

BUPATI BLORA
PROVINSI JAWA TENGAH
PERATURAN BUPATI BLORA
NOMOR 57 TAHUN 2019

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) PADA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. R. SOEPRAPTO CEPU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BLORA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka untuk mendorong pencapaian visi dan misi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soeprapto Cepu, Peraturan Bupati Blora Nomor 81 Tahun 2016 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R Soeprapto Cepu perlu disesuaikan dan diganti;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soeprapto Cepu;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Berita Negara tanggal 8 Agustus 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Batang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2757);

2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
7. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

9. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
10. Peraturan Daerah Kabupaten Blora Nomor 11 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Blora (Lembaran Daerah Kabupaten Blora Tahun 2016 Nomor 11, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Blora Nomor 11);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medis di Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. R. SOEPRAPTO CEPU.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Blora.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Blora.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Blora.

5. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soeprapto Cepu.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soeprapto Cepu.
7. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah warga negara Indonesia yang memenuhi syarat tertentu, diangkat sebagai pegawai aparatur sipil negara secara tetap oleh pejabat pembina kepegawaian untuk menduduki jabatan pemerintahan.
8. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
9. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) adalah peraturan korporasi Rumah Sakit (*corporate by laws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff by laws*) yang disusun dalam rangka penyelenggaraan tata kelola rumah sakit yang baik dan tata kelola klinis yang baik.
10. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada Rumah Sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan Rumah Sakit secara internal bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
11. Pejabat Pengelola adalah pejabat di lingkungan Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit yang terdiri atas Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, kepala Subbagian dan kepala seksi di lingkungan Rumah Sakit.
12. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
13. Staf Medis adalah kelompok dokter, dokter Spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang melakukan praktik kedokteran di Unit Pelayanan Rumah Sakit.
14. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang Pegawai Negeri Sipil dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau ketrampilan tertentu serta bersifat mandiri.
15. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).

16. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap seorang staf medis untuk menentukan apakah yang bersangkutan layak diberi penugasan klinik dan kewenangan klinik untuk menjalankan asuhan/tindakan medis tertentu untuk periode tertentu.
17. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
18. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
19. Unit Kerja adalah tempat staf medis menjalankan profesinya yang dapat berbentuk instalasi, bagian atau bidang.
20. Tenaga Administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas staf medis, komite medis dan sub komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkannya Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) adalah sebagai pedoman bagi Pemerintah Daerah selaku pemilik, Dewan Pengawas, pengelola, dan Staf Medis pada Rumah Sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit.
- (2) Tujuan ditetapkannya Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) adalah:
 - a. tercapainya kerja sama yang baik antara Pemerintah Daerah, Pejabat Pengelola dan Staf Medis serta pegawai Rumah Sakit lainnya; dan
 - b. memacu profesionalisme dengan tanggung jawab terhadap mutu layanan Rumah Sakit.

BAB III

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Pasal 3

- (1) Rumah Sakit beroperasi berdasarkan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*).

- (2) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Peraturan Internal Korporasi; dan
 - b. Peraturan Internal Staf Medis.
- (3) Peraturan Internal Korporasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a merupakan peraturan internal yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, dan Staf Medis pada Rumah Sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan, dan haknya masing-masing.

BAB IV

PERATURAN INTERNAL KORPORASI

Bagian Kesatu

Identitas

Pasal 4

Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soeprapto Cepu, kelas C, bertempat di jalan Ronggolawe Nomor 50 Cepu Kabupaten Blora.

Bagian Kedua

Falsafah, Visi, Misi, Tujuan Strategis,
Nilai – Nilai Dasar, Motto dan Logo Rumah Sakit

Paragraf 1

Falsafah

Pasal 5

Falsafah Rumah Sakit adalah Rumah Sakit yang memberikan Pelayanan Kesehatan dengan mutu yang setinggi-tingginya dan melaksanakan fungsi pendidikan kesehatan di Rumah Sakit dengan sebaik-baiknya yang diabdikan bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Paragraf 2

Visi dan Misi

Pasal 6

- (1) Visi Rumah Sakit adalah “Menjadi Pilihan Utama Pelayanan Kesehatan”.
- (2) Misi Rumah Sakit adalah:

- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara terpadu, bermutu, paripurna dan terjangkau ;
- b. meningkatkan sumber daya manusia yang berkualitas dan profesional;
- c. menyediakan sarana dan prasarana sesuai kebutuhan dan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi;
- d. meningkatkan kesejahteraan pegawai; dan
- e. melaksanakan tata kelola yang baik dan benar.

Paragraf 3

Nilai-Nilai Dasar

Pasal 7

- (1) Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Kesehatan dengan berdasarkan nilai-nilai dasar sebagai berikut:
 - a. keterbukaan;
 - b. kebersamaan;
 - c. kesabaran; dan
 - d. pembelajaran.
- (2) Keterbukaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan keterbukaan terhadap sesuatu hal merupakan nilai yang perlu dijunjung tinggi oleh setiap karyawan, sehingga mampu menghadapi setiap perubahan baik internal organisasi maupun eksternal organisasi. Kejujuran dan keterbukaan akan menimbulkan “kepercayaan” dari masyarakat.
- (3) Kebersamaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan bahwa Rumah Sakit menyadari semua pekerjaan tidak dapat diselesaikan sendiri namun perlu kerja sama tim serta kebersamaan dalam suka dan duka sehingga kesuksesan Rumah Sakit berkat kerja bersama seluruh karyawan dapat dicapai.
- (4) Kesabaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan tingkah laku karyawan Rumah Sakit yang penuh kesabaran dan perhatian dalam kegiatan pelayanan sehari-hari baik terhadap pelanggan maupun teman sekerja.
- (5) Pembelajaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan upaya untuk meningkatkan kompetensi sumber daya manusia diseluruh lini pelayanan yang sesuai dengan standar nasional dan berkembang secara dinamis dalam memberikan pelayanan paripurna kepada masyarakat.

Paragraf 4

Motto

Pasal 8

- (1) Motto Rumah Sakit adalah “Kami Bertekad Anda Sehat”.
- (2) Arti dari motto sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Rumah Sakit melaksanakan 4 (empat) upaya kesehatan meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi masyarakat secara paripurna.

Paragraf 5

Logo

Pasal 9

Logo Rumah Sakit tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Ketiga

Kedudukan, Tugas Pokok Dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 10

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai rumah sakit umum milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna yang dipimpin oleh seorang Direktur berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas pokok menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan paripurna kepada masyarakat.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Rumah Sakit mempunyai fungsi:
 - a. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan medis;
 - b. penyelenggaraan pelayanan medis dan nonmedis;
 - c. pelayanan asuhan perawatan;
 - d. pelayanan rujukan;
 - e. pengkoordinasian dan kerja sama pelayanan medis dengan instansi terkait dan lembaga pelayanan kesehatan lainnya;
 - f. pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan nonmedis;
 - g. penelitian dan pengembangan medis dan nonmedis; dan

- h. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

Bagian Keempat

Wewenang, Tanggung Jawab dan Tugas Pemilik

Pasal 11

- (1) Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Daerah.
- (2) Wewenang Pemerintah Daerah adalah:
 - a. menetapkan kebijakan tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit;
 - b. mengangkat dan menetapkan Direktur serta melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja Direktur;
 - c. mengangkat dan menetapkan Dewan Pengawas serta melakukan penilaian kinerja Dewan Pengawas secara berkala paling sedikit setahun sekali;
 - d. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menyetujui, mengesahkan visi dan misi Rumah Sakit serta melakukan reviu berkala paling singkat 3 (tiga) tahun sekali atas visi dan misi tersebut;
 - f. menetapkan struktur organisasi Rumah Sakit;
 - g. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumber daya manusia pada Rumah Sakit;
 - h. menilai dan menyetujui rencana anggaran Rumah Sakit;
 - i. menyetujui rencana strategis Rumah Sakit;
 - j. mengalokasikan sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi Rumah Sakit;
 - k. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi;
 - l. menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program program tersebut; dan
 - m. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindak lanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima.
- (3) Kewenangan mengumumkan visi dan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d didelegasikan kepada Pejabat Pengelola.

- (4) Tugas Pemerintah Daerah adalah:
- a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis Rumah Sakit;
 - b. menunjuk dan menetapkan Direktur, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
 - c. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala;
 - d. menetapkan struktur organisasi Rumah Sakit;
 - e. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumber daya manusia Rumah Sakit;
 - f. bertanggung jawab dan mempunyai kewenangan dalam memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit;
 - g. bertanggung jawab dan mempunyai kewenangan dalam menetapkan visi dan misi Rumah Sakit dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi Rumah Sakit serta mereviu secara berkala misi Rumah Sakit;
 - h. pendelegasian kewenangan dan pemilik kepada representasi pemilik atau Direktur atau individu lainya sesuai peraturan perundang-undangan;
 - i. mengangkat, menetapkan dan menilai Direktur; dan
 - j. menetapkan kualifikasi persyaratan Direktur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 12

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen.
- (2) Pemerintah Daerah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Kelima

Dewan Pengawas

Paragraf 1

Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas dibentuk oleh Bupati atas usulan Direktur.

- (2) Pembentukan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Paragraf 2

Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewajiban dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen yang bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
- menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
 - mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Dewan Pengawas berfungsi sebagai pelaksana yang melaksanakan peran Bupati dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.
- (4) Dewan Pengawas berkewajiban:
- memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;
 - melaporkan kepada Bupati tentang kinerja Rumah Sakit;
 - memberikan nasehat kepada Direktur dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;
 - melaksanakan evaluasi dan penilaian kinerja keuangan dan nonkeuangan, serta memberikan saran dan catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh Direktur; dan
 - memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (5) Dewan Pengawas berwenang:
- menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
 - menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;

- c. meminta penjelasan dari Direktur dan/atau pejabat lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
 - d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
 - e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
 - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
- (6) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan sewaktu-waktu diperlukan.

Paragraf 3

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang dan seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (2) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur:
 - a. pejabat Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - b. pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan Daerah; dan
 - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (3) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola BLUD.
- (4) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas adalah:
 - 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 hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi Direktur, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan Daerah; dan
 - c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Paragraf 4

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Bupati melaksanakan penilaian kinerja Dewan Pengawas.
- (2) Penilaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara periodik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Penilaian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan berdasarkan hasil penilaian mandiri (*self assessment*) yang dilakukan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Penilaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri:
 - a. aspek pengawasan;
 - b. aspek pelaporan; dan
 - c. aspek dinamis.
- (5) Aspek pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a terdiri dari indikator yang memberikan penilaian dan persetujuan, rapat Dewan Pengawas, tindak lanjut temuan.
- (6) Aspek pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b terdiri dari indikator laporan penilaian Dewan Pengawas dan kondisi keuangan.
- (7) Aspek dinamis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c terdiri dari indikator yang menggambarkan peningkatan kompetensi Dewan Pengawas.
- (8) Format penilaian mandiri (*self assessment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Paragraf 5

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali jabatan berikutnya.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebelum waktunya apabila:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; atau

- d. dipidana penjara karena melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

Paragraf 6

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 18

- (1) Bupati dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas diangkat atas usulan Dewan Pengawas.

Paragraf 7

Rapat Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Rapat Dewan Pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pembinaan dan pengawasan serta memberikan nasehat kepada Direktur.
- (2) Peserta rapat Dewan Pengawas adalah:
 - a. anggota Dewan Pengawas;
 - b. sekretaris Dewan Pengawas;
 - c. Direktur; dan
 - d. pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas apabila diperlukan.
- (3) Pengambilan keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.

Pasal 20

Rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (1) terdiri dari:

- a. rapat rutin;
- b. rapat tahunan; dan
- c. rapat khusus.

Pasal 21

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf a diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin Dewan Pengawas dilaksanakan paling sedikit 6 (enam) kali dalam setahun.
- (3) Rapat rutin Dewan Pengawas merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, meminta klarifikasi atau alternatif solusi dari berbagai masalah yang dihadapi oleh Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi, Komite dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya; dan/atau
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya.

Pasal 22

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf b adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan BLUD termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 23

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada Pasal 20 huruf c diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. terdapat permintaan yang ditandatangani anggota Dewan Pengawas.

- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 24

Setiap rapat dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 25

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, dan telah memenuhi kuorum, maka anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.
- (3) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila telah memenuhi kuorum.
- (4) Kuorum terpenuhi apabila dihadiri oleh 2/3 (dua pertiga) anggota Dewan Pengawas.
- (5) Bila kuorum tidak terpenuhi dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan paling lama 1 (satu) minggu berikutnya.
- (6) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 26

- (1) Setiap rapat Dewan Pengawas harus dibuat notulen rapat.
- (2) Notulen rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (3) Notulen rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan

dalam notulen rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas.

Pasal 27

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, apabila perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*).
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Paragraf 8

Biaya Dewan Pengawas

Pasal 28

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium anggota dan sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA).

Bagian Keenam

Pengorganisasian Rumah Sakit

Paragraf 1

Umum

Pasal 29

- (1) Organisasi Rumah Sakit, terdiri dari:
 - a. Pejabat Pengelola;
 - b. organisasi pelaksana; dan
 - c. organisasi pendukung.
- (2) Pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, terdiri:
 - a. Direktur;
 - b. Kepala Bagian Tata Usaha, membawahkan:
 1. Kepala Subbagian Program;
 2. Kepala Subbagian Keuangan; dan
 3. Kepala Subbagian Umum Dan Kepegawaian;
 - c. Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan, membawahkan:

1. Kepala Seksi Pelayanan Medis; dan
 2. Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan;
 - d. Kepala Bidang Penunjang, membawahkan:
 1. Kepala Seksi Penunjang Medis; dan
 2. Kepala Seksi Penunjang Nonmedis;
 - e. Kepala Bidang Pengembangan Dan Informasi, membawahkan:
 1. Kepala Seksi Pengembangan; dan
 2. Kepala Seksi Informasi.
- (3) Organisasi pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, terdiri dari:
 - a. Instalasi; dan
 - b. Kelompok Jabatan Fungsional.
- (4) Organisasi pendukung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, terdiri dari:
 - a. Satuan Pengawas Internal;
 - b. Komite Medik;
 - c. Komite Keperawatan;
 - d. Komite Etik dan Hukum;
 - e. Komite Farmasi dan Terapi;
 - f. Komite Rekam Medis;
 - g. Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI);
 - h. Komite Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien (PMKP);
 - i. Komite Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3); dan
 - j. Komite Tenaga Kesehatan lainnya.
 - k. Komite Etik Penelitian.
 - l. Komite Koordinator Pendidikan.
- (5) Bagan struktur organisasi Rumah Sakit tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Paragraf 2

Pejabat Pengelola

Pasal 30

- (1) Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) huruf a merupakan pimpinan Rumah Sakit dan pimpinan unit kerja pada Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit.
- (2) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.

- (3) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (4) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (5) Pejabat Pengelola dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Bupati sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 31

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Direktur harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. berstatus PNS;
 - b. memiliki pangkat Pembina golongan ruang IV/a pangkat atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. berprofesi dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
 - d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
 - e. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit; dan
 - f. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit.
- (2) Tugas Direktur adalah:
 - a. mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait dengan rumah sakit;
 - b. menjalankan operasional Rumah Sakit dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan;
 - c. merumuskan kebijakan Bupati di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna berdasarkan wewenang yang diberikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - d. merumuskan program kegiatan Rumah Sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. mengoordinasikan kegiatan Rumah Sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. mengarahkan tugas bawahan sesuai bidang tugasnya guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - g. melaksanakan koordinasi dengan instansi terkait untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - h. mengendalikan seluruh kegiatan Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;

- i. melaksanakan kebijakan Daerah di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna kepada masyarakat;
- j. menyusun kebijakan teknis penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan paripurna kepada masyarakat;
- k. menyelenggarakan dan meningkatkan pelayanan medis;
- l. menyelenggarakan dan meningkatkan pelayanan keperawatan;
- m. menyelenggarakan dan mengembangkan kegiatan penunjang medis;
- n. menyelenggarakan dan mengembangkan kegiatan penunjang nonmedis;
- o. mengembangkan sumber daya manusia tenaga fungsional medis dan nonmedis;
- p. mengembangkan sarana dan prasarana pelayanan medis dan nonmedis;
- q. membina pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- r. mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada Rumah Sakit;
- s. melaksanakan monitoring, evaluasi dan menilai prestasi kerja pelaksanaan tugas bawahan;
- t. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada Bupati dan pejabat yang berwenang;
- u. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan sebagai bahan masukan pengambilan kebijakan di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna;
- v. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien yang dilaksanakan Rumah Sakit;
- w. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit dilaksanakan Rumah Sakit;
- x. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
- y. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

(3) Fungsi Direktur adalah:

- a. perumusan dan penetapan perencanaan pengelolaan Rumah Sakit;
- b. perumusan kebijakan umum dan teknis di bidang pengelolaan Rumah Sakit;
- c. pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna;
- d. pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna;
- e. penyelenggaraan koordinasi dan fasilitasi di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna;
- f. pembinaan pengelolaan urusan ketatausahaan Rumah Sakit; dan
- g. pengendalian, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.

- (4) Wewenang Direktur adalah:
- a. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
 - b. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit untuk menjalankan visi dan misi Rumah Sakit;
 - c. mengikutsertakan dokter pada asuransi tanggung gugat profesional;
 - d. mengangkat dan memberhentikan pegawai Rumah Sakit sesuai peraturan perundang-undangan;
 - e. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. memberikan penghargaan pegawai, karyawan dan profesional yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
 - g. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
 - h. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian Kepala Bidang dan Kepala Bagian kepada Bupati;
 - i. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen manakala diperlukan;
 - j. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
 - k. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
 - l. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran dibawahnya;
 - m. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua Kepala Bidang dan Kepala Bagian;
 - n. menetapkan proses untuk mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai peraturan perundang-undangan.
 - o. menetapkan regulasi Rumah Sakit.
- (5) Tanggung jawab Direktur menyangkut hal-hal sebagai berikut:
- a. kebenaran kebijakan Rumah Sakit;
 - b. kelancaran, efektivitas dan efisiensi kegiatan Rumah Sakit;
 - c. kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya;
 - d. meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu Pelayanan Kesehatan;
 - e. menjamin kepatuhan Rumah Sakit terhadap peraturan perundang-undangan;
 - f. menjamin kepatuhan staf Rumah Sakit dalam implementasi semua regulasi Rumah Sakit yang telah ditetapkan dan disepakai bersama; dan

- g. menindaklanjuti terhadap semua laporan dari hasil pemeriksaan dari badan audit eksternal.
- (6) Direktur dapat diberhentikan karena:
- a. meninggal dunia;
 - b. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
 - c. tidak melaksanakan tugas dan kewajiban dengan baik;
 - d. melanggar misi, kebijakan, atau ketentuan lain yang telah ditetapkan;
 - e. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan
 - f. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman hukuman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih.

Pasal 32

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Bagian Tata Usaha harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. berstatus PNS;
 - b. pangkat Penata Tingkat I golongan ruang III/d atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. berpendidikan sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang umum dan keadministrasian;
 - d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan administrasi yang profesional;
 - e. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup umum dan administrasi Rumah Sakit; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian tugas Direktur dalam merumuskan dan menyusun bahan kebijakan teknis ketatausahaan, mengoordinasikan penyusunan program/perencanaan, melaksanakan administrasi perkantoran, administrasi kepegawaian dan mengelola barang inventaris serta mengoordinasikan penyusunan laporan pelaksanaan kegiatan satuan kerja perangkat daerah.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dalam ayat (2) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai fungsi:
- a. perumusan dan penyusunan bahan kebijakan teknis di bidang ketatausahaan;
 - b. pengoordinasian penyusunan rencana kegiatan satuan kerja perangkat daerah;
 - c. penyelenggaraan dan pelayanan administrasi ketatausahaan;
 - d. pengelolaan barang inventaris;
 - e. penatausahaan keuangan satuan kerja Perangkat Daerah; dan

- f. pengoordinasian penyusunan laporan pelaksanaan kegiatan satuan kerja Perangkat Daerah.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan ayat (3) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas:
- a. menyusun program kegiatan pada Bagian Tata Usaha berdasarkan ketentuan perundang-undangan;
 - b. menjabarkan perintah atasan melalui pengkajian permasalahan agar pelaksanaan tugas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan bidang tugasnya memberikan arahan dan petunjuk guna meningkatkan kelancaran pelaksanaan tugas;
 - d. melaksanakan koordinasi dengan Kepala Bidang di lingkungan Rumah Sakit untuk mendapatkan informasi, masukan serta untuk mengevaluasi permasalahan agar diperoleh hasil kerja yang optimal;
 - e. menyiapkan konsep kebijakan Direktur sesuai bidang tugas tata usaha;
 - f. merumuskan program kegiatan berdasarkan hasil rangkuman rencana kegiatan Bidang-bidang dalam rangka penyusunan anggaran pendapatan dan belanja Rumah Sakit;
 - g. melaksanakan pelayanan pengelolaan kegiatan administrasi umum kepegawaian, keuangan, kearsipan, perpustakaan, perlengkapan rumah tangga sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - h. melaksanakan koordinasi dalam rangka penyusunan Laporan Keterangan Pertanggungjawaban Bupati, Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah pada Rumah Sakit;
 - i. melaksanakan bimbingan teknis fungsi-fungsi pelayanan administrasi perkantoran sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - j. melaksanakan monitoring, evaluasi, dan menilai prestasi kerja pelaksanaan bawahan;
 - k. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan; dan
 - l. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan sebagai bahan masukan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan
 - m. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

Pasal 33

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Subbagian Program harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. berstatus PNS;
 - b. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. berpendidikan sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang umum dan keadministrasian;
 - d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan administrasi yang profesional;
 - e. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup umum dan administrasi Rumah Sakit; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Kepala Subbagian Program mempunyai tugas pokok melaksanakan penyusunan bahan perencanaan kegiatan pengawasan penyelenggaraan pelayanan dan mengoordinasikan penyusunan laporan pelaksanaan kegiatan satuan kerja perangkat daerah sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha sesuai bidang tugasnya.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Kepala Subbagian Program mempunyai tugas:
- a. menyusun rencana kegiatan pada Subbagian Program berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. menjabarkan perintah atasan melalui pengkajian permasalahan agar pelaksanaan tugas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membagi tugas kepada bawahan sesuai bidang tugasnya memberi petunjuk dan arahan secara lisan maupun tertulis guna meningkatkan kelancaran pelaksana tugas;
 - d. menyiapkan konsep naskah dinas bidang program sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menyiapkan bahan penyusunan rencana kegiatan dan anggaran/dokumen pelaksanaan anggaran atau dokumen pelaksanaan perubahan anggaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. menghimpun dan mengoreksi bahan usulan program kegiatan dari masing-masing Bidang, Seksi dan Subbagian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan guna menghindari kesalahan;
 - g. melaksanakan pemantauan dan evaluasi kegiatan masing-masing bidang untuk mengetahui mutu pelaksanaan kegiatan;
 - h. menyiapkan bahan dalam rangka penyusunan laporan keterangan pertanggungjawaban Bupati, laporan penyelenggaraan Pemerintah Daerah dan laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- i. melaksanakan monitoring evaluasi dan melaksanakan penilaian dan prestasi kerja bawahan;
- j. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan;
- k. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan sebagai bahan masukan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan
- l. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

Pasal 34

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Subbagian Keuangan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. berstatus PNS;
 - b. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. berpendidikan sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang umum dan keadministrasian;
 - d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan administrasi yang profesional;
 - e. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup umum dan administrasi Rumah Sakit; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Kepala Subbagian Keuangan mempunyai tugas pokok melaksanakan dan fasilitasi administrasi keuangan serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Kepala Subbagian Keuangan mempunyai tugas:
 - a. menyusun program kegiatan pada Subbagian Keuangan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. menjabarkan perintah atasan melalui pengkajian permasalahan agar pelaksanaan tugas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. memberi tugas kepada bawahan sesuai bidang tugasnya memberi petunjuk dan arahan guna peningkatan kelancaran pelaksanaan tugas;
 - d. menyediakan data dan informasi tentang keuangan sebagai bahan pelaksanaan tugas;
 - e. menyiapkan bahan penyusunan usulan rencana anggaran pendapatan dan belanja lingkup Rumah Sakit;
 - f. menyiapkan rencana belanja Rumah Sakit berdasarkan alokasi Dana dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD);
 - g. melaksanakan verifikasi, pembukaan dan perhitungan penerimaan dan pengeluaran anggaran Rumah Sakit;

- h. mengoordinasikan pelaksanaan penerimaan, pengeluaran dan pertanggungjawaban keuangan Rumah Sakit, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- i. melaksanakan monitoring evaluasi dan menilai prestasi kerja pelaksanaan tugas bawahan;
- j. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan; dan
- k. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan sebagai bahan masukan guna kelancaran pelaksanaan tugas;
- l. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

Pasal 35

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Subbagian Umum dan Kepegawaian harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. berstatus PNS;
 - b. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. berpendidikan sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang umum dan keadministrasian;
 - d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan administrasi yang profesional;
 - e. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup umum dan administrasi Rumah Sakit; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Kepala Subbagian Umum dan Kepegawaian mempunyai tugas pokok melaksanakan administrasi perkantoran, pengadaan sarana prasarana perkantoran, melaksanakan pemeliharaan, pengamanan barang inventaris dan kepegawaian serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha sesuai bidang tugasnya.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Kepala Subbagian Umum dan Kepegawaian mempunyai tugas:
 - a. menyusun program kegiatan pada Subbagian Umum dan Kepegawaian berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. menjabarkan perintah atasan melalui pengkajian permasalahan agar pelaksanaan tugas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membagi tugas kepada bawahan sesuai bidang tugasnya memberi petunjuk dan arahan guna meningkatkan kelancaran pelaksanaan tugas;
 - d. menyiapkan bahan pelayanan urusan administrasi umum, organisasi dan tata laksana, pengurusan rumah tangga,

- perlengkapan sarana dan prasarana kerja kantor, dokumentasi perpustakaan dan kearsipan;
- e. merencanakan dan melaksanakan pengadaan barang untuk keperluan rumah tangga sesuai kebutuhan, anggaran dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. menyiapkan bahan pelayanan urusan organisasi, tata laksana di bidang administrasi kepegawaian;
 - g. membuat laporan rutin data kepegawaian, daftar urut kepangkatan dan daftar nominatif pegawai;
 - h. menyiapkan berkas usulan mutasi, kenaikan pangkat, kenaikan gaji berkala, pensiun dan administrasi kepegawaian lainnya;
 - i. melaksanakan pembinaan kepegawaian;
 - j. melaksanakan koordinasi dan fasilitas pengembangan sumber daya manusia;
 - k. melaksanakan monitoring, evaluasi dan menilai prestasi kerja pelaksanaan tugas bawahan;
 - l. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan;
 - m. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan sebagai bahan masukan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan
 - n. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

Pasal 36

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Bidang Pelayanan Medis Dan Keperawatan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. berstatus PNS;
 - b. pangkat Penata Tingkat I golongan ruang III/d atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. seorang dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian integritas kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
 - d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 - e. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian tugas Direktur dalam merumuskan dan menyusun bahan kebijakan teknis dibidang Pelayanan Kesehatan paripurna merumuskan penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan, merumuskan pelaksanaan pelayanan rujukan serta memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan melalui pelayanan rawat inap, rawat jalan dan tindakan medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan mempunyai fungsi:

- a. perumusan dan penyusunan bahan kebijakan teknis di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna;
 - b. penyelenggaraan pelayanan medis;
 - c. pelayanan asuhan keperawatan; dan
 - d. pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan mempunyai fungsi:
- a. menyusun program kegiatan pada Bidang Pelayanan Medis dan Pelayanan Keperawatan berdasarkan hasil evaluasi kegiatan tahun lalu sesuai peraturan perundang-undangan;
 - b. menjabarkan perintah atasan melalui pengkajian permasalahan dan peraturan perundang-undangan;
 - c. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan bidang tugasnya, memberikan arahan dan petunjuk secara lisan maupun tertulis guna meningkatkan kelancaran pelaksanaan tugas;
 - d. melaksanakan koordinasi dengan Kepala Bidang dan Kepala Bagian yang lain di lingkungan Rumah Sakit untuk mendapatkan informasi, masukan serta untuk mengevaluasi permasalahan agar di peroleh hasil kerja yang optimal;
 - e. merencanakan operasional kegiatan admisi, penyimpanan dokumen, pelayanan rujukan, perawatan dan pelayanan penunjang berdasarkan hasil evaluasi kerja tahun lalu dan peraturan perundang-undangan;
 - f. menyiapkan bahan rumusan pedoman dan petunjuk teknis di bidang pelayanan medis dan pelayanan keperawatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - g. melaksanakan koordinasi pelaksanaan pelayanan urusan administrasi, penyimpanan dokumen, pelayanan rujukan dan pelayanan penunjang agar pelaksanaan tugas dapat berjalan dengan tertib dan lancar;
 - h. mengembangkan dan meningkatkan pelayanan medis dan pelayanan keperawatan dengan menggunakan sumber daya yang ada sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
 - i. menyelenggarakan kegiatan pelayanan medis dan keperawatan;
 - j. menyelenggarakan penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan medis dan keperawatan pada instalasi rawat jalan, rawat inap, instalasi gawat darurat, instalasi rawat intensif, Instalasi bedah sentral dan unit yang lain yang terkait guna terselenggaranya Pelayanan Kesehatan prima, sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - k. mengevaluasi pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) medis dan keperawatan;

- l. melaksanakan monitoring, evaluasi, dan menilai prestasi kerja pelaksanaan bawahan;
- m. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan;
- n. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan sebagai bahan masukan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan
- o. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

Pasal 37

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Seksi Pelayanan Medis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. berstatus PNS;
 - b. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. seorang dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian integritas kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
 - d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 - e. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan rumah sakit; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Tugas Kepala Seksi Pelayanan Medis mempunyai tugas pokok melaksanakan dan mengoordinasikan pelayanan pengobatan, pemulihan dan tindakan medis, melaksanakan pelayanan rujukan kesehatan serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan sesuai bidang tugasnya
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Seksi Pelayanan Medis mempunyai tugas :
 - a. menyusun program kegiatan pada Seksi Pelayanan Medis berdasarkan hasil evaluasi kegiatan tahun lalu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. menjabarkan perintah atasan melalui pengkajian permasalahan dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membagi tugas, memberi petunjuk dan membimbing kepada bawahan dalam melaksanakan tugasnya, berdasarkan jabatan dan kompetensinya guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - d. menyusun bahan kebijakan pemberian pelayanan medis berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - e. menyiapkan bahan penyusunan kebijakan Direktur di bidang pelayanan medis, dan rujukan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan untuk pedoman pelaksanaan operasional kegiatan;

- f. melaksanakan fasilitas penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan medis pada instalasi rawat jalan, rawat inap, instalasi gawat darurat, rawat intensif, instalasi bedah sentral dan unit lain yang terkait guna terselenggaranya Pelayanan Kesehatan prima;
- g. melaksanakan kegiatan Standar Pelayanan Minimal (SPM) medis sebagai pedoman pelaksana tugas;
- h. melaksanakan monitoring, evaluasi, dan menilai prestasi kerja pelaksanaan tugas bawahan;
- i. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan;
- j. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan sebagai masukan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan
- k. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

Pasal 38

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Seksi Keperawatan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. berstatus PNS;
 - b. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. seorang sarjana (Strata 1) Keperawatan yang memenuhi kriteria; keahlian integritas kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan keperawatan;
 - d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 - e. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan rumah sakit; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Seksi pelayanan keperawatan mempunyai tugas pokok melaksanakan dan mengoordinir pelayanan keperawatan rawat inap dan rawat jalan serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan sesuai bidang tugasnya.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Seksi Pelayanan Keperawatan mempunyai tugas:
 - a. menyusun rencana kegiatan pada Seksi Pelayanan Keperawatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. menjabarkan perintah atasan melalui pengkajian permasalahan agar pelaksanaan tugas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan bidang tugasnya memberikan petunjuk dan arahan guna kelancaran pelaksanaan tugas;

- d. menyusun konsep naskah dinas yang berhubungan dengan asuhan dan mutu keperawatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. merencanakan kebutuhan tenaga keperawatan dari segi jumlah dan kategori untuk unit-unit yang berada di bawah tanggung jawabnya;
- f. merencanakan jumlah dan jenis peralatan keperawatan yang dibutuhkan oleh unit-unit perawatan yang berada di bawah tanggung jawabnya untuk kelancaran pelaksanaan pelayanan;
- g. mengontrol pelaksanaan prosedur pelayanan asuhan keperawatan agar tidak terjadi penyimpangan dalam pelaksanaan tugas;
- h. melaksanakan fasilitas penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan keperawatan pada instalasi rawat jalan, rawat inap, instalasi gawat darurat, rawat intensif, instalasi bedah sentral dan unit lain yang terkait guna terselenggaranya Pelayanan Kesehatan prima;
- i. melaksanakan monitoring, evaluasi dan menilai prestasi kerja pelaksanaan tugas bawahan;
- j. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan;
- k. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan masukan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan
- l. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

Pasal 39

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Penunjang harus memenuhi persyaratan:
 - a. berstatus PNS;
 - b. pangkat Penata Tingkat I golongan ruang III/d atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. diutamakan seorang dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang penunjang Medis dan Nonmedis;
 - d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan kebijakan teknis yang profesional;
 - e. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup penunjang Rumah Sakit; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Bidang Penunjang mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian tugas Direktur dalam merumuskan dan menyusun kebijakan teknis dalam pelayanan penunjang medis dan pelayanan penunjang nonmedis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Bidang Penunjang mempunyai fungsi:

- a. perumusan dan penyusunan bahan kebijakan teknis di bidang penunjang medis dan nonmedis;
 - b. pengoordinasian penunjang kegiatan medis dan nonmedis;
 - c. pengoordinasian pelaksanaan urusan rekam medis dan penyimpanan dokumen sesuai ketentuan perundang-undangan; dan
 - d. pengelolaan peralatan medis dan nonmedis.
- (4) Dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Bidang Penunjang mempunyai tugas:
- a. menyusun program kegiatan pada bidang Penunjang berdasarkan hasil evaluasi kegiatan tahun lalu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. menjabarkan perintah atasan melalui pengkajian permasalahan agar pelaksanaan tugas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membagi tugas kepada bawahan sesuai bidang tugasnya, memberikan petunjuk dan arahan secara lisan maupun tertulis guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - d. melaksanakan koordinasi dengan Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Bidang di lingkungan Rumah Sakit baik secara langsung maupun tidak langsung untuk mendapatkan informasi, masukan, serta untuk mengevaluasi permasalahan agar diperoleh hasil kerja yang optimal;
 - e. menyusun konsep naskah dinas yang berkaitan dengan bidang tugasnya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - f. menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan nonmedis;
 - g. menyusun konsep kebijakan Direktur di bidang pelayanan penunjang yang meliputi: anestesi dan perawatan intensif, pelayanan darurat medis, rekam medis, radiologi, rehabilitasi medis, farmasi, kamar jenazah, patologi, laboratorium klinik, gizi, pelayanan darah, kesehatan lingkungan, pemeliharaan sarana dan prasarana Rumah Sakit, sentral strerilisasi peralatan medis dan binatu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan untuk pedoman pelaksanaan operasional;
 - h. mengembangkan dan meningkatkan kegiatan penunjang medis dan nonmedis;
 - i. mengontrol kegiatan pelayanan anestesi dan perawatan intensif, pelayanan darurat medis, rekam medis, radiologi, rehabilitasi medis, farmasi, kamar jenazah, patologi, laboratorium klinik, gizi, pelayanan darah, kesehatan lingkungan, pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit dan binatu baik secara langsung maupun tidak langsung untuk menghindari kesalahan dan penyimpangan dalam pelaksanaan tugas;

- j. menyelenggarakan pengelolaan dan pengawasan peralatan medis dan nonmedis Rumah Sakit;
- k. menyelenggarakan penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan penunjang medis dan nonmedis guna kelancaran pelaksanaan tugas;
- l. menyelenggarakan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan penunjang medis dan nonmedis guna kelancaran pelaksanaan tugas;
- m. menyelenggarakan penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) pada instalasi farmasi, radiologi, laboratorium, bank darah, rehabilitasi medis, gizi, instalasi kesehatan lingkungan dan pengolahan air limbah, rekam medis, linen, ambulans dan pemulasaraan jenazah, pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit serta sterilisasi peralatan medis Rumah Sakit, guna terselenggaranya Pelayanan Kesehatan prima;
- n. melaksanakan monitoring, evaluasi, dan menilai prestasi kerja pelaksanaan tugas bawahan secara berkala;
- o. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan;
- p. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan sebagai bahan masukan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan
- q. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

Pasal 40

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala Seksi Penunjang Medis harus memenuhi persyaratan:
 - a. berstatus PNS;
 - b. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. berpendidikan sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan penunjang medis;
 - d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan kebijakan teknis yang profesional;
 - e. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup penunjang Rumah Sakit; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Seksi Penunjang Medis mempunyai tugas pokok menunjang dan mengoordinasikan seluruh kebutuhan unit anastesi dan perawatan intensif, unit pelayanan darurat medis, rekam medis, unit radiologi, unit pelayanan rehabilitasi medis, instalasi farmasi, instalasi pemulasaraan jenazah, instalasi patologi, instalasi laboratorium klinik, instalasi gizi, instalasi sentral sterilisasi peralatan medis serta

melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Penunjang sesuai bidang tugasnya.

- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Seksi Penunjang Medis mempunyai fungsi:
- a. menyusun program kegiatan pada Seksi Penunjang Medis berdasarkan hasil evaluasi kegiatan tahun lalu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. menjabarkan perintah atasan melalui pengkajian permasalahan agar pelaksanaan tugas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan bidang tugasnya, memberikan petunjuk dan arahan guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - d. menyusun konsep naskah dinas yang berkaitan dengan bidang tugasnya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menyiapkan bahan penyusunan kebijakan Direktur di seksi Pelayanan Penunjang Medis dalam rangka mendukung optimalisasi pelaksanaan operasional Rumah Sakit;
 - f. mengembangkan dan meningkatkan kegiatan pelayanan penunjang medis yang meliputi: anastesi dan perawatan intensif, pelayanan darurat medis, rekam medis, radiologi, rehabilitasi medis, farmasi, kamar jenazah, patologi, laboratorium klinik, gizi, pelayanan darah, dan sentral sterilisasi peralatan medis dalam rangka peningkatan mutu pelayanan;
 - g. mengoordinasikan pelayanan penunjang medis yang meliputi anastesi dan perawatan intensif, pelayanan darurat medis, rekam medis, radiologi, rehabilitasi medis, farmasi, kamar jenazah, patologi, laboratorium klinik, gizi, sentral sterilisasi peralatan medis dan pelayanan darah guna menghindari kesalahan dan penyimpangan dalam pelaksanaan tugas;
 - h. melaksanakan pemeliharaan sarana dan prasarana medis serta peralatan kesehatan lainnya;
 - i. melaksanakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) penunjang medis sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - j. melaksanakan pengembangan sumber daya manusia penunjang medis sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - k. melaksanakan kegiatan admisi, registrasi pasien, dan pelaksanaan rujukan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan untuk diketahui seluruh keterangan tentang keadaan pasien;
 - l. memantau kegiatan admisi, registrasi pasien dan pelaksanaan rujukan untuk menghindari penyimpangan dalam pelaksanaan tugas;
 - m. melaksanakan fasilitas penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) pada instalasi farmasi, rekam medis, radiologi, laboratorium klinik, pelayanan darah, rehabilitasi medis, gizi, patologi,

- pemulasaraan jenazah, sentral sterilisasi peralatan medis guna terselenggaranya Pelayanan Kesehatan prima;
- n. melaksanakan monitoring, evaluasi dan menilai prestasi kerja pelaksanaan tugas bawahan;
 - o. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan;
 - p. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan
 - q. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai perintah atasan.

Pasal 41

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala Seksi Penunjang Nonmedis harus memenuhi persyaratan:
 - a. berstatus PNS;
 - b. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. berpendidikan sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan penunjang nonmedis;
 - d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan kebijakan teknis yang profesional;
 - e. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan penunjang Rumah Sakit; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Seksi Penunjang Nonmedis mempunyai tugas pokok menunjang dan mengoordinasikan seluruh kebutuhan unit pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit, unit kesehatan lingkungan rumah sakit, unit binatu serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Penunjang sesuai bidang tugasnya
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Seksi Penunjang Nonmedis mempunyai tugas:
 - a. menyusun program kegiatan pada Seksi Penunjang Nonmedis berdasarkan hasil evaluasi kegiatan tahun lalu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. menjabarkan perintah atasan melalui pengkajian permasalahan dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan bidang tugasnya, meberikan petunjuk dan arahan guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - d. menyusun konsep naskah dinas yang berkaitan dengan bidang tugasnya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menyiapkan bahan penyusunan kebijakan Direktur di bidang pelayanan penunjang nonmedis dalam rangka mendukung optimalisasi pelaksanaan operasional Rumah Sakit;

- f. mengembangkan dan meningkatkan kegiatan pelayanan penunjang nonmedis dalam rangka peningkatan mutu pelayanan;
- g. mengontrol kegiatan pelayanan penunjang nonmedis baik secara langsung maupun tidak langsung untuk menghindari kesalahan dan penyimpangan dalam pelaksanaan tugas;
- h. melaksanakan dan mengontrol kegiatan pelayanan sanitasi dan jasa binatu;
- i. melaksanakan pengelolaan, pengawasan, pemeliharaan dan pengamanan sarana dan prasarana penunjang nonmedis;
- j. melaksanakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) penunjang nonmedis sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- k. melaksanakan penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) penunjang nonmedis sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- l. melaksanakan monitoring, evaluasi dan menilai prestasi kerja pelaksanaan tugas bawahan;
- m. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan;
- n. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan sebagai bahan masukan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan
- o. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

Pasal 42

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Bidang Pengembangan dan Informasi harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. berstatus PNS;
 - b. pangkat Penata Tingkat I golongan ruang III/d atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. berpendidikan sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang umum dan keadministrasian;
 - d. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pengembangan dan informasi;
 - e. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Bidang Pengembangan Dan Informasi mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian tugas Direktur dalam merumuskan dan menyusun kebijakan teknis dalam pengembangan dan informasi.
- (3) Dalam pelaksanaan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Bidang Pengembangan dan Informasi mempunyai fungsi:
 - a. perumusan dan penyusunan bahan kebijakan teknis di bidang pengembangan dan informasi;

- b. penyelenggaraan peningkatan mutu dan kerja sama Pelayanan Kesehatan;
 - c. penyelenggaraan pendidikan dan penelitian serta pengembangan Pelayanan Kesehatan; dan
 - d. penunjang kebutuhan penyelenggaraan penelitian dan pengembangan medis dan nonmedis.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan ayat (3) Kepala Bidang Pengembangan Dan Informasi mempunyai tugas:
- a. menyusun program dan rencana kerja serta rencana kegiatan pada bidang pengembangan dan informasi berdasarkan hasil evaluasi kegiatan tahun lalu sebagai pedoman kerja agar pelaksanaan program kerja sesuai dengan rencana;
 - b. membagi tugas, memberi petunjuk dan membimbing kepada bawahan dalam melaksanakan tugasnya, berdasarkan jabatan dan kompetensinya guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - c. melaksanakan koordinasi dengan Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang lain dan Kepala Seksi di lingkungan Rumah Sakit baik secara langsung maupun tidak langsung untuk mendapatkan informasi, masukan, serta untuk mengevaluasi permasalahan agar diperoleh hasil kerja yang optimal;
 - d. menyiapkan pemberian dukungan fasilitasi penyelenggaraan peningkatan mutu dan kerja sama Pelayanan Kesehatan;
 - e. melaksanakan pengelolaan data, statistik, dokumentasi, kearsipan dan sistem informasi manajemen Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan sebagai sumber data untuk perencanaan kegiatan;
 - f. menyelenggarakan penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pengembangan dan informasi rumah sakit;
 - g. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan teknis bidang kesehatan;
 - h. penunjang kebutuhan penyelenggaraan penelitian dan pengembangan medis dan nonmedis;
 - i. menyelenggarakan pengkajian usulan perencanaan pendidikan dan pelatihan sebagai bahan penyusunan rencana program Rumah Sakit;
 - j. melaksanakan koordinasi dan fasilitasi akreditasi Rumah Sakit guna mencapai pelayanan yang ditetapkan;
 - k. melaksanakan monitoring, evaluasi, dan menilai prestasi kerja pelaksanaan tugas bawahan secara berkala melalui sistem penilaian yang tersedia sebagai cerminan penampilan kerja;
 - l. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan; dan
 - m. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

Pasal 43

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Seksi Pengembangan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. berstatus PNS;
 - b. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. berpendidikan paling rendah sarjana (Strata-1);
 - d. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pengembangan sumber daya manusia;
 - e. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Seksi Pengembangan mempunyai tugas pokok penelitian, pengembangan dan peningkatan mutu serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pengembangan Dan Informasi sesuai bidang tugasnya.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Kepala Seksi Pengembangan mempunyai tugas:
 - a. menyusun program dan rencana kerja serta rencana kegiatan pada seksi pengembangan berdasarkan hasil evaluasi kegiatan tahun lalu sebagai pedoman kerja agar pelaksanaan program kerja sesuai dengan rencana;
 - b. membagi tugas, memberi petunjuk dan membimbing kepada bawahan dalam melaksanakan tugasnya, berdasarkan jabatan dan kompetensinya guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - c. menyusun kebijakan teknis seksi pengembangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan petunjuk teknis sebagai kajian pimpinan;
 - d. menyiapkan bahan penyusunan pedoman peningkatan mutu pengembangan pelayanan kesehatan;
 - e. menyiapkan pembinaan pelaksanaan peningkatan mutu dan kerja sama Pelayanan Kesehatan;
 - f. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan;
 - g. menyelenggarakan peningkatan mutu dan kerja sama Pelayanan Kesehatan;
 - h. melaksanakan pengkajian penyelenggaraan kerja sama dengan pihak-pihak lain dan evaluasi penyelenggaraan peningkatan mutu dan kerja sama;
 - i. melaksanakan monitoring, evaluasi dan menilai prestasi kerja pelaksanaan tugas bawahan;
 - j. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan; dan

- k. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

Pasal 44

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Seksi Informasi harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. berstatus PNS;
 - b. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 - c. berpendidikan paling rendah sarjana (Strata-1) diutamakan Sarjana Komunikasi;
 - d. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang informasi dan komunikasi;
 - e. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Seksi Informasi mempunyai tugas pokok menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis dan pelaksanaan di bidang informasi serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pengembangan dan Informasi.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Kepala Seksi Informasi mempunyai tugas:
 - a. menyusun program dan rencana kerja serta rencana kegiatan seksi informasi berdasarkan hasil evaluasi kegiatan tahun lalu sebagai pedoman kerja agar pelaksanaan program kerja sesuai dengan rencana;
 - b. membagi tugas, memberi petunjuk dan membimbing kepada bawahan dalam melaksanakan tugasnya, berdasarkan jabatan dan kompetensinya guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - c. menyusun kebijakan teknis seksi informasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan petunjuk teknis sebagai kajian pimpinan;
 - d. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan;
 - e. pengelolaan dan pengembangan jaringan informasi data (SIM RS) perangkat lunak dan perangkat lainnya yang dibutuhkan dalam pelayanan rumah sakit;
 - f. pengelolaan media informasi rumah sakit;
 - g. pengelolaan sistem informasi aduan masyarakat;
 - h. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

Paragraf 3
Organisasi Pelaksana

Pasal 45

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (3) huruf a merupakan Unit Pelayanan nonstruktural yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan, dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan.
- (2) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri dari:
 - a. Instalasi Rawat Jalan;
 - b. Instalasi Rawat Inap;
 - c. Instalasi Gawat Darurat;
 - d. Instalasi Bedah Sentral;
 - e. Instalasi Rawat Intensif
 - f. Instalasi Farmasi;
 - g. Instalasi Laboratorium;
 - h. Instalasi Radiologi;
 - i. Instalasi Gizi;
 - j. Instalasi Rehabiltasi Medik;
 - k. Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 - l. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - m. Instalasi Binatu;
 - n. Instalasi Rekam Medik;
 - o. Instalasi Kesehatan Lingkungan;
 - p. Instalasi Sterilisasi Alat Medis; dan
- (3) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur berdasarkan analisis organisasi dan kebutuhan.
- (4) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.
- (5) Masing-masing instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang kepala instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (6) Kepala instalasi mempunyai tugas dan kewajiban adalah:
 - a. merencanakan program kerja di instalasinya;
 - b. penyusunan rancangan kebijakan dan prosedur pelayanan di instalasinya;
 - c. penyusunan rencana kerja instalasinya;
 - d. penyusunan usulan kebutuhan fasilitas, tenaga, pemeliharaan sarana dan prasarana serta pendidikan dan pelatihan pegawai sebagai bahan penyusunan rencana kegiatan di bidangnya;

- e. penyusunan jadwal kegiatan instalasinya;
 - f. pelaksanaan koordinasi kegiatan pelayanan pasien dengan instalasi terkait;
 - g. monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan di instalasinya;
 - h. laporan pelaksanaan kegiatan di instalasinya; dan
 - i. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan dalam rangka kelancaran pelaksanaan tugas.
- (7) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
- (8) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga nonfungsional.

Pasal 46

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

Paragraf 4

Satuan Pengawas Internal

Pasal 47

- (1) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (4) huruf a dibentuk untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan internal dan monitoring.
- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (4) Tugas pokok Satuan Pengawas Internal adalah:
- a. pengawasan terhadap pelaksanaan dan operasional Rumah Sakit;
 - b. menilai pengendalian pengelolaan/pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit; dan

- c. memberikan saran perbaikan kepada Direktur.
- (5) Fungsi Satuan Pengawas Internal adalah:
- a. melakukan pengawasan terhadap segala kegiatan di lingkungan Rumah Sakit;
 - b. melakukan penelusuran kebenaran laporan atau informasi tentang penyimpangan yang terjadi; dan
 - c. melakukan pemantauan tindak lanjut hasil pemeriksaan aparat pengawas fungsional.

Paragraf 5

Komite Medis

Pasal 48

- (1) Komite Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (4) huruf b, merupakan perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar Staf Medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme Kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- (2) Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai kewenangan dalam pengorganisasian Staf Medis.

Paragraf 6

Komite Keperawatan

Pasal 49

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (4) huruf c merupakan wadah nonstruktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme Kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Komite Keperawatan dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Keperawatan terdiri dari seorang Ketua, seorang sekretaris dan 3 (tiga) subkomite.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Keperawatan diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 7

Komite Etik dan Hukum

Pasal 50

- (1) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (4) huruf d merupakan wadah nonstruktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan masalah etika Rumah Sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) dan Peraturan Internal Staf Medis (*medical staf bylaws*), gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit.
- (2) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Etik dan Hukum terdiri dari:
 - a. seorang ketua merangkap anggota; dan
 - b. 2 (dua) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Etik dan Hukum diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 8

Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 51

- (1) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (4) huruf e merupakan wadah nonstruktural yang bertugas membantu Direktur :
 - a. memberikan rekomendasi pada pimpinan rumah sakit untuk mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional;
 - b. mengkoordinir pembuatan standart diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit pedoman penggunaan antibiotika dll;
 - c. melaksanakan pendidikan pengelolaan obat kepada pihak terkait, pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat dan memberikan umpan balik atas pengkajian.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi terdiri dari
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. seorang wakil ketua merangkap anggota;

- c. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
 - d. 2 (dua) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Farmasi dan Terapi diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 9

Komite Rekam Medis

Pasal 52

- (1) Komite Rekam Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (4) huruf f merupakan wadah nonstruktural yang bertugas membantu Komite Medis dalam penyelenggaraan rekam medis yang bermutu.
- (2) Komite Rekam Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Rekam Medis terdiri dari:
- a. seorang ketua;
 - b. seorang sekretaris; dan
 - c. 7 (tujuh) orang anggota yang terdiri dari berbagai profesi petugas pemberi asuhan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Rekam Medik diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 10

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 53

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (4) huruf g merupakan wadah nonstruktural yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan dan serta memantau pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari:
- a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. 3 (tiga) orang sekretaris merangkap anggota; dan
 - c. paling sedikit 14 (empat belas) orang anggota.

- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 11

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 54

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (4) huruf h merupakan wadah nonstruktural yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun Standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta memantau pelaksanaannya.
- (2) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari seorang ketua, 2 (dua) orang sekretaris dan 7 (tujuh) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 12

Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Pasal 55

- (1) Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (4) huruf i merupakan wadah nonstruktural yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja serta memantau pelaksanaannya.
- (2) Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja terdiri dari:
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. seorang wakil ketua merangkap anggota;
 - c. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
 - d. 5 (lima) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 13

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 56

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (4) huruf j merupakan wadah nonstruktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari seorang Ketua merangkap anggota, seorang sekretaris merangkap anggota, dan 3 (tiga) subkomite.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Tenaga Kesehatan Lainnya diatur dengan peraturan Direktur.

BAB V

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Staf Medis

Paragraf 1

Keanggotaan Staf Medis

Pasal 57

- (1) Setiap dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi yang melaksanakan praktik kedokteran di Unit Pelayanan Rumah Sakit wajib menjadi Staf Medis.
- (2) Unit Pelayanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk Unit Pelayanan yang melakukan kerja sama operasional dengan Rumah Sakit.

Pasal 58

- (1) Keanggotaan Staf Medis merupakan Kewenangan Klinis (*clinical privileges*) yang dapat diberikan kepada dokter yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.

- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politiknya.

Paragraf 2

Fungsi dan Tugas Staf Medis

Pasal 59

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

Pasal 60

Staf Medis mempunyai tugas:

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

Paragraf 3

Kategori Staf Medis

Pasal 61

- (1) Staf Medis terdiri dari:
 - a. dokter tetap;
 - b. dokter mitra;
 - c. dokter peserta program pendidikan dokter spesialis; dan/atau
 - d. dokter peserta program *internship*.
- (2) Dokter tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang direkrut oleh Pemerintah dan bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordnat yang bekerja atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada lembaga tersebut.

- (3) Dokter mitra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan sederajat dengan Rumah Sakit, bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggung jawab sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit.
- (4) Dokter peserta pendidikan dokter spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan dokter yang sah diterima sebagai peserta program pendidikan dokter spesialis, dan memberikan Pelayanan Kesehatan dalam rangka pendidikan serta kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (5) Dokter *internship* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit dalam rangka melaksanakan program *internship* yang diselenggarakan oleh pemerintah pusat.

Paragraf 4

Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

Pasal 62

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Staf Medis, dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. memiliki kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP);
 - c. sehat jasmani dan rohani;
 - d. mampu melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya sesuai dengan kewenangan klinis (*clinical previleges*); dan
 - e. memiliki perilaku dan moral yang baik.
- (2) Dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengajukan permohonan pengangkatan kepada Direktur.
- (3) Direktur dalam melaksanakan pengangkatan Staf Medis berdasarkan pertimbangan dari Komite Medis.

Pasal 63

Masa kerja Staf Medis ditetapkan sebagai berikut:

- a. untuk dokter tetap adalah sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. untuk dokter mitra adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;

- c. untuk dokter pendidikan spesialis selama perjanjian kerja sama antara Rumah Sakit dengan tempat asal pendidikan dokter spesialis masih berlaku;
- d. untuk dokter *internship* adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang bila sasaran akhir yang ditentukan belum tercapai.

Pasal 64

- (1) Dokter tetap yang telah memasuki pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62.
- (2) Pengangkatan kembali Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai dokter mitra.

Paragraf 5

Kewenangan Klinik Staf Medis

Pasal 65

- (1) Staf Medis diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medis.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang dimiliki Staf Medis yang bersangkutan.
- (3) Dalam hal mengalami kesulitan menentukan kewenangan klinik, Komite Medis dapat meminta informasi atau pendapat dari kolegium terkait.

Pasal 66

- (1) Staf Medis dapat mengajukan permohonan perluasan kewenangan klinik yang telah diberikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65.
- (2) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Direktur secara tertulis dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang diajukan.
- (3) Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medis.
- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam keputusan Direktur.

Pasal 67

- (1) Direktur melaksanakan evaluasi terhadap pemberian kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66.
- (2) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dijadikan dasar pertimbangan dalam mempertahankan, menambah, mengurangi atau mencabut kewenangan klinik.

Pasal 68

- (1) Direktur dapat memberikan kewenangan klinik sementara kepada Dokter Pengganti dengan kompetensi yang sama.
- (2) Pemberian kewenangan klinik sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan memperhatikan pendapat Komite Medis.

Pasal 69

Dalam keadaan bencana alam yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit dapat diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan yang diberikan, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Paragraf 6

Pembinaan Staf Medis

Pasal 70

- (1) Komite Medis dapat melakukan pengkajian dan penelusuran terhadap Staf Medis yang:
 - a. dinilai kurang mampu; atau
 - b. diduga melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan/atau kematian.
- (2) Dalam hal berdasarkan hasil pengkajian dan penelusuran Staf Medis dinilai kurang mampu atau terbukti melakukan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Medis mengusulkan kepada Direktur untuk mengenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 7

Sanksi

Pasal 71

- (1) Staf Medis yang terbukti melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, peraturan Rumah Sakit, klausul dalam perjanjian kerja dan/atau etika dapat diberikan sanksi.
- (2) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Direktur setelah mendapat pertimbangan dari Komite Medis dan Komite Etik dan Hukum.
- (4) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. teguran lisan atau tertulis;
 - b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi dokter tetap; atau
 - d. pemutusan perjanjian kerja bagi dokter mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

Pasal 72

- (1) Pemberlakuan sanksi kepada Staf Medis harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medis.
- (2) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
- (3) Penyelesaian sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) bersifat final.

Paragraf 8

Pemberhentian Staf Medis

Pasal 73

Pemberhentian dokter tetap dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 74

- (1) Dokter mitra berhenti sebagai Staf Medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas kesepakatan bersama antara Direktur dan dokter yang bersangkutan.
- (2) Dokter mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat bekerja kembali setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah sakit.

Paragraf 9

Penilaian dan Evaluasi terhadap Kinerja Staf Medis

Pasal 75

- (1) Penilaian kinerja Staf Medis yang bersifat administrasi, meliputi: disiplin kepegawaian, motivasi kerja dilakukan oleh Direktur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi kinerja Staf Medis terkait keprofesian, meliputi: Audit Medis, pre reviu, disiplin profesi, etika profesi dan sejenisnya dilakukan oleh Komite Medis.
- (3) Penilaian kinerja dan evaluasi kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) terhadap Staf Medis yang memberikan pelayanan medis menetap di Unit Kerja tertentu dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. secara fungsional profesi menjadi tanggung jawab Komite Medis khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu; dan
 - b. secara administrasi menjadi tanggung jawab kepala instalasi.

Bagian Kedua

Kelompok Staf Medis

Paragraf 1

Pengorganisasian

Pasal 76

- (1) Dalam melaksanakan tugas maka Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisnya/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis paling sedikit terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan keahlian sama.

- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok Staf Medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan wewenangnya.

Paragraf 2

Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis

Pasal 77

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- (2) Ketua kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dijabat oleh dokter organik atau dokter mitra.
- (3) Pemilihan ketua kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medis.
- (4) Dalam melaksanakan proses pemilihan ketua kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib melibatkan Komite Medis dan Direktur.
- (5) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling singkat selama 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Paragraf 3

Tanggung Jawab dan Kewajiban Kelompok Staf Medis

Pasal 78

Tanggung jawab kelompok Staf Medis adalah:

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;
- b. melakukan evaluasi atas tampilan kinerja praktik dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;
- d. memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktek kedokteran;

- f. memberikan laporan secara teratur paling sedikit 1 (satu) kali setiap tahun melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
- g. melakukan perbaikan standar operasional prosedur serta dokumen yang terkait.

Pasal 79

Kewajiban Kelompok Staf Medis adalah:

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

Bagian Ketiga

Komite Medis

Paragraf 1

Pembentukan Komite Medis

Pasal 80

- (1) Guna membantu Rumah Sakit dalam mengawal mutu layanan kesehatan berbasis keselamatan pasien perlu dibentuk Komite Medis.
- (2) Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan satu-satunya wadah profesional di Rumah Sakit yang memiliki otoritas tertinggi dalam organisasi Staf Medis.
- (3) Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Pembentukan Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Masa kerja Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 2

Susunan dan Persyaratan Komite Medis

Pasal 81

- (1) Susunan Komite Medis terdiri atas:

- a. ketua merangkap anggota, dijabat oleh dokter yang dipilih secara demokratis oleh ketua kelompok Staf Medis;
 - b. sekretaris merangkap anggota, yang dipilih oleh Ketua Komite Medis; dan
 - c. anggota yang terdiri dari semua ketua Kelompok Staf Medis atau yang mewakili.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Ketua Komite Medis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan kerumahsakitannya;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani dilingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite Medis dibantu oleh Tenaga Administrasi.

Paragraf 3

Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, Kewenangan dan Kewajiban Komite Medis

Pasal 82

Tugas Komite Medis adalah:

- a. membantu Direktur menyusun standar pelayanan medis dan membantu pelaksanaannya;
- b. membina etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;
- c. mengatur kewenangan klinik masing-masing Kelompok Staf Medis;
- d. membantu Direktur menyusun Peraturan Pola Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) serta membantu pelaksanaannya;
- e. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan hukum kedokteran (*medikolegal*);
- f. melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Pelayanan dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas Kelompok Staf Medis;
- g. meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis;
- h. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis; dan
- i. memberikan laporan kegiatan kepada Direktur.

Pasal 83

Fungsi Komite Medis adalah sebagai pengarah (*steering*) dalam pemberian pelayanan medis dengan rincian sebagai berikut:

- a. memberikan saran kepada Direktur atau Kepala Bidang Pelayanan;
- b. mengoordinasikan kegiatan pelayanan medis;
- c. menangani hal-hal berkaitan dengan perilaku etis (*ethical standing*); dan
- d. menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dipatuhi dan dilaksanakan oleh Staf Medis.

Pasal 84

Komite Medis bertanggung jawab kepada Direktur meliputi hal-hal yang berkaitan dengan:

- a. mutu pelayanan medis;
- b. pembinaan etik kedokteran; dan
- c. pengembangan profesi Medis.

Pasal 85

Guna melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya Komite Medis diberikan kewenangan:

- a. memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
- b. memberikan pertimbangan rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan alat medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan;
- c. monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis;
- d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektivitas penggunaan alat kedokteran;
- e. membina etika dan membantu mengatur kewenangan klinik.
- f. membentuk tim klinis lintas profesi; dan
- g. memberikan rekomendasi kerja sama antar institusi.

Pasal 86

Kewajiban Komite Medis:

- a. menyusun rancangan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*);
- b. membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar operasional prosedur di bidang manajerial dan administrasi serta bidang keilmuan, profesi, standar profesi dan standar kompetensi;
- c. membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik; dan
- d. melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

Paragraf 4
Rapat Kerja Komite Medis

Pasal 87

- (1) Rapat kerja Komite Medis terdiri dari:
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat bersama Kelompok Medis;
 - c. rapat bersama Direktur; dan
 - d. rapat darurat.
- (2) Rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua pertiga) dari jumlah Komite Medis.
- (3) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan Ketua harus dilampiri dengan salah satu salinan risalah bulan lalu.

Pasal 88

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 87 ayat (1) huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (2) Rapat Bersama Komite Medis dengan Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 87 ayat (1) huruf b dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (3) Rapat Komite Medis dengan Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 87 ayat (1) huruf c dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (4) Rapat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 87 ayat (1) huruf d dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sangat mendesak (*urgent*).

Pasal 89

- (1) Rapat Kelompok Staf Medis dan/atau Komite Medis dapat dilaksanakan apabila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dianggap tercapai apabila dihadiri oleh 2/3 (dua pertiga) dari jumlah anggota kelompok Staf Medis.
- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, waktu dan hari yang sama minggu berikutnya.

- (4) Dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu yang telah ditentukan pada minggu berikutnya maka rapat disahkan dalam rapat anggota kelompok Staf Medis dan/atau Komite Staf Medis berikutnya.

Pasal 90

- (1) Selain rapat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 87, Komite Medis dapat mengadakan Rapat khusus.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diadakan dalam hal:
 - a. adanya permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota Staf Medis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya; dan/atau
 - b. adanya keadaan/situasi tertentu yang mendesak untuk segera dilaksanakan rapat Komite Medis.
- (3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta untuk anggota Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 91

- (1) Rapat kerja dan rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 87 dan Pasal 90 dipimpin oleh Ketua Komite Medis.
- (2) Dalam hal Ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat dan kuorum telah tercapai maka anggota Staf Medis dan/atau Komite Medis dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.

Pasal 92

Setiap rapat khusus dan rapat kerja wajib dihadiri oleh Direktur dan pihak lain yang ditentukan oleh Komite Medis.

Pasal 93

- (1) Pengambilan keputusan dalam rapat dilaksanakan secara musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, pengambilan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pemungutan suara (*voting*) dalam rapat kelompok Staf Medis dan Komite Medis

- (3) Keputusan Staf Medis dan/atau Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada suara terbanyak.
- (4) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, ketua dan wakil ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara kedua kalinya.
- (5) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota kelompok Staf Medis dan/atau Komite Medis yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 94

- (1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana yang ditentukan dalam peraturan tersebut.
- (2) Dalam hal khusus perubahan atau pembatalan keputusan Direktur tidak diterima dalam rapat tersebut, usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Keempat

Sub Komite Medis

Paragraf 1

Pembentukan Sub Komite Medis

Pasal 95

- (1) Komite Medis dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh Sub Komite.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Sub Komite Mutu Profesi Medis;
 - b. Sub Komite Kredensial;
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi; dan
 - d. Sub Komite lainnya dibentuk sesuai kebutuhan pelayanan.
- (3) Pembentukan Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur atas usulan Ketua Komite Medis.
- (4) Usulan Ketua Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disampaikan setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medis.
- (5) Masa kerja Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 2

Susunan Organisasi Sub Komite

Pasal 96

Susunan organisasi Sub Komite terdiri dari:

- a. ketua;
- b. sekretaris; dan
- c. anggota.

Paragraf 3

Kegiatan Sub Komite Medis

Pasal 97

Sub Komite mempunyai kegiatan sebagai berikut:

- a. menyusun kebijakan dan prosedur kerja; dan
- b. membuat laporan berkala dan laporan tahunan yang berisi evaluasi kerja selama tahun berkenaan disertai rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya.

Paragraf 4

Tugas dan Tanggung Jawab Sub Komite Medis

Pasal 98

(1) Tugas Sub Komite adalah sebagai berikut:

- a. Sub Komite Mutu Profesi Medis:
 1. membuat rencana atau program kerja;
 2. melaksanakan rencana atau jadwal kegiatan;
 3. membuat panduan Mutu Pelayanan Medis;
 4. melakukan pantauan dan pengawasan Mutu Pelayanan Medis;
 5. menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, proses, output dan *outcome*;
 6. melakukan koordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien; dan
 7. melakukan pencatatan dan pelaporan berkala.
- b. Sub Komite Kredensial:
 1. melakukan reviu permohonan untuk menjadi anggota Staf Medis;
 2. membuat rekomendasi hasil reviu;
 3. membuat laporan kepada Ketua Komite Medis;
 4. melakukan reviu kompetensi Staf Medis serta memberikan laporan dan rekomendasi kepada Ketua Komite Medis dalam rangka memberikan Kewenangan Klinis (*clinical privileges*), dan penugasan Staf Medis pada unit kerja;

5. membuat rencana kerja;
 6. melaksanakan rencana kerja;
 7. menyusun tata laksana dari instrumen Kredensial;
 8. melaksanakan Kredensial dan Rekredensial dengan melibatkan lintas fungsi dan Mitra Bestari sesuai kebutuhan; dan
 9. membuat laporan berkala kepada Ketua Komite Medis.
- c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi:
1. membuat rencana kerja;
 2. melaksanakan rencana kerja;
 3. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
 4. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
 5. melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit; dan
 6. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), masing-masing Sub Komite bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medis.

Pasal 99

Kewenangan Sub Komite adalah sebagai berikut:

- a. Sub Komite Mutu Profesi Medis berwenang melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi;
- b. Sub Komite Kredensial berwenang melaksanakan kegiatan Kredensial dan Rekredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi; dan
- c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi berwenang melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi.

Bagian Kelima

Sumber Daya

Pasal 100

- (1) Guna memperlancar tugas sehari-hari bagi kelompok Staf Medis, Komite Medis, dan Sub Komite, Direktur dapat menyediakan:
- a. ruangan pertemuan;
 - b. Tenaga Administrasi; dan
 - c. sarana prasarana lain yang dibutuhkan.

- (2) Biaya operasional yang diperlukan dalam penyediaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibebankan pada anggaran Rumah Sakit.

BAB VI

KERAHASIAAN INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu

Kerahasiaan Pasien

Pasal 101

- (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 atau Kepala Bidang Pelayanan Medis.
- (3) Teknis pelaksanaan pemberian informasi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Informasi Medis

Pasal 102

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.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 103

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Blora Nomor 81 Tahun 2016 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soeprapto Cepu (Berita Daerah Kabupaten Blora Tahun 2016 Nomor 81) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 104

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Blora
pada tanggal 16 Desember 2019

BUPATI BLORA,

Cap ttd.

DJOKO NUGROHO

Diundangkan di Blora
pada tanggal 16 Desember 2019

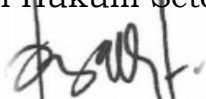
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BLORA,

Cap ttd.

KOMANG GEDE IRAWADI

BERITA DAERAH KABUPATEN BLORA TAHUN 2019 NOMOR 58

Sesuai dengan aslinya
Kepala Bagian Hukum Setda Kab. Blora



BONDAN ARSIYANTI, SH, MSi

NIP. 19760905 199903 2 004

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI BLORA
NOMOR 57 TAHUN 2019
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
(*HOSPITAL BY LAWS*) PADA RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH Dr. R. SOEPRAPTO CEPU.

LOGO RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. R. SOEPRAPTO CEPU



KETERANGAN LOGO:

- a. Logo Rumah Sakit berbentuk bulat dengan tulisan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soeprapto Cepu melambangkan kedinamisan dan kebulatan tekad seluruh karyawan Rumah Sakit untuk mewujudkan Visi dan Misi Rumah Sakit.
- b. Palang Hijau berarsir dari tebal ke tipis melambangkan Rumah Sakit Dr. R. Soeprapto Cepu memberikan Pelayanan Kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat, jumlah arsiran 9 (sembilan) menunjukkan tekad RSUD Dr. R Soeprapto Cepu menjadi Rumah Sakit terbesar di Kabupaten Blora.
- c. Menara Pengebor minyak menunjukkan bahwa Rumah Sakit Dr. R. Soeprapto Cepu terletak di daerah yang kaya sumber energi minyak dan gas.

BUPATI BLORA,

Cap ttd.

DJOKO NUGROHO

LAMPIRAN II

PERATURAN BUPATI BLORA

NOMOR 57 TAHUN 2019

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)

PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. R. SOEPRAPTO CEPU

FORMAT PENILAIAN MANDIRI (*SELF ASSESSMENT*)

NO	ASPEK DAN PARAMETER	PERIODE	SATUAN	BOBOT	RENCANA	REALISASI	NILAI	KET
I	Aspek Pengawasan (Pendapat dan Saran)							
	1. Memberikan penilaian, persetujuan, pengawasan dan pembinaan terhadap:							
	a. Pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis Anggaran	Tahunan	Dokumen	5				
	b. Pelaksanaan Rencana Bisnis Anggaran	Tahunan	Dokumen	5				
	c. Terselenggarakannya pendidikan professional dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut	Tahunan	Dokumen	5				
d. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti dan menyetujui laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima	Tahunan	Dokumen	5					

NO	ASPEK DAN PARAMETER	PERIODE	SATUAN	BOBOT	RENCANA	REALISASI	NILAI	KET
	e. Pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya	Tahunan	Dokumen	5				
	f. Arah Kebijakan Rumah Sakit	Tahunan	Dokumen	5				
	g. Menjaga hak dan kewajiban pasien	Tahunan	Dokumen	5				
	h. Menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit	Tahunan	Dokumen	5				
	i. Kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, Etika Profesi dan peraturan perundang-undangan	Tahunan	Dokumen	5				
	j. Pelaksanaan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan	Tahunan	Dokumen	5				
	2. Rapat Dewan Pengawas							
	a. Jumlah Rapat	Tahunan	Kali	5				
	b. Kehadiran	Tahunan	%	5				
	c. Penyelesaian Notulen Rapat	Tahunan	Risalah	5				
	3. Monitoring dan Tindaklanjut							
	a. Temuan Eksternal Audit Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)	Tahunan	Risalah	5				
	b. Rekomendasi mutu dan keselamatan pasien	Tahunan	Risalah	5				
	c. Kunjungan Lapangan	Tahunan	Kunjungan	5				

NO	ASPEK DAN PARAMETER	PERIODE	SATUAN	BOBOT	RENCANA	REALISASI	NILAI	KET
	Sub Total I			80				
II	Aspek Pelaporan							
	4. Laporan Dewan Pengawas							
	a. Jumlah Laporan	Tahunan	Laporan	5				
	b. Penilaian Laporan	Tahunan	Penilaian	5				
	- Penilaian atas kesesuaian Rencana Strategis Bisnis Dan Rencana Bisnis Anggaran	Tahunan	Penilaian					
	- Penilaian Kinerja Keuangan	Tahunan	Penilaian					
	- Penilaian Kinerja Layanan	Tahunan	Penilaian					
	- Penilaian Ketaatan terhadap Peraturan Perundang – Undangan	Tahunan	Penilaian					
	c. Kondisi Keuangan	Tahunan	Penilaian	5				
	- Neraca							
	- LAK							
	- LO							
	- LRA							
		Sub Total II			15			

NO	ASPEK DAN PARAMETER	PERIODE	SATUAN	BOBOT	RENCANA	REALISASI	NILAI	KET
III	Aspek Dinamis							
	5. Peningkatan Kompetensi melalui seminar/workshop	Setahun	Kali	3				
	6. Memberikan masukan kepada kemenkes/kemenkeu	Setahun	Kali	2				
	Sub Total III			5				
	Total IV (I + II + III)			100				

BUPATI BLORA,

Cap ttd.

DJOKO NUGROHO

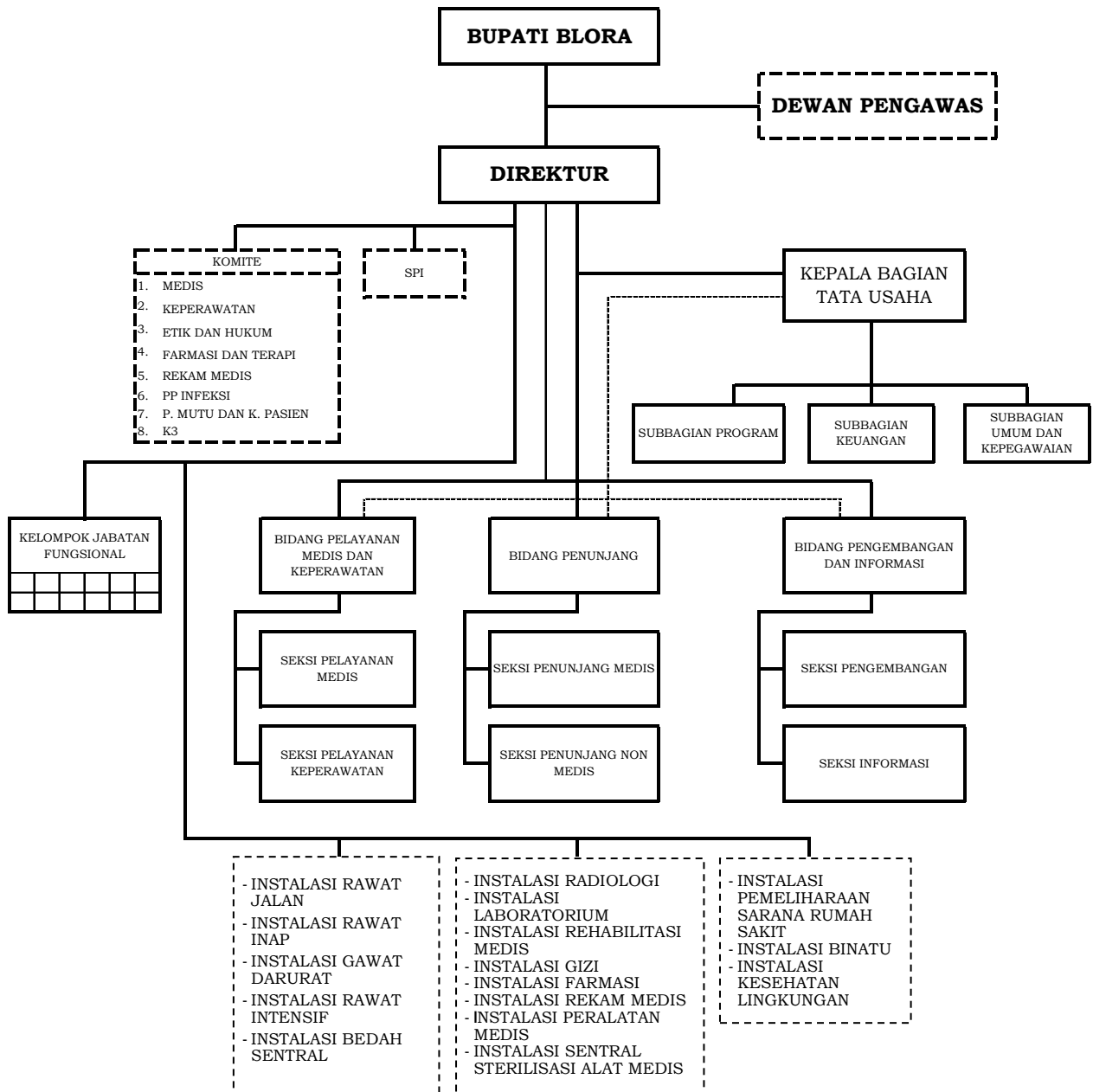
LAMPIRAN III

PERATURAN BUPATI BLORA
NOMOR 57 TAHUN 2019

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
(HOSPITAL BY LAWS) PADA RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH Dr. R. SOEPRAPTO CEPU.

BAGAN ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. R. SOEPRAPTO CEPU



BUPATI BLORA,

Cap ttd.

DJOKO NUGROHO