



BUPATI BENGKAYANG
PROVINSI KALIMANTAN BARAT

PERATURAN BUPATI BENGKAYANG
NOMOR 25 TAHUN 2019

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BYLAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BENGKAYANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BENGKAYANG,

- Menimbang : a. bahwa berdasarkan pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap rumah sakit mempunyai kewajiban untuk menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati Bengkayang tentang Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bengkayang.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Daerah Tingkat II Bengkayang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 44, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3823);
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);

6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
8. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
10. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2016 tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1502);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
14. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws);
15. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff Bylaws) di Rumah Sakit;

16. Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bengkayang (Lembaran Daerah Kabupaten Bengkayang Tahun 2016 Nomor 11, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bengkayang Nomor 11) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2019 tentang Perubahan Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bengkayang (Lembaran Daerah Kabupaten Bengkayang Tahun 2019 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bengkayang Nomor 1);
17. Peraturan Bupati Bengkayang Nomor 34 Tahun 2016 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana (Berita Daerah Kabupaten Bengkayang Tahun 2016 Nomor 34);
18. Peraturan Bupati Bengkayang Nomor 28 Tahun 2018 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit umum Daerah Kabupaten Bengkayang (Berita Daerah Kabupaten Bengkayang Tahun 2018 Nomor 28);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BENGKAYANG.

BAB I KETENTUAN UMUM

Bagian Kesatu Pengertian

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Bengkayang;
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Bengkayang;
3. Bupati adalah Bupati Bengkayang;
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bengkayang;
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bengkayang;
6. Direksi adalah Pejabat Pengelola Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bengkayang yang terdiri dari Direktur, Kepala Bagian dan atau Kepala Bidang;

7. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (*corporate by laws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff by law*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
8. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate by Laws*) adalah aturan yang mengatur hubungan Pemilik, Pengelola, dan Staf Medis di Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas;
9. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di Rumah Sakit;
10. Pemilik adalah pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bengkayang yaitu Pemerintah Kabupaten Bengkayang;
11. Pengelola adalah Direktur, Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bidang Penunjang, dan Kepala Bidang Keperawatan;
12. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dan dokter spesialis di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bengkayang;
13. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bengkayang yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas;
14. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya;
15. Dewan Pengawas adalah wadah non struktural yang bersifat independen dan bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit;
16. Satuan Pengawas Internal adalah satuan kerja fungsional yang melaksanakan tugas menganalisa sistem organisasi dan melakukan audit kinerja internal Rumah Sakit baik audit keuangan, audit pelayanan dan audit manfaat bagi masyarakat;
17. Komite Medik adalah wadah non struktural yang melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) guna menjaga profesionalisme melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;
18. Komite Keperawatan adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi keperawatan;

19. Komite Etik dan Hukum merupakan wadah non struktural yang berfungsi memberikan pertimbangan dan saran serta penyelesaian masalah yang terkait dengan aspek etika dan aspek hukum Rumah Sakit;
20. Staf Medik Fungsional adalah kelompok profesi medik yang terdiri dokter, dokter gigi dan dokter spesialis yang melakukan tugas profesi sesuai kewenangannya di instalasi dalam jabatan fungsional;
21. Staf Keperawatan Fungsional adalah kelompok profesi keperawatan yang melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan keperawatan di instalasi dalam jabatan fungsional;
22. Kelompok staf medis adalah sekumpulan staf medis dengan spesialisasi dan/atau keahlian yang sejenis, atau hampir sejenis;
23. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*);
24. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan;
25. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
26. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut;
27. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis;
28. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis;
29. Rapat rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadual yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus;
30. Rapat tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun;
31. Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas diluar jadual rapat rutin untuk mengambil putusan hal-hal yang dianggap khusus.

Bagian Kedua

Tujuan

Pasal 2

- (1) Tujuan umum ditetapkannya Peraturan ini adalah sebagai tatanan peraturan dasar yang mengatur hubungan antara Pemilik, Pengelola, Komite, Satuan Pengawas Internal dan Staf Medis sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas;

- (2) Tujuan khusus ditetapkan Peraturan ini bagi Rumah Sakit adalah :
- a. Sebagai pedoman dalam hubungannya dengan Pemilik, Pengelola dan Staf Medis;
 - b. Sebagai Pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan; dan
 - c. Sebagai pedoman dalam pengaturan hubungan antara Pengelola dengan Staf Medis.

Bagian Ketiga
Manfaat
Pasal 3

Manfaat ditetapkan Peraturan ini adalah :

- a. Sebagai acuan bagi Pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit;
- b. Sebagai acuan bagi Pengelola dalam pengelolaan Rumah Sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis manajerial atau operasional;
- c. Sebagai sarana untuk menjamin efektivitas, efisiensi dan mutu Rumah Sakit;
- d. Sebagai sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan Rumah Sakit; dan
- e. Sebagai acuan dalam penyelesaian konflik di Rumah Sakit antara Pemilik, Pengelola dan Staf Medis.

BAB II
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(CORPORATE BY LAWS)

Bagian Kesatu
Identitas

Paragraf Kesatu
Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 4

- (1) Nama Rumah Sakit adalah : “Rumah Sakit Umum Daerah Bumi Sebalok Kabupaten Bengkayang”.
- (2) Rumah Sakit berkedudukan di Jalan Sanggau Ledo Nomor 20, Kelurahan Sebalok, Kecamatan Bengkayang, Kabupaten Bengkayang, Provinsi Kalimantan Barat, Kode Pos. 79282.
- (3) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan Rumah Sakit Umum Kelas/Tipe C yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.
- (4) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah-Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bengkayang yang menerapkan PPK-BLUD Secara Penuh.

Paragraf Kedua
Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 5

Rumah Sakit mempunyai tugas:

- a. melaksanakan sebagian tugas teknis Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana dibidang Pelayanan Kesehatan Perorangan secara menyeluruh pada semua bidang dan jenis pelayanan;
- b. melaksanakan pelayanan Rumah Sakit yang bermutu sesuai standar pelayanan Rumah Sakit;

Pasal 6

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5, Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang menyeluruh tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. perencanaan dan penyusunan program, monitoring dan evaluasi, dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan; dan
- d. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Bagian Kedua
Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Nilai, Motto,
dan Logo Rumah Sakit

Paragraf Kesatu
Visi dan Misi

Pasal 7

Untuk melaksanakan tugas dan fungsi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 dan Pasal 6, perlu menetapkan Visi Rumah Sakit, yaitu: “Terwujudnya Rumah Sakit dengan pelayanan prima menuju Bengkayang Maju”.

Pasal 8

Untuk melaksanakan Visi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, perlu menetapkan Misi Rumah Sakit, yaitu:

- a. menyediakan pelayanan kesehatan berbasis pada keunggulan sumber daya manusia, ketersediaan alat kesehatan dan profesionalisme manajemen pelayanan;

- b. meningkatkan mutu layanan sesuai standar akreditasi Rumah Sakit;
- c. menyediakan akses pelayanan kesehatan yang luas, terbuka dan terjangkau bagi semua golongan masyarakat.

Paragraf Kedua
Tujuan dan Sasaran

Pasal 9

Berdasarkan visi dan misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 dan Pasal 8, dirumuskan tujuan dan sasaran, yaitu:

- a. meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara berkesinambungan, dengan sasaran:
 - 1. meningkatnya ketersediaan sarana dan prasarana;
 - 2. meningkatnya tingkat kepuasan pasien;
- b. mewujudkan sumber daya manusia kesehatan dengan kompetensi sesuai standar, dengan sasaran:
 - 1. meningkatnya kompetensi keahlian dan keterampilan sumber daya manusia;
 - 2. meningkatnya jumlah pegawai yang sesuai kebutuhan dan standar.
- c. meningkatkan kualitas informasi manajemen rumah sakit, dengan sasaran:
 - 1. meningkatnya jumlah pasien yang dilayani;
 - 2. meningkatnya kerjasama dengan lembaga terkait.

Paragraf Ketiga
Motto, Nilai-Nilai dan Logo

Pasal 10

Motto Rumah Sakit adalah: “Melayani dengan Kasih”.

Pasal 11

Nilai-nilai yang dibangun dalam pelayanan di Rumah Sakit adalah Kekeluargaan, Amanah, Santun, Interaktif dan Harmonis.

Pasal 12

Penjelasan masing-masing nilai sebagaimana dimaksud Pasal 11 adalah:

- a. Kekeluargaan:
Mencerminkan semangat kekeluargaan bahwa petugas Rumah Sakit haruslah memberikan pertolongan dengan cepat dan tanggap terhadap setiap kebutuhan pasien.

- b. Amanah:
Bentuk pelayanan Rumah Sakit yang melayani seluruh lapisan masyarakat dengan pelayanan terbaik dan sesuai dengan standar pelayanan, tanpa membedakan status sosial pasien.
- c. Santun:
Mencerminkan komitmen petugas Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan yang ramah dan berkualitas dengan terus berupaya meningkatkan kualitas pelayanan.
- d. Interaktif:
Merupakan janji Rumah Sakit, dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan komunikasi yang baik.
- e. Harmonis:
Terwujudnya pelayanan Rumah Sakit yang prima dan kerjasama yang baik antara seluruh komponen Rumah Sakit.

Pasal 13

Logo Rumah Sakit adalah sebagai berikut:



Bagian Ketiga Pemilik

Pasal 14

- (1) Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Kabupaten.
- (2) Kewenangan Pemilik terhadap Rumah Sakit adalah sebagai berikut:
 - a. Menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola, *Hospital by Laws*, Standar Pelayanan Minimal, Pengelolaan Keuangan, Tarif Pelayanan, Jasa Pelayanan, Pengelolaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit;
 - b. Mengangkat dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;
 - c. Memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;

- d. Meminta kepada pengelola Rumah Sakit untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan dan keamanan pasien;
- e. Mengesahkan Rencana Strategis Bisnis dan Rencana Bisnis dan Anggaran yang disetujui oleh Dewan Pengawas; dan
- f. Memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

Pasal 15

Tanggung jawab Pemilik terhadap Rumah Sakit adalah:

- a. menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen;
- b. bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Keempat Dewan Pengawas

Paragraf Kesatu Pembentukan

Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit kerja non struktural yang bersifat independen, bertanggung jawab kepada Pemilik;
- (2) Dewan Pengawas di bentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur;
- (3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Paragraf Kedua Fungsi, Tugas dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakititan secara internal di Rumah Sakit;
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 18

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17, Dewan Pengawas bertugas:

- a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi mutu pelayanan dan keamanan pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - g. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
 - h. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
 - i. mengawasi kepatuhan dalam pengelolaan keuangan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Pemilik paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan Pemilik.

Pasal 19

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil Pengawasan yang dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur;
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas;
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh Pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Paragraf Ketiga Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 20

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas;
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas;
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas;
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Paragraf Keempat
Rapat-Rapat Dewan Pengawas

Pasal 21

- (1) Dewan Pengawas melaksanakan rapat rutin paling sedikit 3 (tiga) bulan sekali, yang waktu dan tempatnya ditetapkan oleh Ketua Dewan Pengawas;
- (2) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan;
- (3) Setiap undangan rapat yang disampaikan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), harus melampirkan:
 - a. Satu salinan agenda rapat;
 - b. Satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. Satu salinan risalah rapat khusus yang lalu.

Pasal 22

- (1) Ketua Dewan Pengawas mengundang rapat khusus Dewan Pengawas dalam hal:
 - a. kepentingan Dewan Pengawas; atau
 - b. permintaan Direktur.
- (2) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan;
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik;
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 23

- (1) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun kalender;
- (2) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit;
- (3) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan tertulis kepada para anggota Dewan Pengawas dan undangan lain paling sedikit 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 24

Rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan secara pantas, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 25

Setiap rapat rutin Dewan Pengawas selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh Kepala Bagian dan Kepala Bidang serta pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas.

Pasal 26

Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka dalam hal kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas memilih pejabat Ketua untuk memimpin rapat.

Pasal 27

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum dianggap tercapai bila jumlah yang hadir paling sedikit setengah dari jumlah anggota Dewan Pengawas.

Pasal 28

- (1) Setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan oleh Ketua Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas.

Pasal 29

Kecuali telah diatur dalam Peraturan ini, maka:

- a. pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- b. dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara dengan tata cara sebagai berikut:
 1. setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat dewan pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan, atau bila dikehendaki oleh para anggota dewan pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
 2. putusan rapat didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
 3. dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka ketua dewan pengawas berwenang memutuskan; dan
 4. suara yang diperhitungkan hanyalah berasal dari anggota dewan pengawas yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 30

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana yang ditentukan dalam Peraturan ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi.

Paragraf Kelima Pembiayaan Dewan Pengawas

Pasal 31

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (3) Besaran honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diatur sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Paragraf Keenam Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 32

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari unsur Pemilik Rumah Sakit, organisasi profesi, asosiasi perumahsakitan, dan tokoh masyarakat;
- (2) Unsur Pemilik Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditunjuk oleh Pemilik Rumah Sakit;
- (3) Unsur organisasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh Pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan organisasi profesi tenaga kesehatan;
- (4) Unsur asosiasi perumahsakitan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh Pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan asosiasi perumahsakitan;
- (5) Unsur tokoh masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan tenaga ahli di bidang perumahsakitan;
- (6) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah maksimal 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang Ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota;
- (7) Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim Ad-hoc.

Paragraf Ketujuh
Persyaratan Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 33

Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan:

- a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
- d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
- e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
- f. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Pemilik.

Paragraf Kedelapan
Pengakhiran dan Pemberhentian
Anggota Dewan Pengawas

Pasal 34

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Pemilik.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti:
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik; atau
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan; atau
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; atau
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Pemilik.

Pasal 35

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (2), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 dan Pasal 33;

- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Bagian Kelima
Pengelola Rumah Sakit

Paragraf Kesatu
Pejabat Pengelola

Pasal 36

Pejabat Pengelola adalah pemimpin Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit sebagai BLUD yang terdiri atas:

- a. Pemimpin;
- b. Pejabat Keuangan; dan
- c. Pejabat Teknis.

Pasal 37

Pemimpin adalah Direktur, yang bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan.

Pasal 38

Pejabat Keuangan adalah Kepala Bagian Tata Usaha yang bertanggung jawab kepada Direktur menyangkut pengelolaan perbendaharaan dan akuntansi keuangan Rumah Sakit.

Pasal 39

Pejabat Teknis adalah Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Bidang Penunjang, yang bertanggung-jawab kepada Direktur atas kegiatan pelayanan medik, pengendalian instalasi dan rekam medik, penunjang medik, penunjang non medik, mutu dan asuhan keperawatan, sumber daya manusia dan logistik keperawatan, umum dan kepegawaian, perencanaan, evaluasi dan pelaporan, keuangan dan aset Rumah Sakit.

Pasal 40

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

Pasal 41

- (1) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati;
- (2) Pengangkatan 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 kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh Pejabat Pengelola, berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya;
- (4) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Paragraf Kedua

Masa Jabatan dan Pemberhentian Dari Jabatan

Pasal 42

- (1) Masa jabatan Pejabat Pengelola adalah 5 (lima) tahun atau sesuai dengan kebutuhan dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan yang ditentukan;
- (2) Pejabat Pengelola dapat diberhentikan sebelum masa jabatannya berakhir karena:
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik; atau
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan; atau
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; atau
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

Paragraf Ketiga

Persyaratan Jabatan

Pasal 43

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Pejabat Pengelola adalah:

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakit;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengelola dan mengembangkan rumah sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus pegawai negeri sipil yang bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan rumah sakit;

- e. saat diusulkan berpangkat minimal sesuai eselonering jabatan yang diusulkan;
- f. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pencapaian visi dan misi rumah sakit; dan
- g. bersedia menandatangani pakta integritas.

Paragraf Keempat Kewajiban dan Tanggungjawab Direktur

Pasal 44

Direktur mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan rumah sakit sesuai visi, misi dan tujuan organisasi dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. menetapkan rencana strategis bisnis dan rencana bisnis anggaran rumah sakit;
- c. mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis sesuai ketentuan;
- d. menetapkan pejabat yang ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan serta pejabat lain sesuai kebutuhan rumah sakit;
- e. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta kinerja keuangan rumah sakit;
- f. memelihara, mengelola dan meningkatkan sumber daya rumah sakit;
- g. mewakili rumah sakit di dalam dan di luar pengadilan;
- h. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha sebagaimana yang telah digariskan;
- i. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
- j. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai aturan perundang-undangan;
- k. menetapkan struktur unit organisasi dan tata kerja rumah sakit, lengkap dengan rincian tugasnya setelah mendapat persetujuan dari bupati;
- l. mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- m. memutuskan dan menetapkan peraturan-peraturan rumah sakit guna melaksanakan ketentuan-ketentuan dalam peraturan internal dasar maupun peraturan perundang-undangan;
- n. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
- o. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
- p. mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan; dan
- q. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat rumah sakit.

Pasal 45

Direktur mempunyai tanggung jawab mengenai hal-hal sebagai berikut:

- a. ketepatan kebijaksanaan berbasis visi dan misi rumah sakit;
- b. kelancaran, efektifitas dan efisiensi seluruh kegiatan rumah sakit; dan
- c. kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya.

Pasal 46

Tugas pokok dan fungsi Pejabat Pengelola ditetapkan oleh Bupati dan dirinci dalam suatu uraian tugas pokok dan fungsi secara tertulis dalam Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit.

Pasal 47

- (1) Direktur dapat mengangkat pejabat dalam jabatan yang bersifat fungsional/non struktural dengan hierarkhi setingkat pimpinan puncak (Ketua Komite, Departemen/Instalasi, Ketua Kelompok Fungsional) dan setingkat staf pelaksana (staf fungsional/Kepala Unit);
- (2) Direktur dapat mengangkat staf khusus dan atau staf ahli yang bersifat fungsional/non struktural untuk diperbantukan pada semua tingkat manajemen;
- (3) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), didasarkan atas kebutuhan untuk pencapaian tujuan organisasi Rumah Sakit;
- (4) Sebutan, fungsi, tugas, hak dan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), diatur oleh Direktur;
- (5) Bagi Pegawai yang diperbantukan Pemerintah Kabupaten atau Pegawai Baru sebelum penempatan pada unit kerja dilakukan orientasi pegawai baru.

Pasal 48

- (1) Apabila salah satu atau beberapa Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis berhalangan dalam menjalankan tugasnya maka kekosongan jabatan tersebut dijabat Pejabat satu tingkat dibawahnya yang ditunjuk sementara oleh Direktur dan dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.
- (2) Apabila Direktur berhalangan tetap dalam menjalankan tugasnya maka harus ditunjuk Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis untuk menjalankan tugas sementara pengelolaan Rumah Sakit melalui surat penugasan Bupati.
- (3) Apabila semua Pejabat Pengelola berhalangan tetap melakukan tugasnya atau kekosongan jabatan karena belum diangkat, maka pengelolaan Rumah Sakit dijalankan oleh Pejabat yang ditunjuk Bupati.

- (4) Apabila salah satu atau beberapa pejabat satu tingkat dibawah Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis berhalangan dalam menjalankan tugasnya maka kekosongan jabatan tersebut dijabat oleh staf Rumah Sakit yang ditunjuk sementara oleh Direktur dan dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.

Pasal 49

- (1) Untuk melaksanakan pengelolaan organisasi Rumah Sakit yang baik, efisien, dan efektif perlu diatur tata kerja organisasi sesuai azas-azas organisasi yang sesuai kondisi Rumah Sakit.
- (2) Tata kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari tata kerja rapat, tata kerja monitoring dan evaluasi, tata kerja pendelegasian wewenang, tata kerja pengadaan barang dan jasa, tata kerja administrasi kepegawaian, tata kerja pengelolaan pendapatan dan belanja, tata kerja pengelolaan aset, tata kerja pelayanan medik, tata kerja penunjang medik, tata kerja asuhan keperawatan, tata kerja pendidikan dan pelatihan, dan tata kerja pengelolaan rumah tangga.
- (3) Tata kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diatur oleh Direktur dan menjadi pedoman dalam pelaksanaan organisasi Rumah Sakit.

Bagian Keenam Organisasi Pelaksana

Paragraf Kesatu Instalasi

Pasal 50

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

Pasal 51

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

Pasal 52

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

Paragraf Kedua Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 53

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

Bagian Ketujuh Organisasi Pendukung

Paragraf Kesatu Satuan Pengawas Internal

Pasal 54

- (1) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pengawas Internal bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal harus memenuhi persyaratan:
 - a. memiliki integritas, dedikasi dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakitan, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. tidak pernah mendapat hukuman disiplin dari atasan atau pejabat berwenang;
 - c. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggara Rumah Sakit; dan
 - d. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Direktur.

- (4) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
- a. tidak melaksanakan tugas dengan baik; atau
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan; atau
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; atau
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap;
 - f. terkena tindakan disiplin berat dari atasan atau pejabat berwenang; atau
 - g. adanya kebijakan dari Pemilik atau Direktur.

Pasal 55

- (1) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pengawas Internal adalah :
- a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi Rumah Sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
 - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan Rumah Sakit;
 - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :
 1. informasi penting Rumah Sakit terjamin keamanannya;
 2. fungsi sekretariat Rumah Sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif;
 3. penyajian laporan-laporan Rumah Sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan;
 - d. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur;
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Satuan Pengawas Internal berfungsi sebagai unit monitoring yang bersifat independen untuk:
- a. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
 - b. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
 - c. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan Rumah Sakit;
- (3) tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (4) bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), adalah berdasarkan penugasan Direktur.

Paragraf Kedua

Komite Medik

Pasal 56

Komite medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tatakelola klinis (*clininal governance*) agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

Pasal 57

- (1) Personalia Komite Medik berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Medik didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan.

Paragraf Ketiga

Komite Keperawatan

Pasal 58

- (1) Komite keperawatan adalah wadah non struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Guna membantu Direktur dalam menyusun Standar Asuhan Keperawatan dan memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan (*previlege*) perawat dan bidan, mengembangkan pelayanan keperawatan, program pendidikan, pelatihan dan penelitian serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan, maka dibentuk Komite Keperawatan.
- (3) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Subkomite.
- (4) Ketua, Sekretaris dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun, dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku serta masukan dari staf keperawatan Rumah Sakit.
- (5) Sekretaris Komite dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan Rumah Sakit.
- (6) Anggota komite keperawatan terbagi ke dalam sub komite, yang terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial bertugas merekomendasikan Kewenangan Klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan;
 - b. Subkomite Mutu Profesi bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan; dan

- c. Subkomite Etik dan Disiplin Profesi bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 59

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur dalam meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara :
 - a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Komite Keperawatan menyelenggarakan fungsi:
 - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
 - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan;
 - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
 - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, Komite Keperawatan menyelenggarakan fungsi:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, Komite Keperawatan menyelenggarakan fungsi:
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

Pasal 60

Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59, Komite Keperawatan mempunyai kewenangan:

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;

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

Pasal 61

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Komite Keperawatan terdiri dari rapat kerja, rapat rutin, rapat pleno, dan sidang tahunan.
- (3) Rapat Kerja terdiri dari:
 - a. rapat kerja dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat kerja dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite, Kepala Seksi Mutu dan Asuhan Keperawatan, Kepala Seksi Sumber Daya Manusia dan Logistik Keperawatan, panitia- panitia keperawatan, kepala unit keperawatan dan kepala unit kebidanan; dan
 - c. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat Rutin terdiri dari:
 - a. rapat rutin dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat rutin dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite, Kepala Seksi Mutu dan Asuhan Keperawatan, Kepala Seksi Sumber Daya Manusia dan Logistik Keperawatan, kepala unit keperawatan dan kepala unit kebidanan; dan
 - c. agenda rapat rutin adalah membahas masalah- masalah keperawatan;
- (5) Rapat Pleno terdiri dari:
 - a. Rapat pleno diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
 - b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite, Kepala Seksi Mutu dan Asuhan Keperawatan dan Kepala Seksi Sumber Daya Manusia dan Logistik Keperawatan; dan
 - c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.
- (6) Sidang Tahunan terdiri dari:
 - a. sidang tahunan diadakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
 - b. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu;

- c. sidang tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite, Kepala Seksi Mutu dan Asuhan Keperawatan, Kepala Seksi Sumber Daya Manusia dan Logistik Keperawatan, kepala unit keperawatan dan kepala unit kebidanan; dan
- d. keputusan yang diambil harus disetujui sekurang- kurangnya oleh 2/3 (dua pertiga) peserta yang hadir.

Pasal 62

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Keperawatan diatur dalam Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff ByLaws*) yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf Keempat Komite Etik dan Hukum

Pasal 63

- (1) Susunan organisasi Komite Etik dan Hukum terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Subkomite.
- (2) Ketua, Sekretaris dan Subkomite ditetapkan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun, dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku serta masukan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit.
- (3) Anggota Komite Etik dan Hukum terbagi ke dalam Subkomite, yang terdiri dari:
 - a. Subkomite Etik yang bertugas menjaga etika dan perilaku seluruh pegawai Rumah Sakit;
 - b. Subkomite Hukum yang bertugas membantu permasalahan medikolegal di Rumah Sakit;

Pasal 64

Tugas Komite Etik dan Hukum adalah membantu Direktur dalam mensosialisasikan kewajiban dan tata aturan etik dan hukum Rumah Sakit kepada semua unsur di Rumah Sakit.

Pasal 65

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64, Komite Etik dan Hukum menyelenggarakan fungsi :

- a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi medikoetik-legal, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;
- b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit;
- c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit.

Pasal 66

Kewajiban etik dan hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 meliputi:

- a. kewajiban umum Rumah Sakit;
- b. kewajiban Rumah Sakit terhadap masyarakat;
- c. kewajiban Rumah Sakit terhadap staf;
- d. menyelesaikan masalah medikolegal dan etika Rumah Sakit; dan
- e. melakukan koordinasi dengan Bagian Hukum Sekretariat Daerah Kabupaten Bengkayang dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemilik dalam menyelesaikan masalah medikolegal;

Pasal 67

Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 dan Pasal 65, Komite Etik dan Hukum mempunyai kewenangan:

- a. mengusulkan rencana kegiatan tahunan dan lima tahunan;
- b. mengusulkan sanksi kepada direktur terhadap pegawai yang melakukan pelanggaran etik dan hukum;
- c. mensosialisasikan tata aturan yang berhubungan dengan etik dan hukum yang berlaku di rumah sakit kepada pegawai rumah sakit; dan
- d. memberikan pertimbangan hukum kepada direktur diminta atau tidak guna perbaikan manajemen pelayanan di Rumah Sakit.

Pasal 68

- (1) Komite Etik dan Hukum beserta Pejabat Pengelola melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi etik dan hukum.
- (2) Rapat etik dan hukum terdiri dari rapat kerja, rapat rutin dan rapat khusus.
- (3) Rapat Kerja terdiri dari:
 - a. rapat kerja dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat kerja dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Subkomite, Pejabat Pengelola, Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan; dan
 - c. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja etik dan hukum untuk masa 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat Rutin terdiri dari:
 - a. rapat rutin dilaksanakan dalam 3 (tiga) bulan sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat rutin dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Subkomite, Pejabat Pengelola, Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan; dan
 - c. agenda rapat rutin adalah membahas masalah- masalah etika dan hukum;

- (5) Rapat Pleno terdiri dari:
- rapat pleno diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
 - rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Subkomite dan Pejabat Pengelola serta Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan terkait; dan
 - agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin pegawai Rumah Sakit Non Medis dan Non Keperawatan.

Pasal 69

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Etik dan Hukum diatur dalam Peraturan Internal Komite Etik dan Hukum yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf Kelima

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 70

- Susunan organisasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Seksi-Seksi.
- Keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terbagi ke dalam Seksi-Seksi, yaitu Seksi Penyuluhan Kesehatan dan Seksi Pengendalian dan Kridensial.
- Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan, Bidang Keperawatan dan Bidang Penunjang Rumah Sakit.
- Sekretaris dan Seksi-Seksi diusulkan oleh Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan oleh Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan, Bidang Keperawatan dan Bidang Penunjang Rumah Sakit.

Pasal 71

- Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai tugas pokok membantu Direktur memberikan pertimbangan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit.
- Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi menyelenggarakan fungsi:
 - menyusun, menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi Rumah Sakit;
 - melaksanakan investigasi dan penaggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB);
 - merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;

- d. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - e. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - f. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa Rumah Sakit;
 - g. menerima laporan atas kegiatan dan membuat laporan berkala kepada Direktur;
- (3) Seksi Penyuluhan Kesehatan, mempunyai tugas:
- a. menyusun rencana kerja tahunan;
 - b. melakukan koordinasi dengan unit lain dalam melakukan tugas guna sinkronisasi;
 - c. melakukan penyuluhan secara rutin dan insidental;
 - d. memberikan saran dan masukan dalam proses pelayanan;
 - e. membuat laporan kegiatan secara rutin dan insidental kepada Ketua Komite untuk diteruskan kepada Direktur.
- (4) Seksi Pengendalian dan Kredensial, mempunyai tugas:
- a. menyusun rencana kerja tahunan;
 - b. melakukan koordinasi dengan unit lain dalam melakukan tugas guna sinkronisasi;
 - c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
 - d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
 - e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun; dan
 - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.

Pasal 72

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diatur dalam Peraturan Internal Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf Keenam Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 73

- (1) Susunan organisasi Komite Farmasi dan Terapi terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Koordinator.
- (2) Keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi terbagi ke dalam Koordinator.
- (3) Ketua Komite Farmasi dan Terapi diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan, Bidang Keperawatan dan Bidang Penunjang Rumah Sakit.

- (4) Sekretaris dan Koordinator diusulkan oleh Ketua Komite Farmasi dan Terapi ditetapkan oleh Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Bidang Pelayanan, Bidang Keperawatan dan Bidang Penunjang dan Bagian Tata Usaha Rumah Sakit.

Pasal 74

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
 - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium Rumah Sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
 - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
 - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
 - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam Rumah Sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
 - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
 - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus;
 - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan- kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.

Pasal 75

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Farmasi dan Terapi diatur dalam Peraturan Internal Komite Farmasi dan Terapi yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf Ketujuh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 76

- (1) Susunan organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Koordinator.
- (2) Keanggotaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terbagi ke dalam koordinator, yaitu Koordinator Mutu Klinik, Koordinator Manajemen, dan Koordinator Keselamatan Pasien.
- (3) Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan, Bidang Keperawatan dan Bidang Penunjang Rumah Sakit.

- (4) Sekretaris dan Koordinator diusulkan oleh Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ke Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan, Bidang Keperawatan dan Bidang Penunjang Rumah Sakit.

Pasal 77

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- (2) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas:
- a. meningkatkan mutu layanan di semua bidang layanan rumah sakit;
 - b. mengembangkan program keselamatan pasien rumah sakit;
 - c. menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien;
 - d. menjalankan peran, motivator, edukator, konsultasi, evaluasi dan monitoring program keselamatan pasien rumah sakit;
 - e. bersama-sama bagian diklat rumah sakit melakukan pelatihan internal keselamatan pasien; dan
 - f. melakukan pencatatan pelaporan, analisa masalah terkait dengan kejadian tidak diharapkan (ktd), kejadian nyaris cedera (knc) dan kejadian sentinel.
- (3) Tugas Koordinator Mutu Klinik, yaitu:
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Klinik;
 - b. mengevaluasi implementasi SPO Pelayanan;
 - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu klinik;
 - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu klinik;
 - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal Rumah Sakit tentang pencapaian indikator mutu klinik;
 - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian indikator mutu klinik;
 - g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
 - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
 - i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu; dan
 - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (4) Tugas Koordinator Mutu Manajemen, yaitu :
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Manajemen;
 - b. mengevaluasi implementasi SPO administrasi dan sumber daya;
 - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu manajemen;

- d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu manajemen;
 - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal Rumah Sakit tentang pencapaian indikator manajemen;
 - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen;
 - g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
 - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
 - i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali; dan
 - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (5) Tugas Koordinator Keselamatan Pasien, yaitu:
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
 - b. melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
 - c. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKKRS PERSI;
 - d. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel; dan
 - e. secara berkala membuat laporan kegiatan ke Direktorat.

Bagian Kedelapan

Tata Kerja

Pasal 78

Dalam melaksanakan tugas setiap Pejabat Pengelola wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*cross function approach*) secara vertikal dan horisontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

Pasal 79

Setiap Pejabat Pengelola wajib mengawasi bawahannya dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 80

Setiap Pejabat Pengelola bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.

Pasal 81

Setiap Pejabat Pengelola wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.

Pasal 82

Setiap laporan yang diterima oleh Pejabat Pengelola dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan.

Pasal 83

Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Subbagian, Kepala Seksi, Kepala Instalasi dan kepala ruangan, wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya.

Pasal 84

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

Pasal 85

Dalam melaksanakan tugasnya, setiap Pejabat Pengelola dibantu oleh kepala satuan organisasi dibawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan wajib mengadakan rapat berkala.

Bagian Kesembilan Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Paragraf Kesatu Tujuan Pengelolaan

Pasal 86

Pengelolaan sumber daya manusia merupakan pengaturan dan kebijakan mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan ketenagaan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

Pasal 87

- (1) Sumber daya manusia Rumah Sakit dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil.

- (2) Penerimaan pegawai Rumah Sakit diatur sebagai berikut:
- untuk Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku;
 - untuk pegawai Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan mekanisme rekrutmen atau cara lain yang efektif dan efisien;
 - rekrutmen Pegawai Negeri Sipil maupun Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan cara seleksi, meliputi seleksi administrasi, test psikologi, seleksi akademik dan keterampilan, wawancara dan test kesehatan; dan
 - kerjasama operasional dilaksanakan sesuai kebutuhan dan dilakukan oleh Direktur dengan pihak ketiga.

Paragraf Kedua
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 88

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

Pasal 89

Kenaikan pangkat reguler diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu, termasuk Pegawai Negeri Sipil yang:

- melaksanakan tugas belajar dan sebelumnya tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu; dan
- dipekerjakan atau diperbantukan secara penuh di luar instansi induk dan tidak menduduki jabatan pimpinan yang telah ditetapkan persamaan eselonnya atau jabatan fungsional tertentu.

Pasal 90

- Rotasi Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- Rotasi dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
 - penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
 - masa kerja di unit tertentu;
 - pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - kegunaannya dalam menunjang karir; dan
 - kondisi fisik dan psikis pegawai.

Paragraf Ketiga
Pengangkatan Pegawai

Pasal 91

- (1) Pegawai Rumah Sakit yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dapat dipekerjakan secara tetap atau tidak tetap;
- (2) Pengangkatan Pegawai Negeri Sipil disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (3) Pengangkatan pegawai Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi, dalam peningkatan pelayanan dan sesuai dengan kebutuhan;
- (4) Pengangkatan pegawai Non Pegawai Negeri Sipil ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf Keempat
Disiplin Pegawai

Pasal 92

- (1) Penilaian disiplin pegawai Rumah Sakit didasarkan pada:
 - a. daftar hadir;
 - b. laporan kegiatan; dan
 - c. daftar penilaian pelaksanaan pekerjaan.
- (2) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai meliputi :
 - a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis dan pernyataan tidak puas secara tertulis;
 - b. hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan
 - c. hukuman disiplin berat yang terdiri dari penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai Pegawai Negeri Sipil, dan pemberhentian tidak hormat sebagai pegawai negeri sipil.

Paragraf Kelima
Pemberhentian Pegawai

Pasal 93

- (1) Pemberhentian Pegawai Negeri Sipil diatur menurut peraturan perundangan-undangan tentang pemberhentian Pegawai Negeri Sipil;
- (2) Pemberhentian Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan/atau tidak memperpanjang masa kontrak diatur;
- b. Pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun dilaksanakan apabila Pegawai telah memasuki masa batas usia pensiun sesuai dengan peraturan yang berlaku; dan
- c. Pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai melakukan tindakan pelanggaran sesuai peraturan tentang disiplin pegawai.

Bagian Kesepuluh Remunerasi

Pasal 94

Remunerasi merupakan imbalan atau upah akibat dari kinerja pegawai yang dapat berupa gaji, tunjangan, uang lembur, honorarium, insentif, bonus, pesangon, jasa pelayanan dan atau pensiun yang diberikan kepada pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Bupati.

Pasal 95

- (1) Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan pegawai Rumah Sakit dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (2) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan dalam bentuk honorarium.
- (3) Sistem remunerasi dalam bentuk jasa pelayanan dan gaji pegawai Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dengan Peraturan Bupati berdasarkan usulan Direktur.

Pasal 96

Remunerasi dalam bentuk tunjangan, uang lembur, honorarium, insentif, bonus dan pesangon yang sumber dananya dari BLUD ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit

Pasal 97

Remunerasi dalam bentuk honorarium Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit dan dimuat dalam RBA.

Pasal 98

Remunerasi bagi Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95 ayat (1), dapat dihitung berdasarkan ketentuan yang berlaku.

Pasal 99

Pegawai Rumah Sakit yang berstatus Pegawai Negeri Sipil, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan Pegawai Negeri Sipil serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang ditetapkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95.

Bagian Kesebelas Standar Pelayanan Minimal

Pasal 100

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit, Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan jenis dan mutu pelayanan.

Pasal 101

Standar Pelayanan Minimal wajib memperhatikan asas sebagai berikut :

- a. akses;
- b. efektivitas;
- c. efisiensi;
- d. keselamatan dan keamanan;
- e. kenyamanan;
- f. kesinambungan pelayanan;
- g. kompetensi teknis; dan
- h. hubungan antar manusia.

Bagian Kedua belas Pengelolaan Keuangan

Pasal 102

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektivitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Dalam rangka penerapan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis akrual dan standar akuntansi pemerintahan.
- (3) Subsidi dari Pemerintah untuk pembiayaan Rumah Sakit dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan Jasa.

Bagian Ketiga belas

Tarif Layanan

Pasal 103

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dihitung untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.
- (5) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), didasarkan pada besaran biaya satuan ditambah dengan batas keuntungan, tingkat bunga bank, tingkat inflasi dan jasa pelayanan dengan mempertimbangkan tarif rumah sakit sekitar, kemampuan dan keinginan untuk membayar.

Pasal 104

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.

Pasal 105

- (1) Peraturan Bupati mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berpedoman pada ketentuan dalam Pasal 103 dan Pasal 104.

Bagian Keempat belas

Penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA)

Paragraf Kesatu

Penyusunan RBA

Pasal 106

- (1) Rumah Sakit wajib menyusun RBA tahunan disertai dengan prakiraan RBA tahun berikutnya.

- (2) RBA tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mengacu kepada:
- a. Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit; dan
 - b. Pagu Anggaran Pemerintah Kabupaten.

Pasal 107

Penyusunan RBA dilakukan melalui metode *top down* dan *button up* yang dimulai dari:

- a. *policy statement* oleh pimpinan;
- b. tingkat pusat pertanggungjawaban;
- c. komite anggaran yaitu suatu panitia anggaran yang mempunyai tugas untuk mengarahkan dan mengevaluasi anggaran;
- d. tingkat Direksi dan Dewan Pengawas.

Pasal 108

- (1) RBA disusun berdasarkan:
 - a. basis kinerja dan perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanannya;
 - b. kebutuhan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima; dan
 - c. basis aktual.
- (2) Dalam hal Rumah Sakit telah menyusun standar biaya layanannya berdasarkan perhitungan akuntansi biaya, RBA disusun menggunakan standar biaya tersebut.
- (3) Standar biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Perhitungan akuntansi biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dihasilkan dari sistem akuntansi biaya yang ditetapkan oleh Bupati.
- (5) Dalam hal Rumah Sakit belum menyusun standar biaya layanannya berdasarkan perhitungan dalam standar biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Rumah Sakit menyusun RBA menggunakan standar biaya yang ditetapkan oleh Bupati.
- (6) Dalam hal Rumah Sakit belum menyusun standar biaya layanannya berdasarkan perhitungan akuntansi biaya, RBA disusun menggunakan standar biaya umum yang ditetapkan oleh Bupati.
- (7) Penyusunan kebutuhan dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, disusun per unit kerja pada Rumah Sakit.
- (8) Kebutuhan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan pagu belanja yang dirinci menurut program, kegiatan, output, akun belanja, dan detail belanja.
- (9) Kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, bersumber dari:
 - a. pendapatan dari layanan yang diberikan kepada masyarakat;
 - b. hibah tidak terikat dan/atau hibah terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain;
 - c. hasil kerja sama Rumah Sakit dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya;

- d. penerimaan lainnya yang sah; dan/atau
 - e. penerimaan anggaran yang bersumber dari APBD/APBN.
- (10) Hasil usaha lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (9) huruf c, antara lain diperoleh dari pendapatan jasa lembaga keuangan, hasil penjualan aset tetap, dan pendapatan sewa.

Pasal 109

- (1) RBA paling sedikit memuat:
 - a. program dan kegiatan;
 - b. target kinerja (output);
 - c. kondisi kinerja Rumah Sakit tahun berjalan;
 - d. asumsi makro dan mikro;
 - e. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan;
 - f. perkiraan biaya; dan
 - g. prakiraan maju (forward estimate).
- (2) Rumusan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, dan target kinerja (output) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, harus sama dengan rumusan program, kegiatan dan target kinerja yang ada dalam Rencana Kerja Anggaran Rumah Sakit.
- (3) Kondisi kinerja Rumah Sakit tahun berjalan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan uraian gambaran mengenai capaian kinerja per unit kerja pada Rumah Sakit.
- (4) Asumsi makro sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan data dan/atau informasi atas indikator ekonomi yang berhubungan dengan aktivitas perekonomian nasional dan/atau global secara keseluruhan.
- (5) Asumsi mikro sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan data dan/atau informasi atas indikator ekonomi yang berhubungan dengan aktivitas Rumah Sakit.
- (6) Asumsi makro dan asumsi mikro sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5), yang digunakan dalam penyusunan RBA merupakan asumsi yang hanya berkaitan dengan pencapaian target Rumah Sakit.
- (7) Asumsi makro dan asumsi mikro sebagaimana dimaksud pada ayat (6), harus dijelaskan kaitannya dengan keberhasilan pencapaian target Rumah Sakit tersebut.
- (8) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, disusun menggunakan basis kas.
- (9) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang disusun menggunakan basis kas sebagaimana dimaksud pada ayat (8), menjadi data masukan untuk pengisian Kertas Kerja Rencana Kerja Anggaran Rumah Sakit.
- (10) Perkiraan biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f, disusun menggunakan basis akrual.
- (11) Prakiraan maju sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g, digunakan untuk kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan.
- (12) Prakiraan maju untuk kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (11), dicantumkan dalam RBA sampai dengan 3 (tiga) tahun ke depan.

Pasal 110

- (1) RBA menganut Pola Anggaran Fleksibel (*flexible budget*) dengan suatu Persentase Ambang Batas tertentu.
- (2) Pola Anggaran Fleksibel sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya berlaku untuk belanja yang bersumber dari pendapatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 108 ayat (9) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d.
- (3) Persentase Ambang Batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal kas.
- (4) Persentase Ambang Batas dicantumkan dalam Rencana Kerja Anggaran dan Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit.
- (5) Pencantuman Ambang Batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat berupa keterangan atau catatan yang memberikan informasi besaran Persentase Ambang Batas.

Paragraf Kedua Penyusunan Ikhtisar RBA

Pasal 111

Ikhtisar RBA digunakan sebagai bahan untuk menggabungkan RBA ke dalam RKA Rumah Sakit.

Pasal 112

- (1) Rumah Sakit mencantumkan penerimaan dan pengeluaran yang tercantum dalam RBA ke dalam pendapatan, belanja, dan pembiayaan dalam Ikhtisar RBA termasuk belanja dan pengeluaran pembiayaan yang didanai dari saldo awal kas.
- (2) Pendapatan, belanja, dan pembiayaan yang dicantumkan dalam Ikhtisar RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dihitung berdasarkan basis kas.
- (3) Pendapatan Rumah Sakit yang dicantumkan ke dalam Ikhtisar RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pendapatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 108 ayat (9) huruf a sampai dengan huruf d.
- (4) Belanja Rumah Sakit yang dicantumkan ke dalam Ikhtisar RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup semua belanja Rumah Sakit, termasuk belanja yang didanai dari APBD (Rupiah Murni), belanja yang didanai dari Pendapatan Rumah Sakit, penerimaan pembiayaan, dan belanja yang didanai dari saldo awal kas.

Pasal 113

- (1) Belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 ayat (4) dicantumkan kedalam Ikhtisar RBA dalam 3 (tiga) jenis belanja yang terdiri atas:

- a. Belanja Pegawai;
 - b. Belanja Barang; dan
 - c. Belanja Modal.
- (2) Belanja Pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan belanja pegawai yang berasal dari APBD (Rupiah Murni) dan Pendapatan Rumah Sakit.
 - (3) Belanja Barang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, terdiri atas Belanja Barang yang berasal dari APBD (Rupiah Murni), Belanja Barang yang didanai dari Pendapatan Rumah Sakit.
 - (4) Belanja Barang yang didanai dari Pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3), terdiri dari Belanja Barang, Belanja Jasa, Belanja Pemeliharaan, Belanja Perjalanan, dan Belanja Penyediaan Barang dan Jasa Rumah Sakit Lainnya yang berasal dari Pendapatan Rumah Sakit, termasuk Belanja Pengembangan SDM.
 - (5) Belanja Modal sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf c, terdiri dari Belanja Modal yang berasal dari APBD (Rupiah Murni) dan Belanja Modal Pendapatan Rumah Sakit.
 - (6) Belanja Modal yang berasal dari APBD (Rupiah Murni) sebagaimana dimaksud pada ayat (5), merupakan belanja modal yang bersumber dari Rupiah Murni yang terdiri dari Belanja Modal Tanah, Belanja Modal Peralatan dan Mesin, Belanja Modal Jalan, Irigasi dan Jaringan, dan Belanja Modal Fisik Lainnya.
 - (7) Belanja Modal Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (5), merupakan belanja modal yang bersumber dari Pendapatan Rumah Sakit yang terdiri dari Belanja Modal Tanah, Belanja Modal sarana Fisik, Modal Peralatan dan Mesin, dan Sarana Transportasi.

Pasal 114

- (1) Pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 ayat (1), mencakup semua penerimaan pembiayaan dan pengeluaran pembiayaan Rumah Sakit.
- (2) Penerimaan pembiayaan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), antara lain mencakup penerimaan yang bersumber dari pinjaman jangka pendek, pinjaman jangka panjang, dan/atau penerimaan kembali/penjualan investas jangka panjang Rumah Sakit.
- (3) Pengeluaran pembiayaan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup antara lain pengeluaran untuk pembayaran pokok pinjaman, pengeluaran investasi jangka panjang, dan/atau pemberian pinjaman.
- (4) Pengeluaran pembiayaan Rumah Sakit yang dicantumkan dalam Ikhtisar RBA adalah pengeluaran pembiayaan yang didanai dari APBD (Rupiah Murni) tahun berjalan dan Pendapatan Rumah Sakit.
- (5) Pengeluaran pembiayaan Rumah Sakit yang didanai dari APBD (Rupiah Murni) tahun berjalan yang telah tercantum dalam DPA selain DPA Rumah sakit, atau APBD (Rupiah Murni) tahun lalu dan telah dipertanggungjawabkan dalam pertanggungjawaban APBD sebelumnya, tidak dicantumkan dalam Ikhtisar RBA.

Paragraf Ketiga
Pengajuan dan Pengesahan RBA

Pasal 115

- (1) Direktur mengajukan RBA kepada Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (2) Pengajuan RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan memenuhi syarat sebagai berikut:
 - a. RBA ditandatangani oleh Direktur dan diketahui oleh Dewan Pengawas;
 - b. RBA disertai dengan standar pelayanan minimal, tarif, dan/atau standar biaya layanan; dan
 - c. Dalam hal Rumah Sakit menyusun RBA menggunakan standar biaya berdasarkan perhitungan akuntansi biaya, RBA dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak (SPTJM).
- (3) RBA yang telah disetujui oleh Bupati menjadi dasar penyusunan RKA Rumah Sakit.

Pasal 116

- (1) Rumah Sakit menyusun RKA berdasarkan RBA dan ikhtisar RBA.
- (2) RKA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diajukan kepada Bupati.
- (3) Dalam hal Bupati menyetujui pengajuan RKA, Bupati menyampaikan RKA dan RBA kepada BPKAD.
- (4) BPKAD atas nama Bupati melakukan telaahan terhadap RKA dan RBA yang diajukan untuk digunakan sebagai bagian dari mekanisme pengajuan dan penetapan APBD.

Pasal 117

- (1) Direktur menyusun RBA Definitif sebagai dasar melakukan kegiatan Rumah Sakit.
- (2) Penyusunan RBA Definitif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan cara sebagai berikut:
 - a. Rumah Sakit melakukan penyesuaian RKA dan RBA dengan Penetapan APBD atau Keputusan Bupati mengenai Rincian Anggaran Belanja Pemerintah Kabupaten;
 - b. RBA yang telah disesuaikan ditandatangani oleh Direktur dan diketahui oleh Dewan Pengawas;
 - c. RBA Definitif diajukan kepada Bupati; dan
 - d. Dalam hal Bupati menyetujui RBA Definitif, Bupati menyampaikan RKA dan RBA Definitif kepada Kepala BPKAD.

Pasal 118

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara penyusunan dan format rincian RBA definitif ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kelima belas
Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 119

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

Bagian Keenam belas
Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

Pasal 120

- (1) Direktur menunjuk pejabat yang mengelola lingkungan Rumah Sakit antara lain lingkungan fisik, kimia, biologi serta pembuangan limbah yang berdampak pada kesehatan lingkungan internal dan eksternal serta halaman, taman, dan lain-lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Tugas pokok pengelola lingkungan dan limbah Rumah Sakit meliputi pengelolaan limbah dan sampah, pengawasan dan pengendalian serangga, sistem pengelolaan lingkungan fisik dan biologi rumah serta menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan pendidikan, pelatihan penelitian/pengembangan di bidang penyehatan lingkungan rumah sakit.
- (3) Fungsi pengelola lingkungan dan limbah Rumah Sakit, meliputi:
 - a. penyehatan makanan dan minuman;
 - b. penyehatan air bersih dan air minum;
 - c. pemantauan pengelolaan linen;
 - d. pengelolaan sampah;
 - e. pengendalian serangga dan binatang pengganggu;
 - f. desinfeksi dan sterilisasi ruang;
 - g. pengelolaan air limbah; dan
 - h. upaya penyuluhan kesehatan lingkungan.
- (4) Jenis limbah yang menjadi perhatian Rumah Sakit dikelompokkan atas:
 - a. limbah yang tidak membahayakan; dan
 - b. limbah bahan berbahaya dan beracun.
- (5) Limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, meliputi:
 - a. limbah bukan klinik yaitu limbah yang meliputi kertas pembungkus atau kantong dan plastik yang tidak berkontak dengan cairan badan dan tidak menimbulkan resiko sakit; dan
 - b. limbah dapur yaitu limbah yang bersumber dari sisa makanan dan air kotor.

- (6) Limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b, meliputi:
- Limbah klinik yaitu limbah dihasilkan selama pelayanan pasien secara rutin, pembedahan dan di unit resiko tinggi, seperti perban atau pembungkus yang kotor, cairan badan, anggota badan yang diamputasi, jarum, semprit bekas, kantung urin dan produk darah;
 - Limbah biologis spesifik yaitu limbah yang disarankan supaya disterilisasi, dengan menggunakan autodave untuk volume limbah yang sedikit dan menggunakan desinfeksi untuk volume limbah yang banyak;
 - limbah cair yaitu limbah yang harus dicairkan dan diolah di Instalasi Pembuangan Air Limbah Rumah Sakit;
 - limbah patologis yaitu limbah yang berasal dari bagian tubuh manusia, agar dipendam/ditanam pada lokasi khusus atau dibakar di incenerator;
 - limbah yang berasal dari benda tajam yang terkontaminasi ditangani dengan menempatkannya pada wadah yang kokoh dan aman bagi petugas yang akan menanganinya; dan
 - limbah bangkai hewan dan bagian tubuh hewan yang terkontaminasi yang ditangani dengan membuangnya ke incenerator.
- (7) Pengelolaan limbah cair sebagaimana dimaksud pada ayat (6) huruf c, terdiri dari tahap:
- Pengumpulan limbah cair; dan
 - Pengolahan limbah cair
- (8) Pengumpulan limbah cair bertujuan untuk mengatur air limbah dari berbagai sumber hingga terkumpul dalam suatu sistem.

Bagian Ketujuh belas Prinsip Tata Kelola

Pasal 121

- (1) Rumah Sakit beroperasi berdasarkan pola tata kelola atau peraturan internal, yang memuat antara lain:
- struktur organisasi;
 - prosedur kerja;
 - pengelompokkan fungsi yang logis; dan
 - pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memperhatikan prinsip antara lain:
- transparansi;
 - akuntabilitas;
 - responsibilitas; dan
 - independensi.

Pasal 122

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 121 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab dan wewenang dalam organisasi.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 121 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Penglompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 121 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektivitas pencapaian organisasi.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 121 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif dan produktif.

Pasal 123

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 121 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 121 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 121 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta terhadap perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 121 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.
- (5) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset dan manajemen pelayanan.

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

Bagian Kesatu
Maksud Dan Tujuan

Pasal 124

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis berbasis keselamatan pasien.

Pasal 125

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff ByLaws*) mempunyai tujuan:

- a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (*patient safety*);
- b. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional;
- c. menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut staf medis; dan
- d. mengontrol serta menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan Pemerintah dan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua
Organisasi Staf Medis dan Tanggungjawab

Pasal 126

- (1) Organisasi staf medis merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Rumah Sakit.
- (2) Organisasi staf medis Rumah Sakit bertanggungjawab dan berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dalam rangka membantu pencapaian tujuan pemerintah di bidang kesehatan.

Bagian Ketiga
Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

Pasal 127

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

Pasal 128

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

Pasal 129

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

Pasal 130

Bagi Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Kontrak, Staf Medis Mitra atau Staf Medis Relawan sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan.

Pasal 131

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

- a. untuk Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil adalah sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan;
- b. untuk Staf Medis Organik Non PNS adalah selama 3 (tiga) bulan dan dapat perbaharui kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;
- c. untuk Staf Medis Mitra adalah selama 1 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan; dan
- d. untuk Staf Medis Relawan (voluntir) adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih menghendaki dan memenuhi semua persyaratan.

Pasal 132

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

Pasal 133

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

Bagian Keempat Kategori Staf Medis

Pasal 134

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

- a. Staf Medis Kontrak, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai staf medis kontrak, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;
- b. Staf Medis Organik, yaitu dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;
- c. Staf Medis Mitra, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan setingkat dengan Rumah Sakit, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit;
- d. Staf Medis Relawan, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit atas dasar keinginan mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit, dan bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab sesuai ketentuan; dan
- e. Staf Medis Tamu, yaitu dokter yang tidak tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit, tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Pasal 135

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya diperluas maka Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.

- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 136

Dokter Instalasi Gawat Darurat adalah Dokter Umum dan Dokter Spesialis yang terlatih menangani kegawatdaruratan sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh Rumah Sakit, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dan kewenangan di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 137

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

Pasal 138

Peserta Magang adalah dokter atau perawat yang mengikuti pelatihan keprofesian berbasis pada pelayanan primer guna meningkatkan kompetensi, meningkatkan kinerja dan menerapkan standar profesi pada praktik kedokteran dan keperawatan dan melakukan kerja praktek dengan supervisi dari dokter spesialis atau perawat senior dalam jangka waktu tertentu dengan tujuan mencari pengalaman kerja.

Bagian Kelima Kewenangan Klinik

Pasal 139

- (1) Setiap Dokter yang diterima sebagai Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijasah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari staf medis yang bersangkutan dengan memperhatikan kondisi di rumah sakit.
- (3) Dalam hal ada kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari Kolegium terkait.

Pasal 140

Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 139 ayat (1), dievaluasi terus-menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

Pasal 141

Kewenangan klinik sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.

Pasal 142

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan (*emergency care*) di luar kewenangan klinik reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Keenam Pembinaan

Pasal 143

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

Pasal 144

- (1) Bila hasil penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 143, membuktikan kebenaran maka Komite Medik dapat mengusulkan kepada Direktur untuk dikenai sanksi berupa sanksi administratif.
- (2) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (3) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan, untuk selanjutnya Direktur memiliki waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
- (4) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3), bersifat final.

Bagian Ketujuh
Pengorganisasian Staf Medis Fungsional

Pasal 145

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

Pasal 146

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

Pasal 147

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

Pasal 148

Tugas Staf Medis Rumah Sakit adalah:

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

Pasal 149

Tanggungjawab Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah:

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan Keputusan;

- b. melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang Dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan Keputusan Direktur;
- d. memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
- f. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur dan/atau Bidang Pelayanan Medik tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
- g. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen terkait.

Pasal 150

Kewajiban Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah:

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

Pasal 151

Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis:

- a. kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota;
- b. Ketua Kelompok Staf Medis dapat dijabat oleh Dokter Organik;
- c. Ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
- d. Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur;
- e. Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Bagian Kedelapan Penilaian

Pasal 152

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan perundang-undangan.

- (3) Staf medis yang memberikan pelayanan medis dan menetap di rumah sakit secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Bagian Kesembilan
Komite Medik

Paragraf Kesatu
Pembentukan

Pasal 153

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.
- (3) Susunan organisasi Komite Medik sekurang- kurangnya terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Subkomite.
- (4) Ketua, Sekretaris dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun, dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku serta masukan dari staf medis Rumah Sakit.
- (5) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Subkomite, yang terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial; yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. Subkomite Mutu Profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Pasal 154

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pengawasan dan pengkajian:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.

- c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis Rumah Sakit; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Medik senantiasa melibatkan mitra bestari untuk mengambil keputusan profesional.

Pasal 155

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang:

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

Pasal 156

- (1) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Ketua Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite Medik wajib memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukan kepada Direktur.
- (4) Direktur bersama Komite Medik untuk menyusun pengaturan layanan medis (*medical staff rules and regulations*) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk Rumah Sakit hingga keluar dari Rumah Sakit.

Pasal 157

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh Panitia Adhoc.
- (2) Panitia Adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.
- (3) Panitia Adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah Sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Pasal 158

- (1) Rapat Komite Medik terdiri atas rapat rutin, rapat khusus, dan rapat pleno.
- (2) Setiap rapat komite medik dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan secara pantas kecuali seluruh anggota Komite Medik yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 159

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Medik diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 160

Komite Medik pembentukannya ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun, berkedudukan di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.

Paragraf Kedua
Susunan, Tugas, Fungsi, dan Kewenangan

Pasal 161

Susunan organisasi komite medik terdiri dari:

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

Pasal 162

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis;
- (2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.

Pasal 163

- (1) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesionalisme, reputasi, dan perilaku;
- (2) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

Pasal 164

- (1) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Subkomite;
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. Subkomite Mutu Profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. Subkomite Etika Dan Disiplin Profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Pasal 165

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

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

Paragraf Ketiga
Hubungan Komite Medik dengan Direktur

Pasal 166

Hubungan Komite Medik dengan Direktur adalah sebagai berikut:

- a. Direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik;
- b. Komite medik bertanggungjawab kepada Direktur.

Paragraf Keempat
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 167

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh Direktur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

Pasal 168

- (1) Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medis adalah:
 - 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 kerumah-sakitan;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
- (2) Ketua Komite Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 169

- (1) Sekretaris Komite Medis dipilih oleh Ketua Komite Medis.
- (2) Sekretaris Komite Medis dijabat oleh seorang Dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil.
- (3) Sekretaris Komite Medis dapat menjadi Ketua dari salah satu SubKomite.
- (4) Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite Medis dibantu oleh tenaga administrasi/staf sekretariat purna waktu.

Pasal 170

Untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya 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 efektifitas penggunaan alat kedokteran;
- e. membina etika dan membantu mengatur kewenangan klinis;
- f. membentuk Tim Klinis lintas profesi; dan
- g. memberikan rekomendasi kerjasama antar institusi.

Pasal 171

Susunan organisasi Subkomite terdiri dari:

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

Pasal 172

Subkomite mempunyai kegiatan sebagai berikut:

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

Pasal 173

Tugas dan tanggung jawab Subkomite Peningkatan Mutu Profesi Medis adalah:

- a. membuat rencana atau program kerja;
- b. melaksanakan rencana atau jadual kegiatan;
- c. membuat panduan mutu pelayanan medis;
- d. melakukan pantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis;
- e. menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, output proses, dan outcome;
- f. melakukan koordinasi dengan Sub Komite Peningkatan Mutu Rumah Sakit;
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 174

Tugas dan tanggungjawab Subkomite Kredensial adalah:

- a. melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis;

- b. membuat rekomendasi hasil review;
- c. membuat laporan kepada Komite Medis;
- d. melakukan review kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medis dalam rangka pemberian clinical privileges, reappointments dan penugasan staf medis pada unit kerja;
- e. membuat rencana kerja;
- f. melaksanakan rencana kerja;
- g. menyusun tata laksana dari instrumen kredensial;
- h. melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
- i. membuat laporan berkala kepada Komite Medis.

Pasal 175

Tugas dan tanggungjawab Subkomite Etika dan Disiplin Profesi adalah:

- a. membuat rencana kerja;
- b. melaksanakan rencana kerja;
- c. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
- d. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
- e. mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika;
- f. melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit; dan
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 176

Kewenangan Subkomite adalah sebagai berikut:

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

Pasal 177

Tiap-tiap Subkomite bertanggung-jawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan.

Paragraf Kelima Rapat-Rapat

Pasal 178

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari:

- a. rapat rutin bulanan, dilakukan minimal sekali setiap bulan;
 - b. rapat rutin bersama semua Kelompok Staf Medis dan atau dengan semua staf medis dilakukan minimal sekali setiap bulan;
 - c. rapat bersama Direktur dan Bidang Pelayanan dilakukan minimal sekali setiap bulan;
 - d. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sifatnya sangat urgen; dan
 - e. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.
- (2) Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medis atau Sekretaris dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu dari anggota yang hadir dalam hal Ketua Komite Medis dan Sekretaris tidak hadir.
 - (3) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medis atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.
 - (4) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 179

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

Pasal 180

- (1) Rapat tahunan Komite Medis diselenggarakan sekali dalam setahun;
- (2) Ketua Komite Medis wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas hari) sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 181

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh Direktur, Bidang Pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.

Pasal 182

- (1) Keputusan rapat Kelompok Staf Medis dan atau Komite Medis didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua atau Sekretaris berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medis yang hadir.

Pasal 183

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

Bagian Kesepuluh Tindakan Korektif

Pasal 184

Dalam hal Staf Medis diduga melakukan layanan klinik di bawah standar maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan oleh Komite Medik untuk dilakukan penelitian.

Pasal 185

Dalam hal hasil penelitian menunjukkan kebenaran adanya layanan klinik di bawah standar, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberikan sanksi dan pembinaan sesuai ketentuan.

Bagian Kesebelas Pemberhentian Staf Medis

Pasal 186

Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil diberhentikan dengan hormat karena:

- a. telah memasuki masa pensiun;
- b. permintaan sendiri;
- c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai Staf Medis; dan
- d. berhalangan tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut.

Pasal 187

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

Pasal 188

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

Bagian Kedua belas Sanksi

Pasal 189

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

Pasal 190

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

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

Bagian Ketiga belas Kerahasiaan dan Informasi Medis

Pasal 191

(1) Rumah Sakit:

- a. berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku di rumah sakit;
- b. wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan yang berlaku;

- c. dapat memberikan isi rekam medis kepada pasien ataupun pihak lain atas ijin pasien secara tertulis; dan
 - d. dapat memberikan isi dokumen rekam medis untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dokter Rumah Sakit:
- a. berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;
 - b. wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
 - c. wajib menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika hukum dan kedokteran.
- (3) Pasien rumah sakit:
- a. berhak mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lain-lain hal yang berkaitan dengan pasien;
 - b. wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya;
 - c. berhak mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan dokter, yaitu:
 - 1. diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medis;
 - 2. tujuan tindakan medis;
 - 3. tata-laksana tindakan medis;
 - 4. alternatif tindakan lain jika ada;
 - 5. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 - 6. akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan;
 - 7. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
 - 8. risiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medis.

BAB IV MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 192

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) dilakukan monitoring dan evaluasi setiap 1 (satu) tahun sesuai perkembangan Rumah Sakit;
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan oleh Rumah Sakit.

BAB V KETENTUAN PENUTUP

Pasal 193

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Bengkayang
pada tanggal 26 Maret 2019

BUPATI BENGKAYANG

TTD

SURYADMAN GIDOT

Diundangkan di Bengkayang
pada tanggal 27 Maret 2019.

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BENGKAYANG,

TTD

O B A J A

BERITA DAERAH KABUPATEN BENGKAYANG TAHUN 2019 NOMOR 25