan media berdasarkan kriteria tertentu.
25. Registrasi adalah pernyataan resmi terdapat dokter dan dokter gigi yang telah memiliki sertifikat kompetensi dan mempunyai kualifikasi tertentu khusus serta diakui secara hukum untuk melakukan tindakan profesinya.
26. Surat tanda registrasi dokter dan dokter gigi yang selanjutnya disebut Surat Tanda Registrasi adalah bukti



- terutama yang diterbitkan oleh Komisi Kedokteran Indonesia kepada dokter dan dokter gigi yang telah disumpah.
27. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi kesehatan yang diperbaiki baik secara langsung maupun tidak langsung oleh dokter atau dokter gigi.
  28. Profesi Kedokteran adalah suatu pekerjaan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilaksanakan berdasarkan keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, dan kode etik yang bersifat menyeluruh masyarakat.
  29. Satuan Pemerintah Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan tugas semua satuan kerja, baik struktural, fungsional maupun yang non-struktural seperti pejabat, tim dan sebagainya, agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan prosedur perundang-undangan yang berlaku.
  30. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan yang diterbitkan oleh RSUD Mangrove kepada Masyarakat.
  31. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) adalah dokumen yang berisi rencana bisnis dan penganggaran suatu badan layanan umum (BLU) atau badan layanan umum daerah (BLUD). RBA merupakan dokumen strategis yang harus dimiliki setiap tahun oleh BLU/BLUD.
  32. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah ... adalah sistem yang diterapkan oleh unit kerja perangkat daerah (UPKPD) dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

## DARI II

### IDENTITAS RSUD

#### Pasal 2

- (1) Nama RSUD di Daerah adalah RSUD Demaga.
- (2) Rencana dasar, visi, misi, tujuan, motto, gambaran umum RSUD serta nilai budaya dan logo RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam



Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

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

**Pasal 3**

RSUD berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah dan merupakan unsur pendukung atas tugas Bupati di bidang Pelayanan Kesehatan.

**Pasal 4**

RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 merupakan institusi Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna.

**Bagian Kedua**  
**Tugas dan Fungsi**

**Pasal 5**

- (1) Tugas RSUD adalah memberikan pelayanan yang bermutu prima berdasarkan SPM yang telah ditetapkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Daerah.
- (2) RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai fungsi:
  - a. menyelenggarakan pelayanan yang bermutu prima, mulai pelayanan promotif, preventif, kuratif sampai dengan rehabilitasi berdasarkan standar yang ditetapkan;
  - b. menggalang dan mengembangkan kemitraan dengan berbagai pihak yang saling menguntungkan;
  - c. mewujudkan tingkat kepuasan konsumen, baik internal maupun eksternal secara optimal;
  - d. penyelenggaraan pelayanan penunjang;
  - e. penyelenggaraan pelayanan pendidikan dan pelatihan;



- i. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan;
- g. penyelenggaraan pelayanan dan urusan pemerintahan;
- h. penyelenggaraan pelayanan rujukan;
- i. pembelajaran sumber daya manusia RSUD;
- j. penyelenggaraan tatausahaan dan keramahan RSUD; dan
- k. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

#### BAB IV

### KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB

#### PEMERINTAH DAERAH

##### Bagian Kesatu

#### Kewenangan Pemerintah Daerah

#### Pasal 5

Pemerintah Daerah mempunyai kewenangan:

- a. menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit dan IPM RSUD beserta perubahannya;
- b. mengangkat dan menetapkan Dewan Pengawas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. memberhentikan pejabat pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
- d. mengangkat RSM yang diangkat oleh Dewan Pengawas; dan
- e. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan menetapkan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

##### Bagian Kedua

#### Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

#### Pasal 7

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab menanggung defisit anggaran RSUD yang bukan karena kesalahan dalam pengurusan dan setelah diaudit secara independen;

- (2) Pemerintah Daerah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan RSUD.

## BAB V

### PENGEORGANISASIAN RSUD DAN STRUKTUR ORGANISASI

#### Pasal 8

- (1) Pejabat pengelola RSUD, terdiri dari:
- a. Pemimpin RSUD;
  - b. Pejabat Keuangan; dan
  - c. Pejabat Teknis.
- (2) Pemimpin RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a adalah Direktur.
- (3) Pejabat Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b adalah Kepala Bagian Tata Usaha.
- (4) Pejabat Teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c adalah Kepala Bidang.

#### Pasal 9

Susunan organisasi RSUD, terdiri dari :

- a. Direktur;
- b. Bagian Tata Usaha terdiri dari:
  1. Subbagian Umum dan Kepegawaian
  2. Subbagian Keuangan dan
  3. Subbagian Program dan Pelaporan
- c. Bidang Pelayanan Kesehatan terdiri dari:
  1. Seksi Pelayanan Medis dan Penunjang medis; dan
  2. Seksi Manajemen Informasi Kesehatan.
- d. Bidang Keperawatan terdiri dari:
  1. Seksi Asuhan Keperawatan pasien.
  2. Seksi Penunjang Mutu Pelayanan Keperawatan Pasien
- e. Bidang Pengembangan terdiri dari:
  1. Seksi Pendidikan dan Pelatihan.
  2. Seksi Pemasaran dan Humas.
- f. Komite;
- g. Instalasi;
- h. Kelompok Jabatan Fungsional.



#### Pasal 10

Susunan organisasi sebagaimana dituliskan dalam Pasal 9 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

### BAB VII

#### DEWAN PENGAWAS

##### Bagian Kedua

##### Keatnggotaan dan Kriteria Dewan Pengawas

#### Pasal 11

- (1) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur:
  - a. pejabat Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan RSUD;
  - b. pejabat Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
  - c. tenaga ahli yang berwibawa sesuai dengan kegiatan RSUD.
- (2) Kriteria yang dapat ditukikan menjadi Dewan Pengawas yaitu:
  - a. memiliki dedikasi dan memahami masalah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. mampu melaksanakan perbuatan jujur dan tidak pernah diwatakan politik atau tidak pernah menjadi anggota pengelola rumah sakit, atau Dewan Pengawas yang diwatakan bermasalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha politik atau orang yang tidak pernah diwatakan 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 Ketiga

##### Pengangkatan dan Pemberhentian Dewan Pengawas

#### Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dan diangkat oleh Bupati.



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

### Bagian Ketiga

#### Ketua dan Sekretaris Dewan Pengawas

##### Pasal 13

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usul Direktur RSUD.
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepemimpinan Dewan Pengawas, maka Bupati menggunakan seorang Ketua untuk masa jabatan hingga selanjutnya masa jabatan atas usul Direktur RSUD.
- (3) Tugas Ketua Dewan Pengawas adalah:
  - a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
  - b. mematuhi sebagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tata cara yang tidak diatur dalam Tata Tertib Rumah Sakit melalui rapat Dewan Pengawas.



- e. bekerja sama dengan pengelola RSUD untuk menangani berbagai hal mendesak yang sebatasnya diproses dalam rapat Dewan Pengawas.
  - f. Dalam hal rapat Dewan Pengawas tidak dapat diselenggarakan, Ketua Dewan Pengawas dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu; dan
  - g. melaporkan pada Rapat Rotta 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 definitif dan final.
  - (5) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas atas bentuk RSUD.
  - (6) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas.
  - (7) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

**Bagian Ketiga**  
**Fungsi dan Tugas Dewan Pengawas**

**Pasal 14**

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai governing body RSUD dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pemerintahan secara internal di RSUD.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas bertugas:
  - a. menentukan arah kebijakan RSUD;
  - 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 kepentingan Pasien;



- f. anggaran dan belanja baik dan kewajiban RSUD;
- g. anggaran keputusan penerimaan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
- h. anggaran pelaksanaan keuangan RSUD RSUD sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

**Bagian Ketiga**  
**Kewajiban Dewan Pengawas**

**Pasal 15**

- (1) Dewan Pengawas dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban:
  - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai rencana strategis rumah RRA yang diadukan oleh pejabat pengelola RSUD;
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan RSUD RSUD, memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pelaksanaan RSUD RSUD;
  - c. memberi nasihat kepada pejabat pengelola RSUD dalam melaksanakan pengelolaan RSUD;
  - d. memberikan masukan, saran, serta tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja RSUD RSUD kepada pejabat pengelola; dan
  - e. membetulkan laporan pengawasan 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 90 (sembilan puluh) hari setelah tahun anggaran berakhir.
- (3) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya memuat:
  - a. penilaian terhadap rencana strategis RRA dan pelaksanaannya;
  - b. penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan lainnya.



- c. penilaian kebutuhan terhadap pendidikan pelatihan sandiwaga;
  - d. permasalahan pengalihan RSUD dan sebidangnya; dan
  - e. saran dan rekomendasi.
- (4) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal yang secara substantif berpengaruh terhadap pengalihan RSUD, antara lain terkait dengan:
- a. penurunan kinerja RSUD;
  - b. pemberhentian pimpinan RSUD sebelum berakhirnya masa jabatan;
  - c. pengundian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas; dan
  - d. berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
- (5) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan ayat (4) diutamakan oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas.

**Dagim Keenan**  
Wewenang Dewan Pengawas

**Pasal 36**

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

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan RSUD;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh BPK RSUD dengan sepengetahuan Direktur RSUD dan memantau pelaksanaan rekomendasi hasil audit;
- c. menerima penjelasan dari pejabat pembina RSUD dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Pola Tata Kelola Rumah Sakit;
- d. memberikan pengawasan terhadap suatu program untuk tercapainya visi, misi, sasaran dan tujuan rumah sakit;
- e. meminta penjelasan dari komite atau unit substantif di RSUD terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Pola Tata Kelola Rumah Sakit;
- f. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Pola Tata Kelola Rumah Sakit Daerah untuk ditetapkan oleh Pemerintah Daerah; dan

- g. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSUD.

**Bagian Ketiga**  
**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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rapat koordinat antara Dewan Pengawas dengan pejabat pengelola Rumah Sakit dan Komite Medik serta pejabat lain yang dianggap perlu untuk membicarakan, mencari kontribusi atau alternatif solusi berbagai masalah di RSUD.
- (3) Rapat Rutin dilaksanakan paling sedikit 4 (empat) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas mengundang undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, pejabat pengelola RSUD, Komite Medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

**Paragraf 2**  
**Rapat Khusus**

**Pasal 18**

- (1) Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau 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 atau
  - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) 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 Rapat Khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum Rapat Khusus tersebut diselenggarakan.
- (5) Undangan Rapat Khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus memuat/mencantumkan tujuan, permasalahan secara spesifik.

#### Pasal 8

##### Rapat Tahunan

#### Pasal 19

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

#### Pasal 20

Setiap rapat dilaksanakan oleh hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang terlibat memberikan suara menolak undangan tersebut.

#### Pasal 9

##### Rapat Rutin

#### Pasal 21

Setiap Rapat Rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh pejabat pengelola RSUD, Komite Medik dan pihak lain yang ada di lingkungan RSUD atau dari luar lingkungan RSUD apabila diperlukan.

Paragraf 6  
Pejabat Ketua

Pasal 22

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, dan kecurun 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  
Kurum

Pasal 23

- (1) Rapat Dewan Pengawas harus dapat dilaksanakan bila kecurun tercapai.
- (2) Kurum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Apabila kecurun tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, hari dan jam yang sama minggu berikutnya.
- (4) Apabila kecurun tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera ditangguhkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat diadakan 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 dipajang/dihandaringani oleh Ketua Dewan Pengawas dalam waktu maksimal 14 (empat belas) hari setelah rapat dilaksanakan, dan segala putusan dalam risalah

rapat tersebut yang harus dilaksanakan agar dilaksanakan oleh RSUD.

#### Paragraf 9

##### Pemungutan Suara:

#### Pasal 22

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditetapkan dengan mengangkat tangan atau bila tidak beres oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan angket tertutup.
- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas dicatatkan pada surat sebanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

#### Paragraf 10

##### Pendataan Putusan Rapat

#### Pasal 20

- (1) Dewan Pengawas dapat membuat atau memanfaatkan setiap prosedur yang diambil pada Rapat Rutin atau Rapat Khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa awal perubahan atau pembatalan tersebut dicatatkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Rapat ini.
- (2) Dalam hal awal perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka masalah tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak tanggal diadakannya rapat.

#### Paragraf 11

##### Peran Terhadap Staf Media Organisasi

#### Pasal 27

- (1) Dewan Pengawas berperan aktif dalam meningkatkan dalam bentuk kegiatan dalam upaya memberdayakan Staf Media Organisasi untuk mencapai tujuan RSUD sesuai dengan Visi, Misi, Kebijakan dan tujuan RSUD.



- (2) Peran terhadap Sasul Media Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi antara lintas-sentrum dan terkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditingkatkan melalui pemberdayaan fungsi dalam organisasi Komite Medik Rumah Sakit melalui Subkomite Kredensial, Subkomite Mutu Proses dan Subkomite Etik dan Disiplin Profesi.

## BAB VIII

### PILIHAN PENGELOLA RSUD

#### Bagian Kesatu

#### Pegawai Pengelola

##### Pasal 26

- (1) Pegawai pengelola RSUD adalah seluruh pejabat struktural baik Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi maupun Kepala Subbagian pada rumah sakit yang sekiranya diistruksikan dengan demersibatur yang berlaku pada RSUD.
- (2) Pegawai pengelola RSUD diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (3) Direktur bertanggungjawab terhadap operasional RSUD kepada Bupati selaku Kepala Daerah Kesehatan.
- (4) Kompetensi pejabat pengelola RSUD dapat dilakukan penelitian, baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan menggunakan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (5) Perubahan kompetensi pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Bupati.

#### Bagian Kedua

#### Direktur

##### Pasal 27

- (1) Direktur mempunyai tugas pokok untuk memimpin, melaksanakan koordinasi, penyusunan perencanaan,

- pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian sistem kerja RSUD yang merupakan urusan Pemerintahan Daerah dan tugas pemerintahan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (lihat kembali tugas Direktur Human Sakti)
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur mempunyai fungsi:
- perumusan kebijakan teknis urusan pemerintahan bidang RSUD;
  - pelaksanaan terhadap pelaksanaan urusan pemerintahan bidang RSUD;
  - melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan urusan pemerintahan bidang RSUD;
  - menyusun rencana dan program kerja RSUD sebagai pedoman pelaksanaan tugas dan bentuk rencana strategis dan rencana operasional;
  - melaksanakan pembagian tugas kepada Kepala Bagian Tata Usaha RSUD, Kepala Bidang dan Kepala Seksi;
  - mengkoordinasikan kegiatan tata usaha RSUD, Kepala Bidang dan Kepala Seksi dalam melaksanakan tugas agar terjalir kerja sama yang baik;
  - memhina bentuk RSUD untuk meningkatkan kemampuan dan disiplin pegawai;
  - melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan;
  - Direktur RSUD dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Rencana/pekerjaan kerja Direktur dibalokan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah paling sedikit 1 (satu) kali dalam setahun.
- (4) (Tambah ayat)
- (5) Direktur RSUD yang merupakan Pegawai Negeri Sipil menjadi pejabat pengguna anggaran/batang kasrah.
- (6) Dalam hal Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (4) belum berasal dari Pegawai Negeri Sipil, pejabat keuangan harus milik warga dari Pegawai Negeri Sipil

yang merupakan pejabat program anggaran/bidang  
dibawah.

**Bab III**  
**Kepala Bagian Tata Usaha**

**Pasal III**

- (1) Kepala bagian Tata Usaha mempunyai tugas pokok membantu Direktur RSUD dalam melaksanakan pendidikan administrasi yang meliputi ketertarikan, umum, kepegawaian, keuangan, perlengkapan dan penanggulangan bencana.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas:
  - a. merencanakan pelaksanaan administrasi di bidang RSUD;
  - b. merencanakan program kerja di bidang RSUD;
  - c. menulis dan melaksanakan kegiatan administrasi di bidang RSUD;
  - d. mengabdikan kegiatan di bidang administrasi di bidang RSUD;
  - e. menyusun rencana dan program kerja RSUD;
  - f. membagi tugas kepada sub bagian yang menjadi tanggung jawabnya;
  - g. memberikan arahan kepada Kepala Bidang dan Kepala Seksi untuk kelancaran pelaksanaan tugas dengan baik;
  - h. melaksanakan koordinasi dengan Kepala Bidang dan Kepala Seksi untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
  - i. menelaah prestasi kerja Kepala Bidang Seksi sebagai bahan pertimbangan karir;
  - j. menelaah peraturan perundang-undangan di bidang RSUD;
  - k. pengkoordinasian pelaksanaan kerjasama di bidang RSUD;
  - l. penyusunan laporan RSUD sesuai dengan hasil yang dicapai sebagai pertanggung jawaban pelaksanaan tugas.

- m. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- n. mewakili Direktur apabila Direktur berhalangan.

(3) **Pengawasan Jaman:**

- a. memiliki pengetahuan jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang tugasnya;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi; dan
- c. mempunyai prestasi tinggi, berkepribadian baik, berprestasi dan setia jaman dan cuba.

**Paragraf 1**

**Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian**

**Paragraf 2**

- (1) Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian mempunyai tugas pokok melaksanakan urusan ketatausahaan, kepegawaian, perlengkapan, perumahan, kesehatan di lingkungan RSUD.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian mempunyai tugas:
  - a. penyusunan rencana kerja/program sub bagian umum dan kepegawaian sebagai bahan perencanaan rencana/program kerja bagian tata usaha;
  - b. melakukan urusan ketatausahaan/urusan umum; dan
  - c. melakukan urusan kepegawaian di lingkungan RSUD meliputi:
    1. mengurus soal ketiduran pangkat dan kenaikan gaji berkala Pegawai Negeri Sipil;
    2. mengurus soal disiplin bagi Pegawai Negeri Sipil;
    3. mengurus soal pengangkatan Calon Pegawai Negeri Sipil dan Pegawai Negeri Sipil;
    4. mengurus soal dan tunjangan Pegawai Negeri Sipil dan pensiun tidak tetap;
    5. mengurus daftar soal kepangkatan Pegawai Negeri Sipil;



6. mempersiapkan perencanaan pegawai sesuai kebutuhan Direktur;
7. membantu Direktur dalam pembinaan pegawai;
8. memfasilitasi penyelesaian masalah kinerja pegawai Pegawai Negeri Sipil/Calon Pegawai Negeri Sipil; dan
9. melakukan pembinaan pegawai:
  - a) melakukan urusan perlengkapan dan aset milik kantor;
  - b) fasilitas pelayanan administrasi pengapalan surat perintah tugas dan surat perintah perjalanan ke luar daerah yang dikeluarkan oleh Bupati;
  - c) melaksanakan urusan ketumahaftagaan dan kepegawaian;
  - d) menyiapkan Laporan Kinerja Subbagian Urusan dan Kepegawaian sebagai bahan laporan pelaksanaan kegiatan Tata Usaha;
  - e) melaksanakan tugas berdasarkan him yang diberikan dalam semua urusan bidang urusan dan
  - f) wali tugas Urusan dan Kepegawaian bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bagian Tata Usaha.

**(B) Persyaratan Jabatan:**

- a. memiliki pangkat golongan minimal III/a
- b. memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang tugasnya;
- c. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kemampuan rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem manajemen pegawai, dan sistem manajemen; dan
- d. mempunyai keaktifan tinggi, berkepribadian baik, berprestasi dan sehat jasmani dan rohani.

**Paragraf 2**

**Kepala Sub Bagian Urusan**

**Paragraf 3**

- 1) Kepala Sub Bagian Urusan bertanggung jawab pokok mengemban urusan keruangan badan.

(2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Kepala Sub Bagian Keuangan mempunyai tugas:

- a. perencanaan rencana kerja/program subbagian keuangan sebagai bahan penyusunan rencana/program kerja Bagian Tata Usaha;
- b. menetapkan bahan usulan dan pemberhentian jabatan legiolen, kases pimpinan legiolen, berdasarawar dan atasan legiolenya;
- c. melaksanakan persiapan bahan penyusunan rencana penerimaan dan anggaran belanja;
- d. menetapkan bahan penyelenggaraan pemantauan administrasi keuangan dan perbendaharaan;
- e. menyalin dan mengidentifikasi laporan hasil pemeriksaan serta menyiapkan tindak lanjut;
- f. melaksanakan pemantauan keuangan;
- g. menyusun laporan kinerja sub bagian keuangan sebagai bahan penyusunan laporan kinerja bagian tata usaha pada akhir tahun anggaran;
- h. melaksanakan tugas lain-lain yang diberikan atasan sesuai dengan bidang tugas; dan
- i. sub bagian keuangan bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bagian Tata Usaha.

(3) Pelaksanaan pemantauan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf i, meliputi:

- a. pengelolaan data rekening pelaksanaan anggaran satuan kerja Perangkat Daerah;
- b. mengelola administrasi keuangan terdiri dari surat penyediaan dana, surat perintah penarikan dana, surat persetujuan pembayaran dan surat permulaan umrahya sesuai dengan program kerja dan kegiatan dalam rekening pelaksanaan anggaran satuan kerja Perangkat Daerah;
- c. melakukan verifikasi pertepatan dan verifikasi belanja satuan kerja Perangkat Daerah;
- d. melakukan administrasi keuangan satuan kerja Perangkat Daerah berdasarkan pada peraturan perundang-undangan;

- e. menyiapkan bahan pertanggungjawaban penerimaan daerah dan pengeluaran/belanja keuangan satuan kerja Perangkat Daerah untuk bahan laporan pertanggungjawaban pengguna anggaran atau kuasa pengguna anggaran kepada PPKD; dan
  - f. menyiapkan pembayaran gaji pegawai.
- g) Persyaratan untuk menduduki jabatan Kepala Sub Bagian Keuangan, sebagai berikut:
- a. memiliki pangkat golongan minimal III/b;
  - b. memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang keuangannya;
  - c. telah mengikuti pelatihan rencana aksi strategi, rencana implementasi dan rencana tahunan, laporan pokok keuangan, akuntansi, HNS, dan sistem informasi; dan
  - d. mempunyai keahlian tinggi, berkepribadian baik, berprestasi dan sehat jasmani dan rohani.

### Paragraf 3

#### Kepala Sub Bagian Program dan Pelaporan

### Pasal 53

- 1) Kepala Sub Bagian Program dan Pelaporan mempunyai tugas melakukan perencanaan, penelaahan, penyusunan bahan perencanaan kebijakan, koordinasi/dukungan, koordinasi teknis/fasilitas dan pelaksanaan program sebagai penelaahan, penyusunan rencana, pemantauan, pengendalian, evaluasi dan pelaporan;
- 2) Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Sub Bagian Program dan Pelaporan menyelenggarakan fungsi:
  - a. perencanaan kebijakan program-program;
  - b. pengumpulan, pengolahan, analisis data dan informasi;
  - c. penyusunan rencana kerja/program sub bagian program dan pelaporan sebagai bahan penyusunan program kerja sekretariat;
  - d. pengkoordinasian penyusunan rencana/program kerja.

- e. pengkoordinasian penyusunan dan perhitungan anggaran;
  - f. penyusunan laporan dan statistik hasil kegiatan;
  - g. menghimpun dan menganalisis data dalam rangka program dan pelaporan;
  - h. persiapan dokumentasi dan pengabdian dalam bidang RSUD;
  - i. persiapan penitipan perundang-undangan;
  - j. melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program;
  - k. pengkoordinasian peninjauan bahan laporan kinerja untuk di sampaikan oleh Direktur kepada Bupati sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan pada akhir tahun anggaran;
  - l. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan sesuai dengan bidang tugas dan
  - m. satu bagian program dan pelaksanaan bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bagian Tata Usaha.
- (ii) Persyaratan untuk menduduki jabatan Kepala Sub Bagian Program dan Pelaporan sebagai berikut:
- a. memiliki pangkat golongan minimal III/b;
  - b. memiliki pengalaman jabatan paling sedikit 3 (tiga) tahun dalam bidang tugasnya;
  - c. telah mengikuti pelatihan secara aksi strategi, rencana implementasi dan rencana tahunan, laporan perkembangan keuangan, akuntansi, BMA, dan sistem informasi; dan
  - d. mempunyai budi pekerti tinggi, berkepribadian baik, berprestasi dan sehat jasmani dan rohani.

**Bagian Keempat**  
**Kepala Bidang Pelayanan Medis**

**Pasal 24**

- (i) Kepala Bidang Pelayanan Medis mempunyai tugas pokok sebagai berikut:
- a. melakukan perencanaan pelaksanaan layanan;
  - b. melakukan koordinasi teknis;
  - c. persiapan tata laksana;

- d. inventaris;
  - e. pengelolaan tata rupa di bidang Pelayanan Media;
  - f. pengaturan masalah keorganisasian bidang Pelayanan Media.
- (2) Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bidang Pelayanan Media bertanggung jawab:
- a. melaksanakan koordinasi tugas dengan Kepala Bagian Tata Usaha;
  - b. memimpin pelaksanaan kebijakan bidang Pelayanan Media;
  - c. melaksanakan kebijakan bidang Pelayanan Media;
  - d. penyusunan pedoman, prosedur, kriteria, sebagai dasar pelaksanaan kebijakan bidang Pelayanan Media;
  - e. melakukan pembinaan teknis, termasuk bidang Pelayanan Media;
  - f. melaksanakan administrasi bidang Pelayanan Media;
  - g. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan sesuai dengan bidang tugas.
- (3) Prasyarat untuk menduduki jabatan Kepala Bidang Pelayanan Media sebagai berikut:
- a. memiliki pangkat golongan minimal III/c;
  - b. memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang tugasnya;
  - c. telah mengikuti pelatihan/pertemuan/lokakarya mengenai kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, Tata Kerja Rumah Sakit, EPM, sistem akuntabilitas, sistem manajemen rumah sakit, dan pengelolaan sumber daya manusia; dan
  - d. mempunyai kualitas tinggi, berkepribadian baik, berprestasi dan setia kepada dan rakyat.

#### Paragraf 1

Kepala Bidang Pelayanan Media dan Perawat/Perawat Media

#### Pasal 33

- (1) Kepala Seksi Pelayanan Media dan perawat/ perawat media mempunyai tugas pokok menyiapkan dan melaksanakan



- kebijakan, penyusunan pedoman, kriteria, prosedur, bimbingan teknis dan monitoring dan evaluasi bidang pelayanan media dan penunjang media.
- (2) Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Pelayanan Media dan Penunjang Media menyelenggarakan fungsi:
- melaksanakan dan menyiapkan, penyusunan kebijakan penyusunan pedoman, kriteria dan prosedur kerja bidang Pelayanan Media dan penunjang media;
  - melakukan bimbingan teknis dan monitoring dan evaluasi bidang Pelayanan Media dan penunjang media;
  - menyajikan data statistik kepada bagian tata usaha;
  - menyampaikan data statistik kepada bagian tata usaha;
  - melaksanakan tugas kehumasan lain yang diberikan atasan; dan
  - seksi Pelayanan Media dan penunjang media bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Pelayanan Media.
- (3) Persyaratan untuk menduduki jabatan Kepala Seksi Pelayanan Media dan Penunjang Media sebagai berikut:
- memiliki tingkat pendidikan minimal S1/2;
  - memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang tugasnya;
  - telah mengikuti pelatihan/pertantahsukan meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis kota, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, Tata Kelola Rumah Sakit, SIM, sistem akreditasi, sistem remunerasi rumah sakit, dan pengelolaan sumber daya manusia; dan
  - mempuatya kreditas tinggi, berkepribadian baik, berprestasi dan sehat jasmani dan rohani.

#### Paragraf 2

Kepala Seksi Manajemen dan Informasi Kesehatan

#### Paraf 26

- (1) Kepala Seksi Manajemen dan Informasi Kesehatan mempunyai tugas pokok menyiapkan dan melaksanakan

- kegiatan, penyusunan, pedoman, kriteria, prosedur, kebijakan teknis dan sumber manajemen informasi kesehatan.
- (2) Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Manajemen dan Informasi Kesehatan menyelenggarakan tugas:
- menganalisis dan menetapkan, perumusan kebijakan penyusunan pedoman kriteria dan prosedur kerja bidang manajemen info kesehatan;
  - melakukan kebijakan teknis dan sumber bidang manajemen info kesehatan;
  - mengumpulkan data statistik sesuai bidang tugas;
  - mengumpulkan data statistik kepada bagian tata usaha;
  - melaksanakan tugas Pendidikan dan yang diberikan sesuai;
  - sekolah manajemen informasi kesehatan bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis.
- (3) Persyaratan untuk menduduki jabatan Kepala Seksi Manajemen dan Informasi Kesehatan:
- memiliki pangkat golongan minimal III/b;
  - memiliki pengalaman jabatan paling sedikit 3 (tiga) tahun dalam bidang tugasnya;
  - maka mengikuti pelatihan meliputi kepemimpinan, rencana strategis, sistem manajemen informasi kesehatan, pengembangan manusia, kesehatan, epidemiologi, dan manajemen bencana, serta early warning outbreak recognition system; dan
  - mempunyai keahlian tinggi, berkepraktisan, baik berkeahlian dan sesuai jabatan dan fungsi.

Daglan Kelana  
Kepala Bidang Keperawatan

Posisi 37

- (4) Kepala Bidang Keperawatan mempunyai tugas pokok melaksanakan perencanaan dan pelaksanaan kebijakan, pemberian bimbingan teknis, evaluasi di bidang perawatan.



- (2) Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bidang Keperawatan menyelenggarakan fungsi:
- melaksanakan koordinasi tugas dengan Kepala Bidang Tata Usaha;
  - perumusan pelaksanaan kebijakan bidang perawatan;
  - melaksanakan kebijakan bidang perawatan;
  - penyusunan pedoman prosedur, kriteria sebagai dasar pelaksanaan kebijakan bidang perawatan;
  - melakukan pembinaan teknis, monitoring bidang perawatan;
  - melaksanakan akreditasi bidang perawatan;
  - melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan sesuai bidang tugas;
- (3) Persyaratan untuk menduduki jabatan Kepala Bidang Keperawatan:
- memiliki rupa pendidikan minimal D1 Kesehatan;
  - memiliki masa kerja lebih kurang 10 tahun;
  - memiliki pangkat golongan minimal III/c;
  - memiliki pemahaman jabatan paling singkat 2 (dua) tahun dalam bidang tugasnya;
  - mempunyai keahlian tinggi, berkepribadian baik, berprestasi dan sehat jasmani dan rohani;
  - telah mengikuti pelatihan perumusan/kelembagaan meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis lima, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, Tata Kelola Rumah Sakit, BPM, sistem akreditasi, sistem remunerasi rumah sakit, dan pengisian sumber daya manusia dan
  - mempunyai keahlian tinggi, berkepribadian baik, berprestasi dan sehat jasmani dan rohani.

#### Paragraf 1

Kepala Bidang Asuhan Keperawatan Pasien

#### Paragraf 2

- (1) Kepala Bidang Asuhan Keperawatan pasien mempunyai tugas pokok melaksanakan persiapan, perumusan dan pelaksanaan kebijakan, pedoman, kriteria dan prosedur

serta pemberian bimbingan teknis dan evaluasi di bidang urusan keperawatan pasien.

- (2) Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Kepala Seksi Asuhan Keperawatan pasien mempunyai tugas:
  - a. melaksanakan dan menyiapkan perencanaan kebijakan pedoman, kriteria dan prosedur kerja dibidang asuhan keperawatan pasien;
  - b. melakukan bimbingan teknis dan monitoring bidang asuhan keperawatan pasien;
  - c. menyiapkan data statistik sesuai bidang tugas;
  - d. menyampaikan data statistik kepada sekretariat;
  - e. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan;
  - f. Seksi Asuhan Keperawatan Pasien bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Keperawatan.
- (3) Persyaratan untuk menduduki jabatan Kepala Seksi Asuhan Keperawatan Pasien:
  - a. memiliki surat pendidikan minimal S1 Kesehatan;
  - b. memiliki masa kerja lebih kurang 10 tahun;
  - c. memiliki pangkat golongan minimal III/b;
  - d. memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang tugasnya;
  - e. telah mengikuti pelatihan/pertamahabibitan meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, inovasi strategi bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, Tata Kelola Rumah Sakit, RSC, sistem akreditasi, sistem remunerasi rumah sakit, dan pengolahan sumber daya manusia; dan
  - f. mempunyai ijas/jalan tinggi, terakreditasi baik, terakreditasi dan sehat jasmani dan rohani.

## Paragraf 2

Kepala Seksi Penunjang Mutu Pelayanan Keperawatan Pasien

### Pasal 20

- (1) Kepala Seksi Penunjang Mutu Pelayanan Keperawatan Pasien mempunyai tugas pokok Menyiapkan perencanaan dan pelaksanaan kebijakan, pedoman, kriteria dan prosedur serta pemberian bimbingan teknis dan evaluasi

- di bidang pemungjung mutu pelayanan keperawatan pasien.
- (2) Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana ditunjukkan pada ayat (1), Kepala Seksi Pemungjung Mutu Pelayanan Keperawatan Pasien melaksanakan fungsi:
- menganalisis dan menyiapkan, perumusan kebijakan pedoman, kriteria dan prosedur kerja di bidang pemungjung mutu pelayanan keperawatan pasien;
  - melakukan bimbingan teknis dan monitoring bidang pemungjung mutu pelayanan keperawatan pasien;
  - menyediakan data statistik sesuai bidang tugas;
  - menyampaikan data statistik kepada sekretariat;
  - melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan sesuai data;
- E. pemungjung mutu pelayanan keperawatan pasien bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Keperawatan.
- (3) Persyaratan untuk menduduki jabatan Kepala Seksi Pemungjung Mutu Pelayanan Keperawatan Pasien:
- memiliki secara pendidikan minimal S-1 Kesehatan;
  - memiliki masa kerja tidak kurang 10 tahun;
  - memiliki pangkat golongan minimal III/c;
  - memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang tugasnya;
  - telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem manajemen pegawai, dan sistem remunerasi; dan
  - memunya reputasi tinggi, berkepribadian baik, berprestasi saat jamatan dan rekam.

**Bagian Keempat**  
**Bidang Pengembangan**

**Paragraf 40**

- (1) Kepala Bidang Pengembangan melaksanakan tugas pokok melakukan perumusan pelaksanaan kebijakan, melakukan bimbingan teknis, prosedur tata ruang, inventarisasi, pengurusan tata guna di bidang

- pengembangan serta pemupukan kembali kembali kesumberan bidang pengembangan.
- (2) Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bidang Pengembangan menyelenggarakan fungsi:
- melaksanakan koordinasi tugas dengan Kepala Bidang Tata Usaha;
  - perumusan pelaksanaan kebijakan bidang pengembangan;
  - melaksanakan kebijakan di bidang pengembangan;
  - menyusun pedoman, prosedur, kriteria sebagai dasar pelaksanaan kebijakan bidang pengembangan;
  - melakukan pembinaan teknis, monitoring Bidang Pengembangan;
  - melaksanakan administrasi bidang pengembangan; dan
  - melaksanakan tugas kehumasan lain yang diberikan sesuai dengan bidang tugas.
- (3) Persyaratan untuk menduduki jabatan Kepala Bidang Pengembangan:
- memiliki latar pendidikan minimal B-1 Keselamatan;
  - memiliki masa kerja lebih kurang 10 tahun;
  - memiliki pangkat golongan minimal III/g;
  - telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutment pegawai, dan sistem remunerasi dan
  - memperoleh keahlian legal, kepribadian baik, berprestasi dan sehat jasmani dan rohani.

#### Paragraf 1

Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan

#### Paragraf 1

- (1) Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan mempunyai tugas pokok menyelenggarakan perumusan kebijakan dibidang pendidikan dan pelatihan.

- (2) Urut melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan menyelenggarakan fungsi:
- melaksanakan dan menyiapkan, perencanaan kebijakan pedoman, kriteria dan prosedur kerja dibidang pendidikan dan pelatihan;
  - melakukan bimbingan teknis dan mixer bidang pendidikan dan pelatihan;
  - menyapkan data statistik sesuai bidang tugas;
  - menyampaikan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan; dan
  - melak pendidikan dan pelatihan bertanggung jawab kepada Director sesuai Kepala Bidang.
- (3) Perekrutan untuk menduduki jabatan Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan:
- memiliki strata pendidikan minimal S-1 Keseluruhan
  - memiliki masa kerja lebih kurang 10 tahun
  - memiliki pangkat golongan minimum III/b
  - memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang tugasnya
  - telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem recruitment pegawai, dan sistem remunerasi; dan
  - mempunyai keahlian tinggi, berkemampuan baik, berprestasi dan sehat jasmani dan rohani.

#### Paragraf 43

- (1) Kepala Seksi Penanaman dan Humas mempunyai tugas pokok menyiapkan, perencanaan, dan melaksanakan kebijakan, penyusunan pedoman, kriteria dan prosedur serta bimbingan teknis dan evaluasi di bidang penanaman dan humas.
- (2) Urut melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Penanaman dan Humas menyelenggarakan fungsi:
- melaksanakan dan menyiapkan, perencanaan kebijakan pedoman, kriteria dan prosedur kerja dibidang penanaman dan humas.

- b. melakukan berbagai teknik dan sumber bidang pemasaran dan humas;
  - c. melaporkan data statistik sesuai bidang tugas;
  - d. menyampaikan data statistik kepada sekretariat;
  - e. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.
1. soal pemasaran dan humas bertanggung jawab kepada Direktur melaku kepada Bidang Pengembangan.
2. Persyaratan untuk menduduki jabatan Kepala Sub Bidang Pemasaran dan Humas:
- a. memiliki strata pendidikan minimal S-1 Kesehatan;
  - b. memiliki masa kerja lebih kurang 10 tahun;
  - c. memiliki pangkat golongan minimal III/b;
  - d. memiliki pengalaman jabatan: paling singkat 3 (tiga) tahun dalam bidang tugasnya;
  - e. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutment pegawai, dan sistem remunerasi; dan
  - f. mempunyai kelulusan tinggi, berkepribadian baik, berprestasi dan sehat jasmani dan rohani.

**Bagian Ketiga**  
**Wewenang Direktur**

**Pasal 43**

Direktur mempunyai wewenang untuk:

- a. menerima dan menegokah surat sakit sesuai dengan tujuan RSUD dengan senantiasa berusaha mengurangi daya guna dan hasil guna;
- b. menggunakan, merevisi dan mengaktifasi aset rumah sakit;
- c. mewakili rumah sakit baik di dalam dan di luar pengadilan;
- d. menetapkan kebijakan anggaran modal dan operasional rumah sakit;

- f. menetapkan kebijakan dan prosedur, menyusun pendidikan, pemilihan dan pengembangan para profesional dibidang kesehatan;
- g. pengembangan usaha dalam mengelola RSUD sebagaimana yang telah diarahkan oleh Pemerintah Daerah;
- h. menyoalokan rencana jangka panjang dan RBA RSUD;
- i. mengadakan dan menyelenggara perubahan serta administrasi RSUD sesuai dengan kebijakan yang berlaku bagi rumah sakit;
- j. mengaulatkan organisasi dan tata kerja RSUD bersikap dengan standar jabatan, dan rincian tugasnya untuk ditetapkan oleh Bupati;
- k. menetapkan kebijakan dan prosedur serta menyertakaji pendidikan para profesional kesehatan dan penelitian;
- l. mengadakan dan memberhentikan tenaga honorer dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan perubahan perundang-undangan;
- m. menetapkan hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban tenaga honorer dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- n. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala.

**Bagian Kedelapan**  
**Persyaratan Direktur**

**Pasal 44**

Syarat-syarat Lucia dapat diangkat menjadi Direktur adalah sebagai berikut:

- a. memiliki strata pendidikan minimal S1 Kesehatan;
- b. memiliki masa kerja lebih kurang 10 tahun (sepuluh tahun);
- c. memiliki pangkat golongan minimal III/d atau setara;
- d. mempunyai kompetensi di bidang perumahsakitaa;
- e. ditunjukkan telah mengikuti pelatihan penunjalmbilitaan meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategi bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, Tata Kelola Rumah Sakit, SPM, sistem akuntabilitas, sistem perencanaan rumah sakit, pengelolaan sumber daya manusia dan



5. mempunyai kegiatan lingga berkegiatan baik,  
berusaha, sehar pasti dan rehab.

## BAB IX

### SATUAN PEMERIKSA INTERNAL

#### Pasal 51

- (1) SPI berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD;
- (2) SPI dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
- (3) Tugas dan tanggung jawab SPI adalah:
  - a. melakukan laporan dan analisa terhadap tindakan investasi rumah sakit khususnya sejauh mana urusan pengakuan dan pengikisan risiko telah dilaksanakan oleh unit yang bersangkutan;
  - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengujian, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemetaan, sumber daya manusia dan pengembangan rumah sakit; dan
  - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi:
    - 1) informasi penting rumah sakit, tingkat keamanannya;
    - 2) tingkat tindakan rumah sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif;
    - 3) penyajian laporan rumah sakit mematuhi peraturan perundang-undangan;
  - d. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur;
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (3), SPI berfungsi sebagai unit monitoring yang bersifat independen untuk:
  - a. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengorganisasikan investasi dan aset rumah sakit;
  - b. melakukan penilaian secara dan implementasi pengendalian internal dan

- (b) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) dilaksanakan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur;
- (c) Badan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan pertimbangan dari Direktur.

## BAB X

## KOMITE

### Pasal 46

- (1) Pejabat pengelola rumah sakit dalam mengelola mutu pelayanan kesehatan berlandaskan keselamatan pasien rumah sakit dibentuk komite-komite yang merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam urusan staf medis, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi, farmasi dan terapi serta dalam rangka menghubungkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Penyelenggaraan 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 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 Kedua

#### 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 medis.

### Paragraf 2

#### Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik

#### Pasal 48

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur RSUD;
- (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; dan
- (5) Anggota Komite Medik terbagi kedalam Subkomite.

### Paragraf 3

#### Pemilihan Komite Medik

#### Pasal 49

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

### 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;

- a. memelihara mutu profesi Staf Medis, dan
  - a. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi Staf Medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas Kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan keahlian dari kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengujian:
    - 1) kompetensi;
    - 2) kesehatan fisik dan mental;
    - 3) perilaku;
    - 4) etika profesi;
  - c. evaluasi data pendidikan profesional berkelanjutan berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap pemegang kewenangan klinis;
  - e. penilaian dan penentuan kewenangan klinis yang akurat;
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan merekomendasikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
  - g. melakukan proses rekreditasi pada saat berakhirnya masa berlaku surat pengesahan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
  - h. rekomendasi kewenangan klinis dan pemberian surat pengesahan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pembinaan insidiv 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 pengembangan bagi Staf Medis yang dibutuhkan.



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

#### Paragraf 4

#### Wewenang Komite Medik

#### Pasal 51

Komite medis mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. memberikan rekomendasi susunan kewenangan klinis/abstraction of clinical privilege;
- b. memberikan rekomendasi susun pembagian klinis/clinical appointment;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis/clinical privilege;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi susunan kewenangan klinis/abstraction of clinical privilege;
- e. memberikan rekomendasi tidak lanjut suatu medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan/peaching; 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 medis yang bekerja di rumah sakit.

- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
- a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Pasien;
  - c. Sub Komite Etna dan Disparitas Profesi.

**Paragraf 6**  
**Sub Komite Kredensial**

**Pasal 53**

Untuk mempromosikan masyarakat, Komite Medik memiliki peran melakukan kredensial/rekredensial bagi seluruh staf medis di rumah sakit melalui Sub Komite Kredensial.

**Paragraf 7**

**Organisasi Sub Komite Kredensial**

**Pasal 54**

- (1) **Struktur 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.**
- (4) **Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan kewenangan klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, kerangka yang diperlukan.**
- (5) **Pada akhir proses kredensial, Komite Medik memformulasikan rekomendasi kepada RSD tentang lingkup kewenangan klinis seorang Staf Medis.**
- (6) **Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap Staf Medis yang ditugaskan pemohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat pengakuan klinis.**

Paragraf 8

Tata Kerja Sub Komite Keperawatan

Paragraf 55

- (1) Staf media melaporkan permohonan kewenangan klinis kepada Direktur rumah sakit dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilampirkan bahan-bahan pendukung.
- (2) Berhas permohonan staf media yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur rumah sakit kepada Komite Medik.
- (3) Keluar terhadap formulae daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh petohon.
- (4) Pengajian oleh Sub Komite Keperawatan meliputi elemen:
  - a. kompetensi:
    - 1) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang ditetapkan oleh lembaga pemerintah yang bertanggung jawab itu;
    - 2) kognitif;
    - 3) afektif;
    - 4) psikomotor;
  - b. kompetensi fisik:
    - 1) kompetensi mental/perilaku; dan
    - 2) 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 didukung dengan meminta masukan dari setiap kelompok Staf Medik;
  - b. menguji kewenangan klinis bagi petohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis; dan
  - c. menguji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis dilibatkan secara periodik.
- (7) Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh Komite Medik rekomendasi berupa:



- (A) Sub Komite kredensial bagi setiap Staf Media yang mengajukan permohonan pada saat berlakunya masa berlaku surat perijinan klinis 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 cacat/ditertawakan; dan
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (B) Bagi staf media yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambati kewenangan klinis yang cacat dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur rumah sakit. selanjutnya, Komite Medik menyelenggarakan pemeriksaan profesi antara lain melalui wawancara, pengamatan langsung.

#### Paragraf 9

##### Sub Komite Mutu Profesi

#### Pasal 25

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

#### Paragraf 10

##### Organisasi Sub Komite Mutu Profesi

#### Pasal 27

Struktur Organisasi Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari:

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



Pasal 11

Tata Kerja Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 11

- (1) Tata kerja sub komite mutu profesi dalam pelaksanaan audit media harus dapat memenuhi 4 (empat) poin penting yaitu:
  - a. sebagai acuan untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing Staf Media pemberi pelayanan di rumah sakit;
  - b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis/critikal protektif sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan atau penuguhan kewenangan klinis/critikal protektif;
  - d. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rencana kewenangan klinis sesuai Staf Media.
- (2) Langkah-langkah pelaksanaan audit media 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. menetapkan perbaikan; dan
  - g. rencana tindak.
- (3) Sub Komite mutu profesi dapat merekomendasikan pendirian berkeseluruhan bagi Staf Media terdiri dari:
  - a. menentalkan pertemuan insial yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok Staf Media dengan pengurusan waktu yang disesuaikan;
  - b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus secara lain meliputi kasus kematian tidak wajar, kasus sulit maupun kasus lainnya;
  - c. setiap kali pertemuan insial harus disertai notulen, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan



dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;

- d. menyusun beserta daftar hadir menjadi dokumen; setiap Sub Komite mata profesi;
  - e. Sub Komite mata profesi bersama-sama dengan kelompok Staf Medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Sub Komite mata profesi yang melibatkan Staf Medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta ahli;
  - f. setiap kelompok Staf Medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Sub Komite mata profesi per tahun;
  - g. Sub Komite mata profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengonfirmasi status angka kredit dari dosen 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 laporan kepada manajemen.
- 19) Sub Komite Mata Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (mentoring) bagi staf medis yang membutuhkan:
- a. menentukan mana staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan kewenangan klinis;
  - b. Komite Medis berkoordinasi dengan Direksi untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (mentoring) tersebut.

#### Paragraf 22

#### Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

#### Pasal 38

Peran Komite Medis dalam upaya pendampingan staf medis dilibatkan oleh Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.

### Paragraf 13

#### Organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

### Pasal 60

Susunan organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

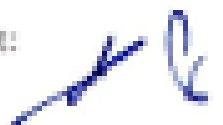
- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

### 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) Tolak 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/klirik; 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 Etik dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
- 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 Direksi RSUD atau Direktur Rumah Sakit setempat.

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

a. sumber laporan:

1. perawatian;

a) manajemen rumah sakit;

b) staf medis lain;

c) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;

d) pasien atau keluarga pasien;

2. non perawatian:

a) hasil konferensi konsultasi;

b) hasil konferensi klinis;

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

1. kompetensi klinis;

2. pemertimbangan kasus medis;

3. pelanggaran disiplin profesi;

4. penggunaan obat atau alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kesehatan 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. diawasi oleh petugas sekretariat Komite Medik;

4. terdapat dapat didampingi oleh personal dari rumah sakit tersebut;

5. panel dapat menggunakan ketertarikan ahli sesuai kebutuhan;

- h. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia;

d. keputusan

1. Keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi diadahi berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit.
2. Bila masa terapan masa ketahanan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberataannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur RSUD melalui Komite Medik.

e. rekomendasi pemberian tindakan pendidikan profesi pada staf medis oleh Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi di rumah sakit berupa:

1. peringatan tertulis;
2. limitasi (pembatasan) kewenangan klinis;
3. bekerja dibawah pengawasan dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.

f. pelaksanaan Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur RSUD dan Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan tindakan.

56) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mengawasi materi kegiatan pendidikan profesionalisme kedokteran.

57) Pelaksanaan pendidikan profesionalisme kedokteran dapat dilaksanakan dalam bentuk seminar, diskusi, simposium, lokakarya yang dilaksanakan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medik.

- (8) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan/pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang berpeteg untuk memberikan pertimbangan/pengambilan keputusan etc.

**Paragraf 13**  
**Rapat Komite Medik**

**Paragraf 62**

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari:
- a. Rapat Rutin bulanan dilaksanakan bersama dengan Staf Medik yang disampingkan setiap 1 (satu) bulan sekali;
  - b. rapat koordinasi dengan pejabat pengelola rumah sakit yang disampingkan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
  - c. Rapat Khusus, diadakan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya urgent, dan;
  - d. rapat tahunan, dilaksanakan sekali setiap tahun.
- (2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris apabila ketua tidak dapat hadir.
- (3) Rapat Rutin dilaksanakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kurun tersebut tidak tercapai maka rapat dilaksanakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 (lima) menit, selanjutnya rapat dianggap khusus.
- (4) Setiap Rapat Khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola rumah sakit dan pihak-pihak lain yang ditetukan oleh Ketua Komite Medik;
- (5) Keputusan rapat Komite Medik ditandatangani atau secara elektronik;
- (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) Dokter rumah sakit dapat mengemukakan perubahan atau pemansan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat



yang tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat;

- (9) Dalam hal terjadi perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (8) tidak diberikan dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat dimaklanya usulan tersebut.

#### Paragraf 16.

#### Rapat Khusus

#### Pasal 63

- (1) Rapat Khusus diadakan apabila:
- a. ada permintaan dari laras (rangin paling sedikit 3 (tiga) anggota Sidh Media;
  - b. ada masalah atau situasi tertentu yang memerlukan untuk segera dibangun oleh Komite Media; dan
  - c. rapat khusus diryotokan oleh apotika diladen paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Media, atau dalam hal kurun, tidak tercapai maka Rapat Khusus diryotokan oleh apotika dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (2) Undangan Rapat Khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Media kepada seluruh anggota paling lambat 10 (dua puluh) menit jam sebelum rapat dilaksanakan.
- (3) Undangan Rapat Khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (4) Rapat Khusus yang diminta oleh anggota Sidh Media sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus a harus dilaksanakan 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

#### Paragraf 17.

#### Rapat Tahunan

#### Pasal 64

- (1) Rapat Tahunan Komite Media 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.
- (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 dipilih melalui rapat umum dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD;

- (2) Sekretaris dan Badan Komite dimasukkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari Tenaga Keperawatan yang bekerja di RSUD.

#### Paragraf 4

#### Tugas dan Fungsi Komite Keperawatan

##### Pasal III

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur Rumah Sakit dalam melakukan koordinasi, pembinaan kepada 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 koordinasi keperawatan;
  - b. penyelenggaraan tolak pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
  - c. pemberian motivasi dalam pemsewaan masalah profesi keperawatan melalui pembekalan;
  - d. penggabian masalah dan ide-ide yang berkembang dan pembaruan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
  - e. penyelenggaraan pendidikan dan pembekalan kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki; dan
  - f. penyelenggaraan advokasi dengan memelihara perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menentang hak-haknya termasuk masalah hukum.

#### Paragraf 5

#### Wewenang Komite Keperawatan

##### Pasal III

Komite Keperawatan mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. menilai dan menubuhkan panitia kegiatan Keperawatan (Panitia Ad Hoc) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan;



- b. mengontrol rencana kebidanan berupa keperawatan dan proses perempuian tenaga keperawatan berdasarkan standar profesi;
- c. mengontrol pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- d. membimbing prawat dalam penyelesaian kerja dan karir;
- e. memelihara pertukaran tentang kebidanan dan kebidang keperawatan.

#### Paragraf 6

##### Sub Komite

#### Pasal 10

- (1) Ketua sub Komite ditetapkan oleh Direktur RSUD 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 rencana kewenangan klinis;
  - b. menyusun buku pedoman;
  - c. memeriksa hasil verifikasi persyaratan kredensial;
  - d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
  - e. merekomendasikan pemulhan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
  - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 3 (tiga) tahun;
  - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diserahkan kepada Direktur.

- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya team ad hoc, kepada Ketua Komite Keperawatan.

Paragraf 8

Sub Komite Mutu Profesi


Pasal 72

- (1) Sub Komite Mutu Profesi mempunyai tugas sebagai berikut:
- menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
  - merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - melakukan audit asuhan keperawatan;
  - 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 8

Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 72

- (1) Sub Komite Mutu Profesi mempunyai tugas sebagai berikut:
- menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
  - merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - melakukan audit asuhan keperawatan;
  - 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

#### Paragraf 70

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mempunyai tugas sebagai berikut:
  - a. melaksanakan 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 satuan keperawatan;
  - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat izin praktik klinis;
  - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etik dalam satuan keperawatan.
- (2) Untuk menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan membentuk team ad hoc baik mandatori atau permanen.
- (3) Hasil kerja team ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

## Paragraf 10

### Rapat

#### Paragraf 71

- (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
  - b. rapat kerja keperawatan dilaksanakan dalam suasana santai dan bersifat terbuka;

1. rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan;
2. Sub Komite, Kasu Keperawatan, Panitia Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan; dan
3. agenda rapat kerja adalah membahas rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun;

#### ii. Rapat Rutin:

1. Rapat Rutin Keperawatan dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali diawasi oleh bidang keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota Komite Keperawatan;
2. agenda Rapat Rutin adalah membahas masalah masalah keperawatan; dan
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 Kasu Keperawatan; dan
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, Kasu Keperawatan, Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan;
3. agenda sidang tahunan adalah membahas rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mempersiapkan pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu; dan

4. keputusan yang diambil harus ditentang selantang-lurangnya oleh 2/3 (dua per tiga) peserta yang hadir.

#### Bagian Ketiga

#### Komite Etik dan Hukum

##### Pasal 70

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk guna membantu Direktur untuk memonitorisasikan 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 Badan Hukum dan HAM Sekretariat Daerah Kabupaten Dompu dan Tim Penasehat/Asesorius Hukum yang ditunjuk Pemerintah Daerah Kabupaten Dompu dalam menyelesaikan masalah medikolegal.
- (2) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD.
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah mengpertimbangkan masukan dari para Kepala Bagian dan Indrag.
- (4) Dalam melaksanakan tugas Komite Etik dan Hukum berfungsi:
  - a. menyelenggarakan dan meningkatkan koordinasi medikolegal, baik internal maupun eksternal RSUD;
  - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di RSUD;
  - c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah masalah etika dan hukum di RSUD;
- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (4) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi;

- (f) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan pengujian dari Direktur.

#### Bagian Kesempatan

#### Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

##### Paragraf 70

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (KPI) dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (KPI) mempunyai tugas:
- a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
  - b. menyusun serta menetapkan, memantulkannya dan mengevaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit;
  - c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) termasuk Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Rumah Sakit;
  - d. memfasilitasi, mengkoordinasi pengendalian alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan semua lini yang menggunakan;
  - e. bertindak sebagai tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medis, non medis dan tenaga lainnya serta pengurus jemaat rumah sakit; dan
  - h. menerima laporan atau keluhan dari PPI dan bertindak sebagai berkala kepada Direktur.
- (3) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

- 14) Komite FM dibentuk dan dihapuskan dengan Keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bagian dan Kepala Bidang.

**Bagian Keempat**  
**Komite Farmasi dan Terapi:**

**Pasal 77**

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pelayanan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas sebagai berikut:
- a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, menghormati rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotik;
  - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
  - c. melaksanakan pengujian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
  - d. menulis buku-buku kerja sebagai acuan teknik didalam rumah sakit yang secara umum berhubungan dengan obat;
  - e. meninjau penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang ditanyakan oleh anggota staf medis;
  - f. mengelola obat yang digunakan dalam kategori khusus; dan
  - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembanahkan kemampuan 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 dihapuskan dengan Keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang.



## BAB XI STAF MEDIS FUNGSIONAL

### Pasal 78

- (1) Staf Medis Fungsional (SMF) adalah kelompok dokter yang bekerja dibidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Staf Medis Fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan, rehabilitasi, peningkatan dan pemeliharaan 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 XI INSTALASI

### Pasal 79

- (1) Instalasi merupakan penyediaan Pelayanan Medis dan keperawatan pelayanan penunjang medis, kegiatan penelitian pengembangan, pendidikan, pelatihan dan pemeliharaan sarana rumah sakit.
- (2) Setiap instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi dalam jabatan non struktural yang bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis dan kebutuhan organisasi serta ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Jenis-jenis Instalasi pada RSUD terdiri dari:
  - a. Instalasi Rawat Jalan;
  - b. Instalasi Rawat Inap;
  - c. Instalasi Gawat Darurat;
  - d. Instalasi Farmasi;
  - e. Instalasi Laboratorium;
  - f. Instalasi Radiologi;
  - g. Instalasi Bedah Sentral;
  - h. Instalasi GIG;
  - i. Instalasi Rehabilitasi Medik;



- j. Instalasi Pemasangan dan Pemeliharaan Listrik;
  - k. Instalasi pendingin;
  - l. Instalasi Sterilisasi Sentral dan Rumah;
  - m. Instalasi Hemodialisa;
- (ii) Setiap perencanaan dan tata kerja instalasi rumah sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal, baik dilingkupannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.
- (iii) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dituntut oleh konsep fungsional/ terintegrasi dan fungsional.

#### Pasal 81

- (i) Kepala instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 79 ayat (a) mempunyai tugas pokok, fungsi, tanggung dan tanggung jawab yang meliputi:
- a. tugas pokok Kepala Instalasi menyelenggarakan pelayanan, tindakan, pengendalian tenaga dan administrasi pelayanan sesuai peraturan yg berlaku;
  - b. dalam melaksanakan tugas pokok Kepala Instalasi mempunyai fungsi meneliti, mengorganisasikan dan mengawasi kegiatan di pelayanan instalasi, penelitian dan pengembangan tenaga dan administrasi pelayanan instalasi;
  - c. Kepala Instalasi mempunyai wewenang dan tanggung jawab:
    1. mengembangkan kemampuan di lingkungan instalasi mengkoordinir, mengawasi, dan mengendalikan pelaksanaan kegiatan satuan kerja di lingkungan instalasi;
    2. menyusun laporan kegiatan instalasi berdasarkan rencana kegiatan agar dapat dilaksanakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
    3. mengadakan koordinasi dengan unit kerja lain yang relevan untuk menyusun program kerja sebagai bahan penyusunan program kerja rumah sakit;

4. mengetahui nilai, kebutuhan tenaga, peralatan medis/non medis serta obat-obatan untuk menunjang kegiatan dan pelaksanaan tugas serta pengembalian sesuai kebutuhan dan peraturan yang berlaku;
  5. mengawasi dan bertanggung jawab terhadap tata tertib, disiplin, ketertarikan, keamanan dan kelancaran tugas di lingkungan Instalasi;
  6. mengkoordinasikan pembinaan pegawai di lingkungan Instalasi;
  7. mengatur dan mengawasi serta bertanggung jawab terhadap semua harta kekayaan rumah sakit yang berada di lingkungan Instalasi agar selalu dalam keadaan baik, lengkap, dan aman serta selalu siap di pakai;
  8. mengabdikan serta memajukan kegiatan untuk disampaikan dan dilaksanakan di lingkungan unit kerjanya;
  9. mengadakan rapat rutin setiap bulan sesuai dengan staf dan mengadakan evaluasi terhadap semua kegiatan di lingkungan Instalasi; dan
  10. melaksanakan kegiatan/tugas lainnya yang diberikan oleh atasan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas, fungsi dan kewenangannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kepala Instalasi bertanggung jawab kepada Direktur RSUD dan bertanggung jawab secara administratif kepada Kepala Bidang.

## BAB XI.

### KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

#### Pasal 11.

- (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 melaksanakan 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 di lingkungan unit kerja rumah sakit sesuai kompetensinya.

## BAB XII

### KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

#### Bagian Kesatu

#### Organisasi dan Keanggotaan

##### Paragraf 1

- (1) Komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien dibentuk oleh Direktur,
- (2) Susunan Organisasi Komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien terdiri dari:
  - a. Ketua peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
  - b. Koordinator terdiri dari:
    - 1. koordinator mutu;
    - 2. koordinator keselamatan pasien; dan
    - 3. koordinator manajemen risiko.
- (3) Masing-masing Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien pada RSUD minimal minimal 3 (tiga) tahun.
- (4) Dalam pelaksanaan tugas Komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien pada RSUD bertanggungjawab kepada Direktur.

#### Bagian Kedua

#### Tugas Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

##### Paragraf 1

- (1) Ketua Komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien 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, prosedur, mutu dan keselamatan pasien;
- c. mengawasi terhadap implementasi standar prosedur operasional pelayanan dan administrasi, program program mutu serta menjalankan peran dan melakukan monitor, evaluasi, konsultasi, monitoring, evaluasi implementasi program keselamatan pasien rumah sakit;
- d. menyusun dan menindaklanjuti laporan hasil pencapaian program program mutu dan keselamatan pasien;
- e. menyusun jadwal besar kegiatan akreditasi nasional dan internasional;
- f. memfasilitasi kegiatan terkait peningkatan pengembangan, inovasi dan gugus kerja mutu;
- g. memimpin koordinasi kepada bagian/bidang/komitee/unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus pada pasien dan manajemen;
- h. bersama-sama dengan bagian bidang 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 ke Komite keselamatan pasien rumah sakit perhimpunan rumah sakit seluruh Indonesia;
- l. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait:
  1. insiden potensial cedera;
  2. kejadian kritis cedera;
  3. kejadian tidak cedera;
  4. kejadian tidak diharapkan; dan
  5. kejadian kematian;



(2) Koordinator Mutu Klinik mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. membuat rencana strategi dan menyusun panduan manajemen mutu klinik;
- b. mengevaluasi implementasi standar prosedur operasional pelayanan;
- c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu klinik;
- d. mengontrol hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu klinik;
- e. mengorganisasikan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator mutu klinik;
- f. menyusun dan mendistribusikan bahan sosialisasi terhadap pencapaian indikator mutu klinik;
- g. mengaktifkan rapat, pertemuan, workshop dan seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal atau eksternal rumah sakit;
- h. menyusun dan melaksanakan prosedur pelaksanaan rekayasa data internal klinis indikator mutu klinik;
- i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan internal dan gugus kendali mutu;
- j. membuat laporan kegiatan pengembangan, internal dan gugus kendali mutu.

(3) Koordinator mutu manajemen mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. membuat rencana strategi dan menyusun panduan manajemen mutu manajemen;
- b. mengevaluasi implementasi standar prosedur operasional administrasi dan sumber daya;
- c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu manajemen;
- d. mengontrol hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu manajemen;
- e. mengorganisasikan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator manajemen.

- f. menyusun dan mendistribusikan bahan reunifikasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen:
  - a. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan/orasi seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
  - b. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
  - c. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali;
  - d. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- g) Koordinator keselamatan pasien memonitoring tugas sebagai berikut:
  - a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan keselamatan pasien rumah sakit;
  - b. melakukan presentasi, pelayanan dan analisis masalah terkait dengan kejadian tidak diharapkan, kejadian nyata kritis dan kejadian sentinal;
  - c. memproses laporan masalah keselamatan pasien (akuteral) ke Komite keselamatan pasien rumah sakit perimbangan rumah sakit seluruh Indonesia;
  - d. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait kejadian tidak diharapkan, kejadian nyata kritis dan kejadian sentinal; dan
  - e. membuat laporan kegiatan ke pimpinan secara berkala.

#### BAB XIV TATA KEMAJA

##### Pasal 84

- (1) Dalam rangka melaksanakan tugas setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan RSUD wajib menempatkan prinsip koordinasi, integrasi sinkronisasi dan pertukaran lintas fungsi (cross functional approach) secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan instansi lain sesuai tugas masing-masing.

- (2) Setiap pimpinan suatu organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Setiap pimpinan suatu organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.
- (4) Setiap pimpinan suatu organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.
- (5) Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan suatu organisasi dari bawahan, wajib dilalah dan dipergunakan sebagai bahan pengetahuan 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 atascannya masing-masing.

## BAB XV

### PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

#### Bagian Kedua

#### Tujuan Pengelolaan

##### Pasal 81

Pengelolaan sumber daya manusia merupakan pengetahuan 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 Ketiga

#### Pengangkatan Pegawai

##### Pasal 82

- (1) Pegawai NBLK dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhannya.



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

**Bagian Ketiga**  
**Perpindahan Pegawai**

**Pasal 47**

- (1) Perpindahan Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil di lingkungan rumah sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengendalian biaya.
- (2) Perpindahan dilaksanakan dengan mempertimbangan:
  - a. penerapan anggaran pada pekerjaan yang sesuai dengan produktifitas dan kemampuannya;
  - b. masa kerja dalam tertentu;
  - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
  - d. kegunaannya dalam menunjang kerja; dan
  - e. kualifikasi fisik dan psikis pegawai.

**Bagian Keempat**  
**Pemberhentian Pegawai**

**Pasal 48**

- (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. masa pensiunan sudah;
  - c. mencapai batas usia 55 tahun;
  - d. penyelesaian organisasi Rumah Sakit;
  - e. tidak cukup jumlah atau rekrutasi sehingga tidak dapat melanjutkan kewajiban pegawai Non PNS; dan
  - f. tidak tersedia anggaran.





referensial sesuai dengan prosedur penentuan anggota Staf Media fungsional.

- (4) Kewenangan klinis diberikan kepada seorang anggota Staf Media fungsional untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan klinis sementara adalah kewenangan klinis yang diberikan Direktur RSUD berdasarkan kewenangan klinis yang dimiliki di rumah sakit asal dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di RSUD kepada Dokter Tama yang berada sementara.
- (6) Pemberian kewenangan klinis yang dapat diberikan sesuai yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur referensial dari Bah Komite Referensial Komite Medik.

### Paragraf 2

#### Proses Penilaian Kewenangan Klinis

### Paragraf 1

Proses penilaian kewenangan klinis mempunyai kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan insidensial kewenangan klinis:

#### a. pendidikan:

1. lulus dari seluruh pendidikan yang terakreditasi.
2. menyelesaikan program pendidikan kedokteran.

#### b. pertamian (lisensi)

1. memiliki Surat Tanda Registrasi yang sesuai dengan bidang profesi.
2. memiliki ps. praktik dari Dinas Kesehatan yang masih berlaku.

#### c. kegiatan pertanggung jawaban profesi

1. menjadi anggota organisasi yang melibatkan penilaian kompetensi bagi anggotanya.
2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.

#### d. kualifikasi personal:

1. always disiplin dan etis profesi.
2. keanggotaan dalam pertanggungjawaban profesi yang diakui.
3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alcohol yang

- dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
  - 4. riwayat keterlibatan dalam tindakan keahliannya;
  - 5. memiliki asuransi profesi;
- d. pengalaman di bidang keprofesian:
- 1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
  - 2. riwayat tulisan media atau klien oleh pasien selama menjalankan profesi.

### Paragraf 3

#### Pembinaan Kewenangan Klinis

##### Paragraf 12

- (1) Komite Medik bisa memancing para dokter memberi rekomendasi kepada Direktur rumah sakit agar kewenangan klinis anggota Staf Medik fungsional ditata berdasarkan atas usulan dari Sub Komite kredensial.
- (2) Pembinaan kewenangan klinis ini dapat diperluas kepada para anggota Staf Medik fungsional tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di RSUD dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan pasien dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinis, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.
- (3) Sub Komite kredensial membuat rekomendasi pembatasan kewenangan klinis anggota Staf Medik fungsional setelah melalui prosedur:
  - a. ketua Staf Medik fungsional mengajukan surat untuk mempertimbangkan pembatasan kewenangan klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
  - b. ketua Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Sub Komite kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota Staf Medik fungsional yang bersangkutan;
  - c. Sub Komite kredensial bertukar temuan/ opini anggota Staf Medik fungsional yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan menubuh diri setelah sebelumnya telah kesanggupan untuk menubuh dan

mengalami multi-bukti terdapat adanya pelanggaran/penghapusan yang telah disebutkan di atas.

- D. Sub Komite kredensial dapat menerima pendapat dari pihak lain yang terkait.

#### Paragraf 4

##### Pencabutan Kewenangan Klinis

###### Pasal 53

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur RSUD atau rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite etika dan disiplin profesi dan Sub Komite kredensial.
- (2) Pencabutan kewenangan klinis dilaksanakan apabila:
  - a. adanya gangguan kesehatan fisik dan mental;
  - b. adanya ketidakefektifan medis yang diduga karena inkompetensi;
  - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

#### Paragraf 5

##### Pengakhiran Kewenangan Klinis

###### Pasal 54

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur RSUD atau rekomendasi Komite Medik berdasarkan usulan dari Sub Komite etika dan disiplin profesi dan Sub Komite kredensial.
- (2) Pengakhiran kewenangan klinis dilaksanakan apabila saat perijinan klinis habis masa berlakunya.

#### BAHAYA

##### PENULASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)

###### Pasal 55

- (1) Setiap staf medis yang melakukan tindakan medis harus memiliki surat penugasan klinis dari Direktur RSUD berdasarkan arahan kewenangan klinis setiap staf medis yang direkomendasikan Komite Medik.



- (2) Tenaga sariat penguasaan klinis maka seorang Staf Medis tidak dapat menjadi anggota kelompok Staf Medis sehingga tidak boleh melaksanakan pelayanan medis di RSUD.

#### BAB XVII

#### PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

##### Pasal 96 :

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan aturan-aturan profesi bagi staf medis secara menyeluruh diluar peraturan internal Staf Medis (Medical Staff Rules).
- (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/pemeriksaan ulang terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengisianannya.

#### BAB XIX

#### TATA CARA REVIEW DAN PERUBAHAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

##### Pasal 97 :

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff Rules) dapat dilakukan berdasarkan adanya perubahan peraturan perundang-undangan yang melaksanakannya.
- (2) Waktu perubahan peraturan internal staf medis ini dilakukan paling lama setiap 5 (lima) tahun;
- (3) Perubahan dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medik RSUD;
- (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.

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

**Pasal 98**

- (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**  
**Informasi Medis**

**Pasal 99**

- (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 100**

- (1) Hak Pasien meliputi:
  - a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di RSUD;
  - 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 terlindung dari kerugian fisik dan materi;
- f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
- g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan kemampuan dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai surat izin praktik bila di dalam maupun di luar rumah sakit;
- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k. mendapatkan persetujuan atau menyetujui atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. dilindungi kerahasiaannya dalam keadaan kritis;
- m. menjelaskan biaya sesuai kemampuan atau kepercayaan yang dimilikinya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n. memperoleh informasi dan konsultasi dirinya serta dalam perawatan di rumah sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan atau perlakuan rumah sakit terhadap dirinya;
- p. memilih pelayanan lingkungan rumah yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dimilikinya;
- q. mengajukan dan/atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang

tidak sesuai dengan standar baik secara pribadi ataupun umum; dan

- f. mengizinkan 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, media yang ada, hasil pemeriksaan melalui/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
- c. mengikuti rencana pengobatan yang ditetapkan oleh dokter termasuk instruksi pola perawatan dan profesional kesehatan yang lain sesuai instruksi dokter;
- d. memperlakukan staf rumah sakit dan pasien lain dengan hormat dan baik serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pelayanan rumah sakit;
- e. menghormati pribadi orang lain dan barang milik rumah sakit;
- f. tidak membawa alkohol dan obat-obat yang tidak mendapat persetujuan/serjua ke dalam rumah sakit;
- g. bertanggung jawab 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. mematuhi semua kewajiban finansial atas layanan pasien sebagaimana kebijakan rumah sakit;
- k. menandatangani/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter;
- l. bertanggung jawab atas tindakan/tindakanannya sendiri jika timbul akibat pengobatan atau servis dokter; dan

- m. memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah disepakati bersama.

Paragraf Keempat  
Hak dan Kewajiban Dokter

Pasal 101

- (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.
- (2) Kewajiban Dokter meliputi:
- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis;
  - b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
  - c. menyediakan 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 102

- (1) Hak Rumah Sakit meliputi:
- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
  - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan

penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

- c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka meningkatkan 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 sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan

2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi:

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan RSUD khususnya ditunjukkan kepada masyarakat;
- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, serasi, diskriminasi, dan efektif dengan menggunakan 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, tindakan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian lain lintas, serta bakti sosial bagi masyarakat;
- g. membantu, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di RSUD sebagai umum dalam melayani pasien;
- h. meningkatkan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang

- linggi, karena untuk orang cacat, Waraka menyisail, anak-anak dan lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
  - k. memulai program pasien yang bertanggung sebagai 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 penelitian, dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
  - q. membuat daftar tenaga medis yang melaksanakan 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. memberitakakan sejarah lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

## BAB XXI

### KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

#### Passer (1)

- (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.
- (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.
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang

pelaksanaan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bidang Pelayanan RSUD.

- (8) Proses dan dokumen review serta pemantauan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 6 (enam) tahun sekali dan jika terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

#### Pasal 104

- (1) Dalam halang pengendalian RSUD perlu dilakukan pengendalian untuk menjamin bahwa fungsi kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelayanan dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Subbagian Umum Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelayanan diendahkan melalui salinan terkendali;
- (2) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarki struktural;
- (3) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang luas diakses harus dilakukan dengan yang sudah ilihai, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana;
- (4) Pengkajian kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang diadukan atau diendahkan dengan menggunakan dokumen melalui tulisan formal master list dokumen eksternal;
- (5) Formal dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur;
- (6) Identifikasi dan pemantauan dan simulasikan seluruh kebijakan dan prosedur menggunakan buku register dan master list yang dikelola oleh Subbagian Umum Bagian Tata Usaha.

#### BAB XIII

#### KEHLARIFAN/KONTRAK

#### Pasal 105

- (1) Diskusi mengenai keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang

- dapat dilakukan dengan jalan melalaikan perjanjian kerjasama/kontrak.
- (2) Para pihak dapat memproklamasi atau menandatangani rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu;
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menyetujui rencana kerjasama/kontrak tersebut dapat ditandatangani dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat:
- a. objek 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. analisis risiko; dan
  - h. penyelesaian perselisihan.
- (4) Isi materi perjanjian kerjasama/kontrak dikoreksi dan disetujui melalui pembubuhan paraf/dot para pejabat yang berwenang yaitu:
- a. Kontrak klinis disetujui oleh unit pelayanan utama bertanggung kepada pejabat berwenang sesuai hirarki pelayanan. Kepala Bidang Pelayanan berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis.
  - b. Kontrak manajemen dukungan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjangka kepada pejabat berwenang sesuai hirarki administrasi sumber daya. Kepala Bagian Tata Usaha berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen.
- (5) Berilah stempel paraf/dot kedua belah pihak dan tanggal diberi nomor oleh para pihak.

#### Paraf 106

- (1) Perundang-undangan kerjasama/kontrak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 105 ayat (1) dilakukan oleh

- Direktur dan pihak yang berwenang dengan penyetoran minimal yang cukup.
- (2) Hasil kerjasama/kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengetahuan, laboratorium, jasa lainnya dan atau semesta/ial berupa keuntungan.
  - (3) Hasil kerjasama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa uang harus menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
  - (4) Hasil kerjasama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa barang harus dicatat sebagai aset rumah sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
  - (5) Hasil kerjasama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa hasil pelayanan, pengobatan, keterampilan dan jasa lainnya harus sesuai dengan kompetensi yang terutang didalam perjanjian kerjasama/kontrak yang telah dimandatkan oleh rumah sakit tersebut.
  - (6) Fasilitas kerjasama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang ditunjuk secara berjenjang sesuai tingkat pejabat yang berwenang.
  - (7) Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dianggap kurang atau tidak, unit pelaksana dan unit pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

### BAB XIII

#### PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

Bagian Kesatu

Perencanaan

#### Pasal 107

- (1) Rumah sakit menyusun rencana strategis rumah sakit.
- (2) Rencana strategis rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup perencanaan, misi, visi,

- program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan rumah sakit.
- (4) Vial sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan visi-misi yang ingin dicapai.
  - (5) Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat sesuatu yang harus dilakukan atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan rumah sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.
  - (6) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan tahun ke-1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan potensi, peluang, dan kendala yang ada serta ancaman timbul.
  - (7) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan mengemukakan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisis dan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
  - (8) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana kegiatan kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
  - (9) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan kegiatan kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Tugas Ketua

Penganggotaan

#### Paragraf 108

- (1) Rumah sakit menyusun RBA tahunan yang berpedoman kepada rencana strategis rumah sakit.
- (2) Penyusunan RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan anggaran biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendidikan dan kemampuan pendapatan

yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, anggaran pendapatan dan belanja Daerah dan sumber-sumber pendapatan rumah sakit lainnya.

**Bagian Ketiga**  
**Rencana Bisnis dan Anggaran**

**Pasal 109**

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 108, 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. prognosis laporan keuangan;
  - i. perkiraan maju (*forward estimate*);
  - j. rencana pengalangan 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) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

**Bagian Keempat**  
**Persetujuan**

**Pasal 110**

- (1) Rencana strategis bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud Pasal 107 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan RBA serta evaluasi kinerja.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 108 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan

rumah sakit dengan terpidana pada pengadilan  
keuangan rumah sakit.

#### Bagian Kelima

#### Pelaporan dan Pertanggungjawaban

##### Paragraf 111

- (1) Laporan keuangan RSUD 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 menunjukkan informasi pencapaian hasil/kegiatan rumah sakit.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Setiap triwulan RSUD menyusun dan mengumpulkan laporan operasional dan laporan arus kas kepada PPKD.
- (5) Paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.
- (6) Setiap kewasitaraan dan tabung RSUD wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, dan laporan arus kas.
- (7) Catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada PPKD melalui Direktur untuk ditransmisikan ke dalam laporan keuangan Pemerintah Daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

#### BAB XIV

#### PEMBINAAN, PENGAWASAN, EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

#### Bagian Kesatu

#### Pembinaan dan Pengawasan

##### Paragraf 112

- (1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh PPKD.
- (2) Pengawasan operasional rumah sakit dilakukan oleh BPK sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur.



- (d) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh Bupati, PKD, internal RSUD juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

**Bagian Kedua**  
**Evaluasi dan Penilaian Kinerja**

**Pasal 113**

- (1) Visi dan misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, dan evaluasi.
- (2) penilaian kinerja bagi RSUD, review/perubahan visi dan misi dilakukan setiap terpelaksanya perubahan kebijakan oleh Bupati.
- (3) Review/perubahan visi dan misi RSUD dilakukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat evaluasi visi dan misi RSUD.
- (4) Visi dan misi rumah sakit diadukan melalui Keputusan Bupati dan dipublikasikan oleh Kepala Seksi Perencanaan dan Humas RSUD.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur RSUD dilaksanakan melalui sasaran kerja Pegawai Negeri Sipil yang mulai diterapkan pada tahun 2014.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.

**Pasal 114**

- (1) Hasil pengukuran efisiensi dan produktivitas kinerja RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 114 ayat (1) dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Bupati.
- (2) bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUD berpedoman kepada peraturan perundang-undangan.

**BAB XXVI**  
**TUNTUTAN UMUM**

**Pasal 115**

- (1) Dalam hal pegawai RSUD dituntut berurusan dengan hukum pidana, maka itu dilaksanakan pada tuntutannya.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka RSUD bertanggungjawab selama kesalahan yang dilakukan

masih mengikuti aturan atau Standard Operating Procedure (SOP).

- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka HRD tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau Standard Operating Procedure (SOP) yang diberlakukan.

### BAB XXVI KETENTUAN PERALIHAN

#### Paragraf 116

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Nomor 40 Tahun 2023 tentang Pula Tula Rumah Sakit Umum (Hospital Utama) Daerah Kabupaten Dempo (Berita Daerah Kabupaten Dempo Tahun 2023 Nomor 423) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

### BAB XXVII KETENTUAN PENUTUP

#### Paragraf 117

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Dempo  
pada tanggal 31 Desember 2024

  
BUPATI DEMPLO

Diundangkan di Dempo  
pada tanggal 31 Desember 2024

SEKRETARI DAERAH

  
GATOT GILNAWAN PARANTALAN PUTRA

BERITA DAERAH KABUPATEN DEMPLO TAHUN 2024 NOMOR 948