



SALINAN

**BUPATI ROKAN HULU
PROVINSI RIAU**

**PERATURAN BUPATI ROKAN HULU
NOMOR 43 TAHUN 2022**

TENTANG

**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH ROKAN HULU**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI ROKAN HULU,

- Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan dalam Pasal 2 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, maka perlu menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Rokan Hulu;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Rokan Hulu.
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang - Undang Nomor 53 Tahun 1999 Tentang Pembentukan kabupaten Pelalawan, kabupaten Rokan Hulu, kabupaten Rokan Hilir, kabupaten Siak, kabupaten Karimun, kabupaten Natuna, kabupaten Kuantan Singingi dan kota Batam (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 181, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3902) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 34 tahun 2008 tentang perubahan ketiga atas Undang-undang Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 1999 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 107 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4880);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang

Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);

5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
8. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ROKAN HULU.**

BAB I
KETENTUAN UMUM
Bagian Kesatu
Pengertian
Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Rokan Hulu.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Rokan Hulu.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan DPRD dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah rumah sakit umum daerah Kabupaten Rokan Hulu.
6. Peraturan internal rumah sakit (*hospital bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
7. Peraturan internal korporasi (*corporate bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.
8. Peraturan Internal Staf Medis adalah peraturan yang mengatur fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak staf medis di rumah sakit.
9. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah 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.
10. 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, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
11. Direktur adalah Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Rokan Hulu yang diangkat oleh Bupati dan bertindak sebagai pejabat pengelola rumah sakit.
12. Dewan Pengawas adalah suatu perangkat yang bertugas melakukan pengawasan terhadap operasional pengelolaan BLUD yang dibentuk dengan keputusan Bupati dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
13. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari direktur, kepala bagian, kepala bidang, kepala sub bagian dan kepala seksi.

14. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak seseorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri
15. Pejabat Pengelola adalah pimpinan rumah sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional rumah sakit yang terdiri atas pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis.
16. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
17. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
18. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja puma waktu maupun paruh waktu di Unit Pelayanan rumah sakit.
19. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
20. Unit Kerja adalah tempat Staf Medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
21. Komite Medis adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tatakelola klinik agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
22. Kewenangan Klinik adalah hak khusus seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinik.
23. Penugasan Klinik adalah penugasan direktur kepada seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinik yang telah ditetapkan baginya.
24. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap Staf Medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinik.
25. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap Staf Medis yang telah memiliki kewenangan klinik untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinik tersebut.
26. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
27. Tenaga Administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.
28. Kelompok Staf Medis Fungsional yang selanjutnya disingkat SMF adalah kelompok staf medis yang melakukan keprofesiannya meliputi: pelayanan, pendidikan dan penelitian secara purna waktu maupun paruh waktu pada satuan kerja pelayanan yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya.

29. Komite Etik adalah suatu perangkat organisasi nonstruktural yang dibentuk dalam rumah sakit untuk membantu pimpinan rumah sakit dalam melaksanakan kode etik rumah sakit di Indonesia.
30. Instalasi adalah unit kerja yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan/penunjang pelayanan kesehatan, pendidikan, penelitian dan pendukung pelayanan lainnya yang dilaksanakan rumah sakit.

Bagian Kedua

Tujuan

Pasal 2

- (1) Tujuan umum ditetapkan 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

- (1) Manfaat ditetapkan Peraturan ini untuk RSUD sebagai berikut:
 - a. RSUD memiliki acuan hukum dalam bentuk anggaran rumah tangga;
 - b. RSUD sakit memiliki kepastian hukum dalam pembagian kewenangan dan tanggung jawab baik secara eksternal maupun internal yang dapat menjadi alat/sarana perlindungan hukum bagi RSUD atas tuntutan/gugatan;
 - c. menunjang persyaratan akreditasi RSUD;
 - d. memiliki alat/sarana untuk meningkatkan mutu pelayanan RSUD; dan
 - e. RSUD memiliki kejelasan arah dan tujuan dalam melaksanakan kegiatannya.
- (2) Manfaat ditetapkan Peraturan ini untuk pengelola RSUD sebagai berikut:
 - a. Memiliki acuan tentang batas kewenangan, hak, kewajiban, dan tanggung jawab yang jelas sehingga memudahkan dalam menyelesaikan masalah yang timbul serta dapat menjaga hubungan serasi dan selaras; dan
 - b. Mempunyai pedoman resmi untuk menyusun kebijakan teknis operasional.
- (3) Manfaat ditetapkan Peraturan ini untuk pemerintah sebagai berikut:
 - a. Mengetahui arah dan tujuan RSUD tersebut didirikan; dan
 - b. Acuan dalam menyelesaikan konflik di RSUD.
- (4) Manfaat ditetapkan Peraturan ini untuk pemilik RSUD sebagai berikut:
 - a. mengetahui tugas dan kewajibannya;

- b. acuan dalam menyelesaikan konflik di internal; dan
 - c. acuan dalam menilai kinerja direktur RSUD.
- (5) Manfaat ditetapkan Peraturan ini untuk pemilik RSUD sebagai berikut:
- a. mengetahui tugas dan kewajibannya;
 - b. acuan dalam menyelesaikan konflik di internal; dan
 - c. acuan dalam menilai kinerja direktur RSUD.

BAB II PERATURAN ORGANISASI RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu Identitas

Pasal 4

RSUD merupakan Rumah Sakit Milik Pemerintah Daerah, dengan identitas sebagai berikut:

- a. Nama rumah sakit adalah RSUD Rokan Hulu;
- b. Jenis rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum;
- c. Kelas rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Kelas C;
- d. Bentuk rumah sakit adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah dibawah Dinas Kesehatan Kabupaten Rokan Hulu yang menerapkan PPK-BLUD; dan
- e. Alamat rumah sakit adalah di Jalan Syech Ismail Pasir Pengaraian, Rambah Tengah Utara, Rambah, Rokan Hulu.

Bagian Kedua Falsafah, Visi, Misi, Tujuan Strategis dan Nilai-Nilai Dasar

Pasal 5

- (1) Falsafah RSUD adalah:
- a. Bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak mendapatkan pelayanan kesehatan;
 - b. Bahwa setiap orang yang datang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan baik pasien dan pelanggan lainnya adalah manusia yang mempunyai rasa menyukai dan tidak menyukai, sehingga pihak rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan terbaik;
 - c. Kehadiran pasien dan pelanggan lain merupakan kepercayaan yang diberikan kepada rumah sakit dan segala keluhan pasien dan pelanggan lain itu merupakan wujud kepedulian dan kecintaan kepada rumah sakit;
 - d. Memberikan pelayanan dengan tulus ikhlas serta dengan standar profesi tertinggi, dan berkewajiban meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan harapan pasien dan pelanggan lainnya;
 - e. Semua karyawan dan karyawan rumah sakit harus selalu berusaha meningkatkan ilmu dan teknologi, dan selalu menjadikan pengalaman yang diperolehnya sebagai guru terbaik; dan
 - f. Wahana lingkungan rumah sakit yang sehat, hijau dan bersih merupakan bagian yang terintegrasi dan tidak terpisahkan dari upaya peningkatan mutu pelayanan, serta merupakan bagian dari kepedulian terhadap kelestarian ekosistem dan dukungan terhadap gerakan bumi hijau.

- (2) Visi RSUD adalah Terwujudnya RSUD sebagai Pusat Rujukan Regional dengan Pelayanan yang Paripurna, Unggul, dan Terpercaya.
- (3) Misi RSUD adalah:
- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan berstandar paripurna, bermutu dan terjangkau yang diselenggarakan secara profesional;
 - b. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian untuk peningkatan sumber daya manusia;
 - c. Melaksanakan tata kelola rumah sakit yang baik dengan dukungan disiplin aparatur terbaik sehingga terwujud kinerja rumah sakit yang sehat;
 - d. Mewujudkan manajemen rumah sakit yang akuntabel dengan kinerja keuangan yang sehat;
 - e. Mewujudkan lingkungan yang sehat dengan suasana kerja yang harmonis sehingga tercipta kenyamanan dan kebersamaan dalam bekerja;
 - f. Mewujudkan sarana dan prasarana unggulan, modern yang berbasis teknologi seiring dengan perkembangan era industri 4.0; dan
 - g. Mengupayakan berfungsinya gedung 6 (enam) lantai RSUD guna mengembangkan pusat-pusat pelayanan unggulan rumah sakit.
- (4) Tujuan Strategis RSUD adalah:
- a. Melaksanakan sinkronisasi antara kebijakan nasional dan daerah;
 - b. Meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialisik dan paramedik disertai dengan
 - c. Peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan;
 - d. Mengembangkan, menambah dan memelihara sarana dan prasarana peralatan medis (*medical equipment*), utamanya yang berkaitan dengan teknologi tinggi;
 - e. Meningkatkan pelayanan dengan membuka spesialis/ subspecialis dan melengkapi sarana dan prasarana secara mencukupi;
 - f. Meningkatkan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efisiensi serta melakukan kerjasama dengan Pelayanan Kesehatan lokal dan nasional;
 - g. Melakukan efisiensi dan efektifitas pelayanan pada semua unit kerja dan unit pelayanan dengan memanfaatkan sistem informasi manajemen terintegrasi berbasis teknologi sejalan dengan era revolusi industri 4.0; dan
 - h. Melaksanakan akuntabilitas pelayanan secara berkesinambungan melalui kegiatan audit medis, audit klinis, audit keuangan serta kendali mutu dan kendali.
- (5) Nilai-Nilai Dasar RSUD meliputi 7 (Tujuh) nilai yang disingkat dengan IKHTIAR adalah:
- a. I: Integritas : Kemampuan untuk dapat memenuhi apapun yang dijanjikan dalam situasi dan kondisi apapun;
 - b. K: Konseptual dan Kompeten;
 - c. H: Harmonis;
 - d. T: Tanggap;
 - e. I: Inovasi: mendayagunakan kemampuan dan keahlian untuk menghasilkan karya baru;
 - f. A: Aseptik; dan
 - g. R: Ramah dan Rendah hati.

**Bagian Ketiga
Motto dan Logo**

Pasal 6

- (1) Motto RSUD yaitu: **“Berikhtiar Demi Kesehatan Yang Lebih Baik”**.
- (2) Logo RSUD adalah sbagai berikut:



**BAB III
PEMILIK**

Pasal 7

Pemilik RSUD adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Rokan Hulu.

Pasal 8

Pemerintah Daerah bertanggung jawab:

- a. menyediakan fasilitas Rumah Sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat;
- b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan rumah sakit bagi fakir miskin atau masyarakat tidak mampu sesuai ketentuan perundang-undangan;
- c. membina dan mengawasi penyelenggaraan rumah sakit;
- d. memberikan perlindungan kepada rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara professional dan bertanggungjawab;
- e. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan rumah Sakit sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan;
- f. mendorong peran serta masyarakat dalam pendirian Rumah Sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
- g. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
- h. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa;
- i. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan
- j. mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.

Pasal 9

Untuk melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Bupati memiliki kewenangan:

- a. menetapkan peraturan tentang peraturan internal dan standar pelayanan minimal rumah sakit beserta perubahannya;
- b. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural dan Dewan Pengawas;
- c. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
- d. menyetujui dan mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA);

- e. mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit; dan
- f. memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi serta memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar aturan dan ketentuan lainnya.

BAB IV DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 10

- (1) Dewan Pengawas dibentuk oleh Bupati atas usulan Direktur.
- (2) Pembentukan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (3) Pembentukan Dewan Pengawas dan keanggotaan Dewan Pengawas dapat ditinjau kembali, apabila realisasi nilai omzet tahunan menurut laporan realisasi anggaran tahun terakhir dan/atau nilai aset menurut neraca mengalami penurunan selama 2 (dua) tahun berturut-turut lebih rendah dari persyaratan.

Bagian Kedua Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewajiban dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 11

- (1) Dewan pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggungjawab kepada Bupati selaku pemilik RSUD .
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk pada RSUD sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* RSUD dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (1) bertugas:
 - a. menentukan arah kebijakan rumah sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis bisnis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana bisnis dan anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit; dan
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

- (2) Dewan Pengawas berkewajiban:
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan rumah sakit;
 - c. melaporkan kepada Bupati tentang kinerja rumah sakit;
 - d. memberikan nasehat kepada Direktur dalam melaksanakan pengelolaan rumah sakit;
 - e. melaksanakan evaluasi dan penilaian kinerja keuangan dan nonkeuangan, serta memberikan saran dan catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh Direktur; dan
 - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja
- (3) Dewan Pengawas berwenang:
 - a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
 - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
 - c. meminta penjelasan dari Direktur dan/atau pejabat lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
 - d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
 - e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
 - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Pemerintah Daerah selaku pemilik RSUD paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan Pemerintah Daerah.

Bagian Ketiga
Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang.
- (2) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk BLUD yang memiliki:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, sebesar Rp30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
 - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).
- (3) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk BLUD yang memiliki:

- a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
 - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).
- (4) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari unsur:
- a. pejabat Satuan Kerja Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit;
 - b. pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
 - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit.
- (5) Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan:
- a. memiliki integritas, dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - 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 Rumah Sakit.

Bagian Keempat
Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Keanggota Dewan Pengawas berakhir karena:
- a. masa jabatan berakhir; atau
 - b. diberhentikan.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) apabila:
- a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan rumah sakit; atau
 - e. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas rumah sakit.
- (4) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (3).
- (5) Masa jabatan anggota dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan selama masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Bagian Kelima
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan wewenang Dewan Pengawas mengadakan rapat koordinasi.
- (2) Rapat koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menghasilkan berita acara, rekomendasi dan keputusan.
- (3) Hasil rapat koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bersifat kolektif kolegial.

Bagian Keenam
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas, maka Bupati bisa mengangkat sekretaris 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 (1) 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.

Bagian Ketujuh
Pembiayaan Dewan Pengawas

Pasal 18

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada anggaran rumah sakit.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dan sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan RSUD.

BAB V
PENGELOLAAN RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu
Prinsip Tata Kelola

Pasal 19

- (1) RSUD dikelola berdasarkan pola tata kelola yang memuat antara lain:
 - a. struktur organisasi;
 - b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi yang logis; dan
 - d. pengelolaan Umum dan Keuangan.
- (2) Tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memperhatikan prinsip, antara lain:
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas; dan
 - d. independensi.

Pasal 20

- (1) Struktur organisasi rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, dan wewenang dalam organisasi.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.
- (4) Pengelolaan Umum dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Umum dan Keuangan yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.

Pasal 21

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 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 19 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada rumah sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap prinsip bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 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.

Bagian Kedua Pengelola Rumah Sakit

Pasal 22

RSUD dipimpin oleh Direktur yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional rumah sakit sebagai BLUD.

Pasal 23

Direktur bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah terkait operasional dan keuangan rumah sakit secara umum dan keseluruhan.

Pasal 24

- (1) Komposisi Pengelola RSUD dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati.
- (3) Jabatan Struktural di RSUD terdiri dari:
 - a. pejabat pengelola atau Direksi RSUD ;
 - b. eselon III terdiri dari:
 1. kepala bagian; dan
 2. kepala bidang.
 - c. Eselon IV terdiri dari:
 1. kepala subbagian; dan
 2. kepala seksi.
- (4) Bagan Struktur Organisasi RSUD sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan Bupati ini.

Pasal 25

- (1) Manajemen rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (3) diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Pengangkatan dan penempatan 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 Pengelola rumah sakit, 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.

Bagian Ketiga Jabatan Struktural Eselonisasi

Pasal 26

Jabatan Struktural RSUD meliputi:

- a. direktur adalah dokter atau dokter gigi yang diberikan tugas tambahan sebagai Direktur RSUD ;
- b. kepala bagian tata usaha merupakan jabatan struktural eselon III.b;
- c. kepala bidang pelayanan merupakan jabatan struktural eselon III.b;
- d. kepala bidang penunjang merupakan jabatan struktural eselon III.b;
- e. kepala bidang humas dan pengembangan SDM merupakan jabatan struktural eselon III.b;
- f. kepala sub bagian administrasi dan kepegawaian merupakan jabatan struktural eselon IV.a;
- g. kepala sub bagian keuangan dan perlengkapan merupakan jabatan struktural eselon IV.a;

- h. kepala sub bagian perencanaan, evaluasi dan pelaporan merupakan jabatan struktural eselon IV.a;
- i. kepala seksi pelayanan medik merupakan jabatan struktural eselon IV.a;
- j. kepala seksi keperawatan merupakan jabatan struktural eselon IV.a;
- k. kepala seksi penunjang non medik merupakan jabatan struktural eselon IV.a;
- l. kepala seksi pemeliharaan rumah sakit merupakan jabatan struktural eselon IV.a;
- m. kepala seksi humas dan pemasaran merupakan jabatan struktural eselon IV.a; dan
- n. kepala seksi pengembangan SDM merupakan jabatan struktural eselon IV.a.

Bagian Keempat
Masa Jabatan dan Pemberhentian Dari Jabatan

Pasal 27

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

Bagian Kelima
Persyaratan Jabatan

Pasal 28

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Pengelola adalah:

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengelola dan mengembangkan Rumah Sakit;
- c. berstatus Pegawai Negeri Sipil yang bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan Rumah Sakit;
- d. saat diusulkan berpangkat minimal sesuai eselonering jabatan yang diusulkan;
- e. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pencapaian visi dan misi Rumah Sakit; dan
- f. bersedia menandatangani pakta integritas.

Bagian Keenam
Kewajiban dan Tanggungjawab Direktur

Pasal 29

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 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;
- m. memutuskan dan menetapkan peraturan-peraturan rumah sakit guna melaksanakan 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;
- o. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
- p. mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan; dan
- q. meminta pertanggung-jawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat rumah sakit.

Pasal 30

Tanggung jawab Direktur mengenai hal-hal berikut ini:

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

Pasal 31

- (1) Direktur dapat mengangkat pejabat dalam jabatan yang bersifat fungsional/non struktural dengan hierarki 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 (2) didasarkan atas kebutuhan untuk pencapaian tujuan organisasi Rumah Sakit.
- (4) Sebutan, fungsi, tugas, hak dan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) diatur oleh Direktur.
- (5) Bagi Pegawai yang diperbantukan atau Pegawai Baru sebelum penempatan pada unit kerja dilakukan orientasi pegawai baru.

Pasal 32

- (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 di tunjuk 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 33

- (1) Untuk melaksanakan pengelolaan organisasi Rumah Sakit yang baik, efisien, dan efektif perlu diatur tata kerja organisasi sesuai asas-asas organisasi yang sesuai kondisi Rumah Sakit.
- (2) Tata kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. tata kerja rapat;
 - b. tata kerja monitoring dan evaluasi;
 - c. tata kerja pendelegasian wewenang;
 - d. tata kerja pengadaan barang dan jasa;
 - e. tata kerja administrasi kepegawaian;
 - f. tata kerja pengelolaan pendapatan dan belanja;
 - g. tata kerja pengelolaan asset;
 - h. tata kerja pelayanan medis;
 - i. tata kerja penunjang medis;
 - j. tata kerja asuhan keperawatan;
 - k. tata kerja pendidikan dan pelatihan; dan
 - l. tata kerja pengelolaan rumah tangga.

- (3) Tata kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur oleh Direktur dan menjadi pedoman dalam pelaksanaan organisasi Rumah Sakit.

BAB VI
SATUAN PENGAWAS INTERNAL
Bagian Kesatu
Pembentukan Satuan Pengawas Internal
Pasal 34

- (1) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
- (2) Jumlah anggota Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan paling banyak 6 (enam) orang.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pengawas Internal bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (4) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal harus memenuhi persyaratan:
- a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
 - d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
 - e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
 - f. berijazah paling rendah D-3 (Diptoma 3); g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun di rumah sakit;
 - g. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat diangkat pertama kali;
 - h. tidak pernah mendapat hukuman disiplin dari atasan atau pejabat berwenang;
 - i. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggara Rumah Sakit;
 - j. mempunyai sikap independen dan obyektif; dan
 - k. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Direktur.
- (5) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
- a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit;
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap;
 - f. terkena tindakan disiplin berat dari atasan; atau
 - g. adanya kebijakan dari Pemilik atau Direktur.

Bagian Kedua
Tugas dan Fungsi Satuan Pengawas Internal
Pasal 35

- (1) Tugas 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; dan
 - 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 pengendalian internal;
 - c. melakukan implementasi pengendalian internal; dan
 - d. 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 (2) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.

BAB VII
PERATURAN STAF MEDIS
Bagian Kesatu
Maksud dan Tujuan
Pasal 36

Peraturan internal staf medis dimaksudkan untuk menciptakan kerangka kerja agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna terlaksananya mutu layanan medis berbasis keselamatan pasien.

Pasal 37

Peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) RSUD ini bertujuan untuk :

- a. memberikan landasan hukum bagi komite medis dan staf medis guna melaksanakan tugas dan fungsinya dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di Rumah Sakit;
- b. pengorganisasian kelompok staf medis agar staf medis di Rumah Sakit dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas dan bertanggung jawab;
- c. tercapainya kerjasama yang baik antara staf medis, pemilik rumah sakit atau yang mewakili dan Direktur; dan
- d. tercapainya sinergisitas antara manajemen dan staf Medis untuk kepentingan pasien.

Bagian Kedua
Keanggotaan Staf Medis

Pasal 38

- (1) Keanggotaan staf medis adalah dokter spesialis/dokter gigi spesialis dan dokter umum serta dokter gigi.
- (2) Untuk menjadi Staf Medis di RSUD , sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dokter/dokter gigi harus memenuhi persyaratan:
 - a. mempunyai ijazah dari fakultas kedokteran/kedokteran gigi yang diakui pemerintah;
 - b. mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR);
 - c. mempunyai Surat Perintah Tugas (SPT) bagi pegawai negeri sipil;
 - d. memiliki Surat Izin Praktek (SIP);
 - e. telah melalui proses kredensial yang dilakukan oleh komite medis;
 - f. memiliki surat perintah tugas klinis dari direktur rumah sakit;
 - g. mengikuti program pengenalan tugas/program orientasi bagi staf medic fungsional Baru; dan
 - h. mengikuti ketentuan kepegawaian di rumah sakit.
- (3) Staf medis dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran dilingkungan rumah sakit bertanggung jawab profesi secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional.

Pasal 39

Semua dokter yang melaksanakan praktek kedokteran pada unit pelayanan RSUD, termasuk unit-unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan RSUD , wajib menjadi anggota staf medis.

Pasal 40

Direktur dapat mengevaluasi penugasan jabatan fungsional staf medis dengan keputusan Direktur atas rekomendasi komite medis berupa hasil kredensial/rekredensial, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, dan peraturan internal (*hospital bylaws*) RSUD.

Bagian Ketiga
Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 41

- (1) Staf Medis di RSUD mempunyai tugas :
 - a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan;
 - b. memberikan pelayanan medis yang bermutu kepada pasien sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku di RSUD ;
 - c. meningkatkan kemampuannya profesinya, melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
 - d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan; dan
 - e. menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.

- (2) Dalam melaksanakan tugas, staf medis pada RSUD Hulu menjalankan fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
- (3) Wewenang setiap staf medis pada RSUD disusun oleh Ketua kelompok staf medis dan kemudian disetujui dan dibuatkan rekomendasi oleh komite medis kepada Direktur untuk ditetapkan dalam Surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*).
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, staf medis pada RSUD bertanggung jawab untuk:
 - a. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya dalam waktu 2 x 24 jam; dan
 - b. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat jalan yang menjadi tanggung jawabnya saat pelayanan.

Bagian Keempat Kategori Staf Medis

Pasal 42

Staf medis yang bergabung di RSUD dikelompokkan kedalam kategori:

- a. staf medis tetap/dokter tetap adalah dokter yang berasal dari PNS yang bergabung di RSUD sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai ordinat yang berkerja untuk dan atas nama rumah sakit serta bertanggung jawab kepada RSUD ; dan
- b. staf medis kontrak adalah dokter yang bekerja/bergabung dengan RSUD sebagai staf medis kontrak yang berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama RSUD serta bertanggung jawab kepada RSUD.

Bagian Kelima Penerimaan, Penerimaan Kembali dan Pemberhentian Anggota Staf Medis

Pasal 43

- (1) Penerimaan calon staf medis pada RSUD dilakukan sesuai dengan standar prosedur operasional penerimaan staf medis yang disusun oleh manajemen dengan komite medis.
- (2) Tata cara dan persyaratan penerimaan dan penerimaan kembali staf medis mengikuti tata cara yang berlaku pada standar profesi dan standar kompetensi masing-masing kelompok staf medis.

Pasal 44

- (1) Staf Medis yang dengan alasan tertentu pindah atau cuti di luar tanggungan negara sehingga tidak bisa menjalankan tugas untuk kurun waktu tertentu, dapat diterima kembali sebagai staf medis dengan mengikuti prosedur yang telah ditentukan.
- (2) Bagi Staf Medis yang telah pensiun dan ingin bekerja kembali pada RSUD , maka dalam waktu 6 (enam) bulan sebelum masa pensiun yang bersangkutan diharuskan mengajukan permohonan untuk bekerja kembali di RSUD sebagai dokter tidak tetap.
- (3) Penempatan kembali staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Direktur dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari komite medis.

Pasal 45

Staf Medis RSUD dinyatakan berhenti apabila :

- a. meninggal dunia;
- b. pensiun;
- c. pindah tugas dari lingkungan RSUD ; dan
- d. tidak mematuhi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang berlaku di RSUD .

Bagian Keenam Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

Pasal 46

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi komite medis.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf medis meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi dan etika profesi.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh komite medis.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan dilakukan oleh kepala bidang pelayanan medis.
- (5) Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap staf medis ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 47

Proses penyelesaian kasus yang terjadi dan muncul dalam kegiatan pelayanan medis berjenjang:

- a. laporan kejadian (oleh siapapun) harus menjadi perhatian staf medis di lingkungan itu, untuk selanjutnya disampaikan ke ketua kelompok staf medis, komite medis dan kepala bidang pelayanan medis;
- b. ketua kelompok staf medis berkepentingan untuk menjaga martabat kelompoknya dikalangan sesama staf medis maupun di kalangan staf lain di rumah sakit, perlu menghubungi yang bersangkutan untuk memperoleh informasi pembandingan;
- c. komite medis memperhatikan mekanisme audit medis melalui kerjasama baik dengan Direktur, untuk mendorong pengumpulan data dari unsur terkait (staf keperawatan, staf laboratorium, staf radiologi, ataupun regu jaga);
- d. pada keadaan sudah dinilai lengkap data yang diperlukan, harus dilaksanakan secepatnya rapat klinis multi-disiplin tanpa mengundang pers;
- e. rapat klinis sedemikian mempertajam kajian diagnosis, prosedur pelayanan, ketepatan tindakan/pengobatan;
- f. hasil rapat klinis harus menjadi pelajaran untuk perbaikan mutu; dan
- g. sanksi professional dan atau administratif dilakukan dengan hati-hati.

Bagian Ketujuh
Kelompok Staf Medis

Pasal 48

- (1) Setiap staf medis dikelompokkan ke dalam kelompok staf medis sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (2) Kelompok staf medis beranggotakan paling sedikit 2 (dua) orang staf medis.
- (3) Dalam hal tidak terdapat Staf Medis dengan profesi dan keahlian yang sama pada RSUD, dapat dilakukan penggabungan staf medis dengan profesi dan keahlian yang berbeda dalam satu kelompok staf medis.
- (4) Penempatan para dokter ke dalam kelompok staf medis sebagaimana tersebut diatas ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit atas usulan komite medis.
- (5) Secara administratif manajerial, kelompok staf medis berada dibawah dan bertanggung jawab kepada kepala bidang pelayanan medis.
- (6) Dalam keputusan tersebut hendaknya dilengkapi dengan perjanjian kerja masing-masing dokter sehingga ada kejelasan tugas, fungsi dan kewenangannya.

Pasal 49

- (1) Kelompok staf medis dipimpin oleh seorang ketua kelompok staf medis.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian ketua kelompok staf medis dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan mempertimbangkan masukan dari anggota staf medis.
- (3) Ketua kelompok staf medis bertanggung jawab kepada Direktur melalui kepala bidang pelayanan medis.
- (4) Tugas ketua kelompok staf medis adalah mengoordinasikan semua kegiatan anggota kelompok staf medis, menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja anggota kelompok staf medis.

Pasal 50

- (1) Pemilihan calon ketua kelompok staf medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (1), dilakukan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Ketua kelompok staf medis adalah dokter yang bekerja minimal 1 (satu) tahun di RSUD .
- (3) Pemilihan ketua kelompok staf medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh komite medis. Penetapan sebagai ketua kelompok staf medis disahkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit.

Pasal 51

- (1) Kelompok Staf Medis RSUD mempunyai kewajiban:
 - a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis bidang keilmuan yang terdiri dari standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional di bawah koordinasi komite medis;

- b. menyusun pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, tugas jaga, rawat intensif, tugas di kamar operasi, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinis, presentasi kasus (kasus kematian, kasus langka, kasus sulit, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi dan lain-lain dibawah koordinasi kepala bidang pelayanan medis;
 - c. menyusun indikator kinerja mutu klinis/mutu pelayanan medis yang meliputi indikator output atau outcome; dan
 - d. memberikan masukan dan pertimbangan dalam pengembangan program pelayanan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Kelompok Staf RSUD berwenang untuk:
- a. memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota staf medis baru dan penempatan ulang anggota staf medis kepada Direktur melalui proses kredensial/ rekredensial oleh Komite Medis;
 - b. melakukan evaluasi kinerja anggota staf medis di dalam kelompoknya; dan
 - c. melakukan evaluasi dan mengusulkan revisi terhadap Standar Pelayanan Medis dan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan Medis.

Bagian Kedelapan
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)

Pasal 52

- (1) Dokter penanggung jawab pelayanan merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit.
- (2) Dokter penanggung Jawab Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari DPJP pada:
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan; dan
 - c. pelayanan rawat inap.
- (3) Dokter penanggung jawab pelayanan pada pelayanan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a adalah staf medis yang bertugas pada instalasi gawat darurat saat itu.
- (4) Dokter penanggung jawab pelayanan pada pelayanan rawat jalan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (5) Dokter penanggung jawab pelayanan pada pelayanan rawat inap dokter penanggung jawab pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (6) Dokter penanggung jawab pelayanan pada pelayanan rawat inap sudah harus ditentukan sebelum pasien masuk rawat inap.

Pasal 53

- (1) Dokter penanggung jawab pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 ayat (1) wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap dan dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Dokter penanggung jawab pelayanan bertugas:
 - a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa penyakit dan pemberian terapi dan melakukan evaluasi keberhasilan terapi;
 - b. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada tim pelayanan;
 - c. melakukan presentasi kasus medis dihadapan komite Medis apabila diperlukan; dan
 - d. menjalankan tugas sebagai koordinator medis.
- (3) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut diluar kompetensi dokter penanggung jawab pelayanan, maka dokter penanggung jawab pelayanan pertama dapat mengalihkan dokter penanggung jawab pelayanan kepada staf medis lain yang berkompeten melalui mekanisme konsul.
- (4) Dalam hal kondisi pasien memerlukan rawatan bersama beberapa disiplin ilmu kedokteran, dokter penanggung jawab pelayanan tetap menjadi penanggung jawab pasien.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan dokter penanggung jawab pelayanan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kesembilan Komite Medis

Pasal 54

- (1) Komite medis dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (clinical governance) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Komite medis merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh direktur.
- (3) Komite medis sebagaimana dimaksud diatas bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.
- (4) Komite medis mempunyai otoritas tertinggi di dalam pengorganisasian staf medis, komite medis berada di bawah Direktur Rumah Sakit.

Paragraf 1
Susunan Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 55

- (1) Susunan komite medis paling sedikit terdiri dari:
 - a. ketua komite medis;
 - b. wakil ketua komite medis;
 - c. sekretaris; dan
 - d. subkomite.
- (2) Ketua komite medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditetapkan oleh Direktur RSUD dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (3) Ketua komite medis dan Wakil ketua komite medis memilih sekretaris komite medis.
- (4) Ketua komite medis atau Wakil ketua komite medis dapat menjadi ketua dari salah satu ketua sub komite.
- (5) Persyaratan untuk menjadi ketua atau wakil ketua komite medis meliputi:
 - 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 perumahan-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.
- (6) Sekretaris komite medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dipilih oleh ketua komite medis dan wakil ketua komite medis.
- (7) Sekretaris komite medis dijabat oleh seorang dokter purna waktu.
- (8) Rumah Sakit dengan jumlah dokter terbatas maka sekretaris komite medis dapat dipilih dari salah satu anggota komite medis.
- (9) Sekretaris komite medis dapat menjadi ketua dari salah satu sub komite.
- (10) Dalam menjalankan tugasnya, sekretaris komite medis dibantu oleh tenaga administrasi (staf sekretariat) purna waktu.
- (11) Subkomite medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d terdiri dari semua ketua kelompok staf medis dan atau yang mewakili.
- (12) Subkomite medis di RSUD terdiri dari :
 - a. subkomite etika dan disiplin profesi;
 - b. subkomite kredensial; dan
 - c. subkomite peningkatan mutu profesi medis.
- (13) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi komite medis paling sedikit terdiri dari:
 - a. ketua dan sekretaris tanpa subkomite; atau
 - b. ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota subkomite.

- (14) Keanggotaan komite medis ditetapkan oleh Kepala/Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (15) Jumlah keanggotaan komite medis disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

Paragraf 2
Tugas, Fungsi, Wewenang dan Kewajiban

Pasal 56

- (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 sebagai berikut:
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku dan 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 medis;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medis; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis, komite medis memiliki fungsi sebagai 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 tersebut; 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 sebagai 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.

Pasal 57

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 58

Komite medis mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- a. menyusun peraturan internal medis (*medical staff by laws*);
- b. membuat standarisasi format untuk standar pelayanan, standar prosedur operasional di bidang manajerial/ administrasi dan bidang keilmuan/ profesi, standar profesi dan standar kompetensi;
- c. membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik; dan
- d. melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

Paragraf 3

Hubungan Komite dengan Direktur Rumah Sakit

Pasal 59

- (1) Direktur/Kepala Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medis.
- (2) Komite medis bertanggung jawab kepada Direktur/Kepala Rumah Sakit.

Paragraf 4

Masa Kerja

Pasal 60

- (1) Masa kerja ketua, sekretaris dan subkomite medis mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan kemudian dapat dipilih kembali atas dasar musyawarah dan mulakat.

- (2) Ketua dan anggota staf medis hasil pemilihan dimintakan pengesahan kepada Direktur Rumah Sakit.

Paragraf 5
Tata Kerja Komite Medis
Pasal 61

- (1) Tata kerja komite medis secara administratif:
 - a. rapat rutin komite medis dilakukan minimal 1 kali 1 bulan;
 - b. rapat komite medis dengan semua kelompok staf medis dan atau dengan semua tenaga dokter dilakukan minimal 1 (satu) kali 1 (satu) bulan;
 - c. rapat komite medis dengan Direktur Rumah Sakit/ bidang pelayanan medis dilakukan minimal 1 (satu) kali 1 (satu) bulan;
 - d. rapat darurat, diselenggarakan untuk membahas masalah mendesak dilakukan sesuai dengan kebutuhan; dan
 - e. menetapkan tugas dan kewajiban sub komite, termasuk pertanggungjawabannya terhadap suatu program.
- (2) Tata kerja komite medis secara teknis:
 - a. mengkaitkan perjanjian kerja dokter di rumah sakit dengan kewenangan komite medis sebagai peer profesi medis di rumah sakit;
 - b. menjabarkan hubungan antara komite medis sebagai penilai kompetensi dan etika profesi dengan manajemen rumah sakit sebagai pemegang kewenangan pengelolaan rumah sakit; dan
 - c. koordinasi antara komite medis dengan manajemen rumah sakit dalam menangani masalah tenaga dokter serta pengaturan penyampaian informasi kepada pihak luar seperti perkumpulan profesi dan pihak lain non profesi seperti kepolisian dan jajaran hukum.

Paragraf 6
Sumber Daya

Pasal 62

- (1) Untuk memperlancar tugas sehari-hari perlu tersedia ruangan pertemuan dan komunikasi bagi komite medis dan kelompok staf medis.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana pasal (1) komite medis dan kelompok staf medis dibantu tenaga administrasi.

Paragraf 7
Sub Komite
Pasal 63

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya komite medis dibantu oleh sub komite.
- (2) Sub komite sebagaimana pasal (1) dibentuk disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit.
- (3) Sub komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. sub komite kredensial;
 - b. sub komite peningkatan mutu profesi medis; dan
 - c. sub komite etika dan disiplin profesi.

Pasal 64

- (1) Sub komite ditetapkan oleh direktur rumah sakit atas usul ketua komite medis setelah mendapat kesepakatan dalam rapat pleno komite medis.
- (2) Dalam melaksanakan kegiatannya sub komite menyusun kebijakan, program dan prosedur kerja.
- (3) Sub komite membuat laporan berkala dan laporan akhir tahun kepada komite medis.
- (4) Laporan akhir tahun antara lain berisi evaluasi kerja selama setahun dan rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya.
- (5) Sub Komite mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (6) Biaya operasional dibebankan kepada anggaran rumah sakit.

Pasal 65

- (1) Sub komite kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf a, terdiri dari ketua dan anggota.
- (2) Anggota sub komite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari wakil dari kelompok staf medis dan/atau yang mewakili.
- (3) Fungsi sub komite kredensial adalah melaksanakan kebijakan komite medis di bidang kredensial profesi medis.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sub komite kredensial mempunyai tugas:
 - a. Melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis rumah sakit secara total objektif, adil, jujur dan terbuka;
 - b. Membuat rekomendasi hasil review berdasarkan kriteria yang ditetapkan dan sesuai dengan kebutuhan staf medis di rumah sakit;
 - c. Membuat laporan kepada komite medis apabila permohonan sesuai dengan ketentuan yang diatur di dalam peraturan internal staf medis di rumah sakit;
 - d. Melakukan review kompetensi staf media 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 sub komite kredensial;
 - f. Melaksanakan rencana kerja sub komite kredensial;
 - g. Menyusun tata laksana dari instrumen kredensial;
 - h. Melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
 - i. Membuat laporan berkala kepada komite medis.
- (5) Sub komite kredensial memiliki wewenang untuk melaksanakan kegiatan kredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.

- (6) Sub komite kredensial dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi bertanggung jawab kepada Komite Medis.

Pasal 66

- (1) Sub komite peningkatan mutu profesi medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf b, terdiri dari ketua dan anggota.
- (2) Fungsi sub komite peningkatan mutu profesi medis melaksanakan kebijakan komite medis di bidang mutu profesi medis.
- (3) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sub komite peningkatan mutu profesi medis mempunyai tugas:
 - a. Membuat rencana/ program kerja;
 - b. Melaksanakan rencana kerja/ jadwal kegiatan;
 - c. Membuat panduan mutu pelayanan medis;
 - d. Melakukan pemantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis;
 - e. Menyusun indikator mutu klinik dengan melakukan koordinasi dengan kelompok staf medis dan unit kerja. Indikator yang disusun adalah indikator output atau outcome;
 - f. Melakukan koordinasi dengan komite peningkatan mutu Rumah Sakit; dan
 - g. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.
- (4) Wewenangnya melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.
- (5) Sub komite peningkatan mutu profesi medis dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi bertanggung jawab kepada komite medis.

Pasal 67

- (1) Sub komite etika dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf c, terkait dengan masalah moral yang baik dan moral yang buruk, karena itu etika profesi merupakan dilema norms internal, sedangkan disiplin profesi terkait dengan perilaku pelayanan dan pelanggaran standar profesi.
- (2) Komposisinya sub komite etika dan disiplin profesi terdiri dari ketua dan anggota yang dipilih dari anggota kelompok staf medis.
- (3) Fungsinya sub komite etika dan disiplin profesi melaksanakan kebijakan komite medis di bidang etika dan disiplin profesi.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sub komite etika dan disiplin profesi mempunyai tugas:
 - 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 rumah sakit; dan
 - g. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.
- (5) Sub komite etika dan disiplin profesi mempunyai wewenang melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.
 - (6) Sub komite etika dan disiplin profesi bertanggungjawab kepada komite medis.

Paragraf 8

Rapat

Pasal 68

- (1) Rapat kelompok staf medis dan atau komite medis terdiri dari:
 - a. Rapat rutin;
 - b. Rapat khusus; dan
 - c. Rapat tahunan.
- (2) Rapat dipimpin oleh ketua atau yang mewakili berdasarkan kesepakatan para anggota;
- (3) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh 2/3 (dua per tiga) anggota hadir.

Pasal 69

- (1) Rapat rutin komite medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (1) huruf a, dilakukan minimal 1 (satu) kali 1 (satu) bulan.
- (2) Rapat komite medis dengan semua kelompok staf medis dan atau dengan semua tenaga dokter dilakukan minimal 1 (satu) kali 1 (satu) bulan.
- (3) Rapat komite medis dengan direktur rumah sakit/bidang pelayanan medis dilakukan minimal 1 (satu) kali 1 (satu) bulan.
- (4) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan Ketua harus dilampiri dengan salah satu salinan risalah rapat yang lalu.

Pasal 70

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (1) huruf b, diadakan dalam hal:
 - a. Adanya permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya; dan
 - b. Adanya keadaan/ situasi tertentu yang mendesak untuk segera dilaksanakan rapat komite medis.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan spesifik.

- (4) Rapat khusus yang diminta untuk anggota staf medis sebagaimana diatur dalam ayat (1) harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 71

- (1) Rapat tahunan kelompok staf medis dan atau komite medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (1) huruf c, diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua menyampaikan undangan tertulis kepada anggota dan laporan lain paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.
- (3) Setiap rapat dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan secara pantas, kecuali seluruh anggota yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 72

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh direktur, kepala bagian tata usaha dan kepala bidang pelayanan medis dan pihak lain yang ditentukan oleh komite medis.

Pasal 73

Dalam hal ketua dan wakil ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat dan kuorum telah tercapai maka anggota staf medis dan atau komite medis dapat memilih pejabat ketua untuk memimpin rapat.

Pasal 74

- (1) Rapat kelompok staf medis dan atau komite medis dapat dilaksanakan apabila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum dianggap tercapai apabila dihadiri oleh dua per tiga dari jumlah anggota kelompok staf medis.
- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, waktu dan hari yang sama minggu berikutnya; maka rapat dapat dilanjutkan dan keputusan yang terdapat pada risalah rapat disahkan dalam rapat anggota kelompok staf medis dan atau komite medis berikutnya.

Pasal 75

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat kelompok staf medis dan atau komite medis yang ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota kelompok staf medis dan atau komite medis, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.

- (2) Keputusan rapat kelompok staf medis dan atau komite medis didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (3) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka ketua atau wakil ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara kedua kalinya.
- (4) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota kelompok staf medis dan atau komite medis yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 76

Direktur RSUD dapat mengusulkan perubahan pada setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan terlebih dahulu berkoordinasi dengan ketua komite medis.

Bagian Kesepuluh Kerahasiaan Informasi Medis

Pasal 77

- (1) Rumah Sakit menjaga kerahasiaan informasi medis sebagai berikut:
 - a. Berhak membuat peraturan yang berlaku di RSUD sesuai dengan kondisi/ keadaan yang ada;
 - b. Wajib menyimpan rekam medis sesuai dengan peraturan yang berlaku;
 - c. Informasi isi dokumen rekam medis dapat diberikan kepada pasien ataupun pihak lain atas izin pasien secara tertulis; dan
 - d. Dapat memberikan isi dokumen rekam medis untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan, profesi, etika hukum dan kedokteran.
- (2) Dokter di rumah sakit dalam menjaga kerahasiaan informasi medis maka berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya.
- (3) Dokter menjaga kerahasiaan informasi medis sebagai berikut:
 - a. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
 - b. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika.
- (4) Pasien menjaga kerahasiaan informasi medis sebagai berikut:
 - a. Mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur sikap tindakan sebagai pasien;
 - b. Memanfaatkan isi rekam medic untuk kepentingan peradilan
 - c. Mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan dokter, yakni:
 1. Diagnosis dan tata cara tindakan medis;
 2. Tujuan dan tindakan medis yang akan dilakukan;
 3. Alternatif tindakan lain dan resikonya;
 4. Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
 5. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

- d. Meminta konsultasi kepada dokter lain (*second opinion*) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya; dan
- e. Mengakses, menkoreksi dan mendapatkan isi rekam medis.

Bagian Kesebelas
Evaluasi Praktek Kedokteran

Pasal 78

- (1) Evaluasi penampilan kinerja praktek dokter dilakukan melalui peer review, audit medis atau program *quality improvement*.
- (2) Kelompok staf medis mempunyai tanggung jawab memberikan masukan kepada direktur rumah sakit/bidang pelayanan medis mengenai hal-hal yang terkait dengan praktek kedokteran. Misalnya mengenai perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, temuan terapi yang baru dan lain-lain.

Bagian Keduabelas
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 79

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) diperlukan aturan-aturan profesi bagi staf medis (*medical staff rules and regulations*) secara tersendiri diluar *medical staff by laws*.
- (2) Aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain:
 - a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
 - b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis lain dengan disiplin yang sesuai; dan
 - c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan sesuai dengan kebutuhan.

Bagian Ketigabelas
Tindakan Korektif

Pasal 80

- (1) Dalam hal staf medis diduga melakukan malpraktek klinik maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan Komite Medik untuk dilakukan penelitian.
- (2) Dalam hal hasil penelitian menunjukkan kebenaran adanya layanan klinik dibawah standar maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan kepada direktur untuk diberikan sanksi dan pembinaan sesuai ketentuan.

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 81

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Pasir Pengaraian
pada tanggal 22 November 2022

BUPATI ROKAN HULU,

ttd

S U K I M A N

Diundangkan di Pasir Pengaraian
pada tanggal 22 November 2022


SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN ROKAN HULU,

ttd

MUHAMMAD ZAKI

BERITA DAERAH KABUPATEN ROKAN HULU TAHUN 2022 NOMOR: 43

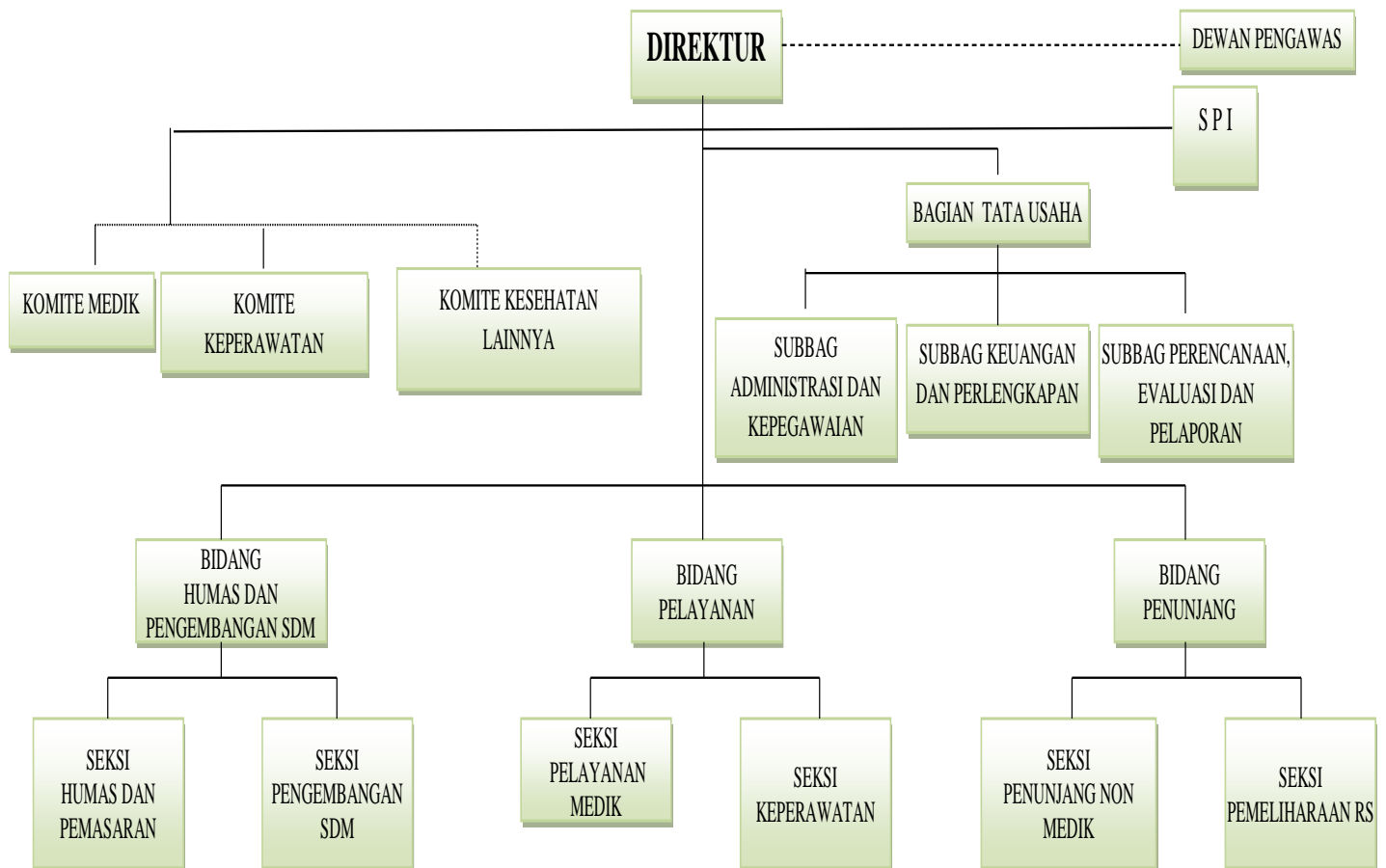
Salinan sesuai aslinya,
KEPALA BAGIAN HUKUM,



ERINALDI, S.H, M.H
Pembina/ IV.a
NIP. 19840916 201001 1 008

**LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI ROKAN HULU
NOMOR 43 TAHUN 2022
TENTANG PERATURAN INTERNAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ROKAN HULU**

**STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ROKAN HULU**



Salinan sesuai aslinya,
KEPALA BAGIAN HUKUM,

BUPATI ROKAN HULU,

ttd

SUKIMAN



ERINALDI, S.H, M.H

Pembina/ IV.a

NIP. 19840916 201001 1 008