



PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

PERATURAN BUPATI BARITO KUALA

NOMOR 39 TAHUN 2015

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (HOSPITAL BY LAWS)
RSUD H. ABDUL AZIZ MARABAHAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BARITO KUALA,

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdul Aziz Marabahan merupakan lembaga milik Pemerintah Daerah yang mempunyai tugas sebagai unit pelayanan kesehatan rujukan tingkat Kabupaten yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dengan prioritas kuratif, serta rehabilitatif, promotif dan preventif;
- b. bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdul Aziz Marabahan, perlu adanya peraturan internal (Hospital By Laws) yang mengatur peran dan fungsi pemilik, pengelola dan staf serta pengelolaannya;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan peraturan Bupati Barito Kuala tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdul Aziz Marabahan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
2. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 4400);

3. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
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. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 tahun 2005 tentang pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara RI tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4578);
9. Keputusan Presiden Nomor 40 tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Dalam Negri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
12. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital ByLaws);
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 Tentang Peraturan Internal Staf Medis;

14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/VI/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
15. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 tahun 2012 tentang Pedoman Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah;
16. Peraturan Daerah Kabupaten Barito Kuala Nomor 17 Tahun 2010 tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah dan Satuan Polisi Pamong Praja Kabupaten Barito Kuala (Lembaran Daerah Kabupaten Barito Kuala tahun 2010 Nomor 17);
17. Keputusan Bupati Barito Kuala Nomor 188.45/349/KUM/2010 tahun 2010 tentang Penetapan RSUD H. Abdul Aziz Marabahan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD Penuh;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN BUPATI BARITO KUALA TENTANG PERATURAN INTERNAL (HOSPITAL BY LAWS) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI ABDUL AZIZ MARABAHAN.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam peraturan ini yang di maksud dengan:

Daerah adalah Kabupaten Barito Kuala

1. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintah daerah.
2. Bupati adalah Bupati Kabupaten Barito Kuala.
3. Rumah Sakit Umum Daerah Haji Abdul Aziz Marabahan yang selanjutnya disingkat RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.
4. Direktur adalah Direktur RSUD H. Abdul Aziz Marabahan Kabupaten Barito Kuala.
5. Komite Medis adalah Komite Medis di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.
6. Staf medis Fungsional adalah kelompok Dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi yang berkerja di Unit pelayanan RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.
7. Peraturan Pola Tata kelola Rumah Sakit (*Hospital By laws*) adalah peraturan yang mengatur tentang hubungan antara hak dan kewajiban Pemerintah Kabupaten Barito Kuala sebagai pemilik dengan pengelola dan staf medis Rumah Sakit.
8. Jabatan struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam organisasi, yang terdiri atas Direktur, Kepala Bidang /Bagian, Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi.

9. Jabatan fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang Pegawai Negeri Sipil dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
10. Kepala Bidang/Bagian adalah terdiri dari Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bidang Penunjang, Kepala Bidang Keuangan dan Program, Kepala Bagian Tata Usaha RSUD H. Abdul Aziz Marabahan Kab. Barito Kuala.
11. Dewan pengawas adalah pengawas yang melakukan pengawasan pengelolaan BLUD dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
12. Profesi kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapat pendidikan formal kesehatan dan melaksanakan fungsi melayani masyarakat dengan usaha pelayanan penyakit dan mental untuk menjadi sehat.
13. Unit layanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, Instalasi Bedah Sentral, radiologi, laboratorium, gizi, UTDRS, Unit Pelayanan dan Perawatan Medik Handil Bakti.
14. Pelayanan medis spesialisik dasar adalah pelayanan medis spesialis penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak.
15. Pelayanan medis spesialisik luas adalah pelayanan medis spesialis dasar ditambah dengan pelayanan spesialis THT, mata, syaraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anestesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, Patologi anatomi serta pelayanan spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
16. Pelayan medis subspesialistik luas adalah pelayanan subspecialisasi yang ada di pelayanan medis spesialis bedah, kesehatan anak, kebidanan dan penyakit kandungan, penyakit dalam, THT, paru, dan pelayanan sub spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
17. Instalasi adalah suatu unit tempat penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit yang dipimpin oleh seorang kepala Instalasi.
18. Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) yang keanggotaannya ditunjuk sesuai dengan Keputusan Direktur.
19. Sub komite adalah kelompok kerja dibawah komite medik yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus yang keanggotaannya terdiri dari staf medis dan tenaga profesi lainnya secara *ex officio* di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan Kab. Barito Kuala.
20. Satuan pengawas internal (SPI) adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan Kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan Kab. Barito Kuala.
21. Tenaga Kontrak BLUD adalah Tenaga Rumah Sakit yang diangkat oleh Direktur.
22. Staf medis organik adalah staf yang memiliki masa kerja sampai memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang – undangan yang berlaku.
23. Staf medis mitra adalah staf medis yang memiliki masa kerja selama 2 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi semua persyaratan dan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

24. Staf medis relawan (*voulenteer*) adalah staf medis yang memiliki masa kerja selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuuk beberapa kali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi semua persyaratan.
25. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) H. Abdul Aziz Marabahan Kab. Barito Kuala milik pemerintah Kab. Barito Kuala merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat dan pemeriksaan penunjang.
26. Peraturan internal Korporasi (*corporate bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui peraturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di Rumah Sakit.
27. Kewenangan klinis (*clinical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di Rumah Sakit.
28. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis unutk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
29. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur RSUD H. Abdul Aziz Marabahan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis RSUD H. Abdul Aziz Marabahan berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah diberikankan kepadanya.
30. Kredensial adalah proses evaluasi dan penapisan terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privillage*).
31. Rekredensial adalah proses revaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
32. Audit medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
33. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Pedoman Peraturan Internal RSUD H.Abdul Aziz Marabahan (Hospital By Law) dimaksudkan sebagai Pedoman Tata Kelola yang mengatur antara pemilik, pengelola dan staf di Rumah Sakit yang merupakan pedoman bagi RSUD H.Abdul Aziz Marabahan dalam pengelolaan RS, dan pedoman dalam menyusun kebijakan operasional Rumah Sakit.
- (2) Pedoman Peraturan Internal RSUD H.Abdul Aziz Marabahan (Hospital By Law) ditujukan untuk :

- a. Komitmen
- b. Semangat
- c. Ramah
- d. Kerja sama
- e. Pembelajaran
- f. Ihklas
- g. Loyalitas
- h. Kebersamaan

PEMILIK, KEDUDUKAN, WEWENANG PEMERINTAH KABUPATEN BARITO KUALA

Pasal 4

- (1) Pemilik RSUD H. Abdul Aziz Marabahan adalah Pemerintah Kabupaten Barito Kuala.
- (2) Pemerintah Kabupaten Barito Kuala, berdasarkan kewenangan yang dimilikinya, bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup serta kemajuan dan perkembangan Rumah Sakit yang tertuang dalam Rencana Jangka Panjang dan sesuai yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (3) Pemerintah Kabupaten Barito Kuala berwenang
 - a. Menentukan kebijakan secara umum RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.
 - b. Mengangkat dan memberhentikan Direktur, Pejabat Struktural dan pegawai PNS di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.
 - c. Mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas RSUD H. Abdul Aziz Marabahan, sesuai dengan PerUndang Undangan yang berlaku.
 - d. Mengawasi dan mengevaluasi kinerja RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.
 - e. Menyetujui dan mengesahkan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) melalui pejabat pengelola keuangan daerah.
 - f. Berwenang mengambil keputusan tentang :
 1. Pengalihan atau penghapusan asset tetap
 2. Penggunaan surplus atau atas operasional Rumah Sakit
 3. Investasi, pembiayaan jangka panjang dan kerja sama operasional yang bersifat strategis
 4. Perubahan arah strategi rumah sakit

SUSUNAN ORGANISASI

Pasal 5

- (1) Organisasi RSUD H. Abdul Aziz Marabahan terdiri dari :
 1. Direktur
 2. Kabag Tata Usaha membawahi Kasi Kepegawaian dan Pengembangan SDM, Kasi Umum dan Rumah Tangga, Kasi Rekam Medik.
 3. Kepala Bidang Pelayanan membawahi Kasi Pelayanan dan Kasi Keperawatan.

4. Kepala Bidang Program dan Keuangan membawahi Kasi Keuangan dan Kasi Perencanaan dan program.
 5. Kepala Bidang Penunjang membawahi Kasi Penunjang Medis dan Kasi Penunjang Non Medis.
 6. Kelompok jabatan Fungsional (medis, keperawatan, kebidanan dan jabatan fungsional lainnya).
 7. Staf Administrasi Umum.
- (2) Direktur diangkat dan diberhentikan berdasarkan keputusan Bupati .
 - (3) Direktur bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
 - (4) Persyaratan Direktur :
 - a. Persyaratan Direktur adalah dokter/tenaga medis yang mempunyai kemampuan/ kompetensi di bidang manajemen administrasi perumahsakit, sesuai dengan Peraturan dan PerUndangUndangan yang berlaku.
 - b. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian PNS.

Pasal 6

- (1) Kabag Tata Usaha sebagai Pembina Kepegawaian dan Urusan Umum dan Rumah Tangga, Kasi Rekam Medis RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.
- (2) Kepala Bagian Tata Usaha dalam pelaksanaan kegiatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Syarat diangkat Kabag Tata Usaha:
 - a. Seorang pegawai negeri sipil berpendidikan Minimal Strata 1 (S1) Kesehatan masyarakat atau S1 Umum.
 - b. PNS dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 7

- (1) Kepala Bidang Pelayanan sebagai Pembina dibidang Pelayanan dan Keperawatan di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.
- (2) Kepala Bidang Pelayanan dalam pelaksanaan kegiatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Syarat diangkat Kepala Bidang Pelayanan:
 - a. Pegawai Negeri Sipil berpendidikan minimal S1 (Dokter, S1 Kesehatan Masyarakat, S1 Kesehatan).
 - b. PNS dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 8

- (1) Kepala Bidang Program dan Keuangan sebagai pembina di bagian keuangan dan perencanaan program.
- (2) Kepala Bidang Program dan Keuangan dalam pelaksanaan kegiatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Syarat diangkat Kepala Bidang Keuangan :
 - a. Pegawai Negeri Sipil berpendidikan minimal S1 Ekonomi
 - b. PNS dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 9

- (1) Kepala Bidang Penunjang sebagai pembina dibagian penunjang medis dan penunjang non medis.

- (2) Kepala Bidang Penunjang dalam pelaksanaan kegiatan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Syarat diangkat Kabid Penunjang :
 - a. Pegawai Negeri Sipil berpendidikan minimal S1 Kesehatan
 - b. PNS dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 10

- (1) Kepala Sub Bagian / Sub Bidang / Kepala Seksi diangkat dan diberhentikan berdasarkan Keputusan Bupati Barito Kuala.
- (2) Kepala Sub Bagian / Sub Bidang / Kepala Seksi sebagai pelaksana kegiatan dibidang masing-masing.
- (3) Persyaratan Kepala Sub Bagian / Sub Bidang / Kepala Seksi Kepegawaian, Rumah Tangga, dan Perencanaan.
 - a. PNS, Berpendidikan minimal D3.
 - b. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian
- (4) Persyaratan Kepala Seksi Keuangan
 - a. PNS, berpendidikan minimal D3 Ekonomi, Akuntansi.
 - b. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian
- (5) Persyaratan Kepala Seksi Medical Record (MR).
 - a. PNS, berpendidikan minimal D3 dibidang kesehatan khususnya Perkam Medis atau mempunyai sertifikat pelatihan/khursus Medical Record.
 - b. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian
- (6) Persyaratan Kepala Seksi Pelayanan, Kepala Seksi Keperawatan, Kepala Seksi Penunjang Medis.
 - a. PNS, berpendidikan minimal D3 Bidang Kesehatan.
 - b. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian
- (7) Persyaratan Kepala Seksi Penunjang Non Medis
 - a. PNS, berpendidikan minimal D3 Kesehatan atau D3 Teknik Elektro Medis
 - b. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian

Pasal 11

Pejabat Pengelola BLUD

Komposisi Pejabat Pengelola

- (1) Pejabat Pengelola BLUD terdiri atas;
 - a. Pemimpin BLUD
 - b. Pejabat Keuangan
 - c. Pejabat Teknis
- (2) Direktur bertanggung jawab atas operasional dan keuangan BLUD RSUD H.Abdul Aziz Marabahan secara menyeluruh kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Semua Kepala Bidang dan kepala Tata Usaha bertanggung jawab kepada Direktur sesuai bidang tanggung jawab masing-masing.
- (4) Komposisi Pejabat Pengelola rumah sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi dan analisis jabatan guna memenuhi tuntutan perubahan, sesuai dengan peraturan yang berlaku.

- (5) Perubahan komposisi Pejabat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati.
- (6) Pengangkatan Pejabat Pengelola
1. Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola rumah sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
 2. Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan, yang mengacu kepada Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
 3. Kebutuhan praktis bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada nomor (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.

Pasal 12

- (1) Dalam hal Direktur berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil (PNS), maka yang bersangkutan merupakan pengguna anggaran dan barang daerah.
- (2) Dalam hal Direktur berasal dari unsur non Pegawai Negeri Sipil, maka yang bersangkutan bukan merupakan pengguna anggaran dan barang daerah.
- (3) Dalam hal Direktur bukan Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka yang menjadi pengguna anggaran dan barang daerah adalah Kabid Keuangan atau Pejabat Teknis yang ditunjuk dari unsur Pegawai Negeri Sipil.
- (4) Tugas Direktur adalah :
 1. Menetapkan program kerja RSUD H.Abdul Aziz Marabahan.
 2. Membuat perumusan kebijakan operasional RSUD H.Abdul Aziz Marabahan, sesuai dengan ketentuan peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
 3. Melaksanakan pembinaan ketatausahaan, administrasi, keuangan, dan kepegawaian.
 4. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas bawahan sesuai dengan bidangnya masing-masing.
 5. Memberikan petunjuk dan bimbingan serta pengawasan kepada staf.
 6. Memeriksa dan mengevaluasi kinerja staf.
 7. Menetapkan kebijakan teknis pelaksanaan tugas RSUD H.Abdul Aziz Marabahan.
 8. Melakukan kerja sama dengan Instansi dan Organisasi lainnya.
 9. Melaporkan pertanggungjawaban kinerja kepada Bupati.
 10. Melaksanakan tugas dinas lainnya yang diberikan oleh atasan.
- (5) Fungsi Direktur adalah:
 - a. Perumusan kebijakan teknis dibidang pelayanan kesehatan;
 - b. Pelayanan penunjang dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah dibidang pelayanan kesehatan;
 - c. Penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan dibidang pelayanan kesehatan;
 - d. Penyelenggara pelayanan medis, penunjang medis dan non medis, keperawatan, pelayanan rujukan;
 - e. Pelaksana pendidikan dan pelatihan;

- f. Pelaksana penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
 - g. Pengelola akuntansi dan keuangan;
 - h. Pengelola urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tata laksana, rumah tangga, perlengkapan umum.
- (6) Wewenang Direktur adalah :
- a. Menetapkan kebijakan operasional rumah sakit.
 - b. Menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap rumah sakit.
 - c. Mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - d. Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - e. Memberikan penghargaan bagi pegawai yang berprestasi sesuai dengan peraturan internal rumah sakit.
 - f. Memberikan sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
 - g. Mendatangkan ahli, professional, konsultan atau lembaga independen sesuai kebutuhan.
 - h. Menetapkan organisasi fungsional sesuai dengan kebutuhan.
 - i. Mengangkat pejabat fungsional dan memberhentikan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - j. Menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan.
 - k. Mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya.
 - l. Meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua Kabid dan Ka Tu.
- (7) Tanggung jawab Direktur menyangkut hal-hal sebagai berikut:
- a. Pelaksana kebijakan dirumah sakit.
 - b. Efektivitas, efisiensi dan kelancaran kegiatan rumah sakit.
 - c. Pelaksana program kerja, pengendalian, pengawasan serta laporan kegiatannya.
 - d. Meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.

Pasal 13

- (1) Tugas Kepala Tata Usaha adalah :
- a. Menyusun rencana program kegiatan dalam kebijakan (strategi) RSUD H. Abdul Aziz Marabahan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - b. Menyusun laporan pertanggungjawaban kinerja RSUD H. Abdul Aziz Marabahan Berdasarkan laporan hasil kegiatan seksi.
 - c. Mengatur, mendistribusikan, dan mengkoordinasikan tugas-tugas bawahan sesuai dengan seksi masing-masing.
 - d. Memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan.
 - e. Memeriksa hasil kerja bawahan.
 - f. Melaksanakan pengelolaan urusan Perencanaan, Umum, Kepegawaian, Rumah Tangga, dan Rekam Medis.

- g. Melaksanakan pembinaan ketatausahaan.
- h. Mengkoordinasikan penyusunan dan pengawasan pelaksanaan Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws).
- i. Menyusun rencana kebutuhan sumber daya berupa sarana, prasarana, tenaga, pendidikan dan pelatihan, peralatan, bahan dan kebutuhan lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku ;
- j. Mengkoordinasikan data RS (SIM RS);
- k. Mengkoordinasikan pemeriksaan, pemeliharaan, dan perbaikan secara terus menerus terhadap kondisi sarana, prasarana dan peralatan rumah tangga rumah sakit.
- l. Mengkoordinasikan semua kegiatan administrasi umum agar dapat mencapai visi dan misi rumah sakit.
- m. Mengawasi, mengendalikan dan membina pelaksanaan tugas-tugas dibagian agar sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- n. Mengevaluasi dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan.
- o. Melaksanakan tugas dinas lainnya yang diberikan oleh atasan.

(2) Fungsi kepala Tata Usaha adalah :

- a. Penyusunan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis penatausahaan, pengarsipan, kepegawaian, kesekretariatan, dan organisasi.
- b. Penyusunan perumusan kebijakan teknis pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis bagian umum dan rumah tangga.
- c. Penyusunan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis rekam medis.
- d. Penyusunan laporan akuntabilitas kinerja pemerintah.
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 14

(1) Tugas Kepala Bidang Pelayanan adalah:

- a. Menyusun rencana program kegiatan pelayanan dalam rangka penetapan kebijakan (strategi) Rumah Sakit Umum Daerah.
- b. Menyusun laporan pertanggungjawaban kinerja Rumah Sakit Umum Daerah berdasarkan laporan hasil kegiatan masing-masing seksi.
- c. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas-tugas bawahan sesuai dengan seksi masing-masing.
- d. Memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan.
- e. Memeriksa hasil kerja bawahan.
- f. Menyusun rencana kebutuhan tenaga, pendidikan dan pelatihan untuk tenaga medis, keperawatan, kebidanan.
- g. Mengkoordinir semua kegiatan pelayanan Rawat inap, rawat jalan, Kamar Operasi dan Unit Gawat Darurat dirumah sakit sesuai standar yang berlaku.
- h. Mengkoordinasikan penyusunan dan mengawasi pelaksanaan Staf Medis (Medical Staf Bylaws).
- i. Mengawasi, mengendalikan, membina pelaksanaan tugas-tugas pelayanan medik dan keperawatan.

- j. Mengevaluasi dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan.
 - k. Melaksanakan tugas dinas lainnya yang diberikan oleh Direktur.
- (2) Fungsi Kepala Bidang Pelayanan adalah:
- a. Penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis pelayanan medis.
 - b. Penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis pelayanan keperawatan.
 - c. Penyusunan laporan akuntabilitas kinerja pemerintah.
 - d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 15

- (1) Tugas Kepala Bidang Penunjang adalah :
- a. Menyusun rencana program kegiatan penunjang dalam rangka penetapan kegiatan (strategi) Rumah Sakit Umum Daerah berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - b. Menyusun laporan pertanggungjawaban kinerja Rumah Sakit Umum Daerah berdasarkan laporan hasil kegiatan masing-masing seksi.
 - c. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas-tugas bawahan sesuai dengan seksi masing-masing.
 - d. Memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan.
 - e. Memeriksa hasil kerja bawahan.
 - f. Menyusun rencana kebutuhan sumber daya berupa sarana, prasarana, tenaga, peralatan, bahan, dan kebutuhan lainnya.
 - g. Mengkoordinir kegiatan pelayanan pada Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Gizi, IPSRS, Instalasi Sterilisasi Sentral, Laundry, Pendidikan dan pelatihan (Diklat) dan Promosi Kesehatan Rumah Sakit agar dapat menyelenggarakan tugasnya sesuai dengan rencana kerja dalam prosedur kerja yang telah ditetapkan.
 - h. Mengkoordinasikan pemeriksaan, pemeliharaan, kalibrasi dan perbaikan secara terus menerus terhadap peralatan medis rumah sakit.
 - i. Mengkoordinir kegiatan Kebersihan lingkungan, Limbah, keindahan dan pemeliharaan gedung.
 - j. Mengawasi, mengendalikan, dan membina pelaksanaan tugas-tugas dibidang agar sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - k. Mengevaluasi dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan,
 - l. Melaksanakan tugas dinas lainnya yang diberikan oleh direktur.
- (2) Fungsi Kepala Bidang Penunjang adalah:
- a. Pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis penunjang medis.
 - b. Pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis penunjang non medis.

- c. Penyusunan laporan akuntabilitas kinerja pemerintah.
- d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 16

(1) Tugas Kepala Bidang Program dan Keuangan adalah :

- a. Menyusun rencana program kegiatan dalam kebijakan (strategi) RSUD H. Abdul Aziz Marabahan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- c. Menyusun laporan pertanggungjawaban kinerja keuangan RSUD H. Abdul Aziz Marabahan Berdasarkan laporan hasil kegiatan masing-masing seksi;
- d. Mengatur, mendistribusikan, dan mengkoordinasikan tugas-tugas bawahan sesuai dengan seksi masing-masing;
- e. Memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
- f. Memeriksa hasil kerja bawahan, verifikasi dan pertanggungjawaban keuangan;
- g. Melaksanakan pengelolaan urusan Program dan Perencanaan, Keuangan;
- h. Melaksanakan pembinaan tentang laporan keuangan;
- i. Menyusun dokumen yang diperlukan untuk kelengkapan administrasi BLUD yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- j. Mengkoordinasikan penyusunan laporan keuangan APBD dan BLUD;
- k. Mengkoordinasikan semua kegiatan bidang keuangan;
- l. Mengawasi, mengendalikan dan membina pelaksanaan tugas-tugas seksi agar sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- m. Mengevaluasi dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
- n. Melaksanakan tugas dinas lainnya yang diberikan oleh Direktur;

(2) Fungsi Kabid Program dan Keuangan adalah :

- a. Penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang anggaran dan perbendaharaan;
- b. Penyiapan perumusan kebijakan teknis pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang akuntansi dan verifikasi;
- c. Penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang pengelolaan pendapatan;
- d. Penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang perencanaan;
- e. Penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang keuangan;
- f. Penyiapan laporan keuangan tahunan dan lakip;
- g. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

**Organisasi Pelaksana
Instalasi**

Pasal 17

1. Guna meningkatkan mutu 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 Kepala Instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait standar operasional rumah sakit.
5. Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
6. Pembentukan dan perubahan Instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
7. Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.
8. Kepala instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, kegiatan di Instalasi masing-masing serta melaporkan kegiatan pelayanan di Instalasi masing-masing kepada direktur RSUD H.Abdul Aziz Marabahan.

**Dewan Pengawas
Pembentukan Dewan Pengawas**

Pasal 18

- (1) Dewan Pengawas ditetapkan dengan Keputusan Bupati atau usulan Direktur.
- (2) Jumlah Anggota Dewan Pengawas Rumah Sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (3) Tugas Dan Kewajiban Dewan Pengawas
- (4) Dewan Pengawas berkewajiban:
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada kepala daerah mengenai RBA yang diusulkan oleh pejabat pengelola.
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan BLUD dan memberikan pendapat serta saran kepada kepala daerah mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelola BLUD.
 - c. melaporkan kepada kepala daerah tentang kinerja BLUD.
 - d. memberikan nasehat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan pengelolaan BLUD.
 - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelola BLUD.
 - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja BLUD.
- (5). Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

- (6). Anggota dewan pengawas dapat terdiri dari unsur-unsur:
 - a. pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan BLUD;
 - b. pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
 - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (7) Masa Jabatan dewan Pengawas
 1. Masa jabatan Anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
 2. Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati setelah masa jabatan Anggota Dewan pengawas berakhir.
 3. Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebelum waktunya apabila:
 - a. Tidak melaksanakan tugasnya dengan baik.
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - c. Telibat dalam tindakan yang merugikan RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan / atau kesalahannya yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atau RSUD H. Abdul Aziz Marabahan. atau berhalangan tetap.
- (8) Sekretaris Dewan Pengawas
Kepala daerah dapat mengangkat sekretaris dewan pengawas untuk mendukung kelancaran tugas dewan pengawas.
Sekretaris dewan pengawas, bukan merupakan anggota dewan pengawas.
- (9) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas dewan pengawas dan sekretaris dewan pengawas dibebankan pada BLUD dan dimuat dalam RBA RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 19

1. Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang ahlinya.
2. Jumlah tenaga fungsional, ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
3. Kelompok jabatan fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing yang berlaku.
4. Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Staf Medis Fungsional

Pasal 20

1. Staf medis fungsional adalah kelompok dokter yang bekerja dibidang medis dalam jabatan fungsional.
2. Staf medis fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

3. Dalam melaksanakan tugasnya, staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Komite Medik

Pasal 21

1. Guna membantu direktur dalam mengawal dan menjamin mutu pelayanan medis agar sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit dan untuk memberi wadah bagi professional medis dibentuk Komite Medik.
2. Komite Medik mempunyai otoritas tertinggi dalam Staf Medis.
3. Susunan, tugas, fungsi, dan kewajiban, serta tanggung jawab dan kewenangan Komite Medik diuraikan lebih lanjut dalam bab Pola Tata Kelola Staf Medis (Medical Staf Bylaws).
4. Komite Medis bertanggung jawab kepada Direktur.
5. Dalam menjalankan tugasnya Komite Medis wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite Keperawatan, staf fungsional lainnya dan unit / instalasi.

Komite Keperawatan

Pasal 22

2. Guna membantu Direktur dalam menyusun Standar Pelayanan Keperawatan dan memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan (Privilege) perawat dan bidan, mengembangkan pelayan keperawatan, program pendidikan, pelatihan dan penelitian serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan, maka dibentuk Komite Keperawatan.
3. Komite Keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur.
4. Dalam menjalankan tugasnya Komite Keperawatan wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite Medik, staf fungsional lainnya dan unit / instalasi.

Staf Fungsional Lainnya

Pasal 23

1. Guna membantu Direktur dalam menyusun Standar Pelayanan Minimal dan memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan staf fungsional lainnya serta mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit dapat dibentuk kelompok staf fungsional lainnya.
2. Staf fungsional lainnya bertanggung jawab kepada Direktur.
3. Dalam menjalankan tugasnya wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite Medik, Komite Keperawatan dan unit / instalasi.

Organisasi Pendukung Satuan Pengawas Internal (SPI)

Pasal 24

- (1) Guna membantu Direktur dalam bidang pengawasan internal dan monitoring dibentuk Satuan Pengawas Internal (SPI).
- (2) Tugas Pokok Satuan Pengawas Internal adalah:
 - a. Pengawasan terhadap pelaksanaan dan operasional rumah sakit atas perintah Direktur.
 - b. Menilai pengendalian pengelolaan / pelaksanaan kegiatan rumah sakit.

- c. Memberikan saran dan masukan tentang pelaksanaan pelayanan dan operasional kepada Direktur.

Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Pasal 25

- (1) Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien.
- (2) Sumber Daya Manusia rumah sakit dapat berasal dari PNS dan Non PNS.
- (3) Penerimaan pegawai rumah sakit untuk non PNS dilakukan dengan mekanisme kontrak, outsourcing, Kerja Sama Operasional (KSO), magang atau cara-cara lain yang efektif dan efisien.
- (4) Rekrutmen pegawai Non PNS, dilakukan dengan cara seleksi, meliputi seleksi administrasi, seleksi akademik dan keterampilan, wawancara.
- (5) Kontrak Pegawai dilaksanakan berdasarkan kebutuhan tenaga yang diterapkan dengan Keputusan Direktur.
- (6) Outsourcing pegawai dilaksanakan berdasarkan kebutuhan tenaga yang ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (7) Kerjasama operasional dilaksanakan sesuai kebutuhan dan dilakukan oleh Direktur dengan pihak ketiga.

Standar Pelayanan Minimal

Pasal 26

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang dilakukan oleh RSUD H.Abdul Aziz Marabahan maka, ditetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dengan Keputusan Bupati.
- (2) Standar Pelayanan Minimal, diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (3) Standar Pelayanan Minimal, harus mempertimbangkan jenis dan mutu pelayanan.
- (4) Standar Pelayanan Minimal harus memperhatikan dimensi mutu layanan sebagai berikut:
 - a. Akses;
 - b. Efektifitas;
 - c. Efisien;
 - d. Keselamatan dan keamanan;
 - e. Kenyamanan;
 - f. Kesiambungan pelayanan;
 - g. Kompetensi teknis; dan
 - h. Hubungan antar manusia;

Pengelolaan Keuangan

Pasal 27

1. Pengelolaan keuangan rumah sakit berdasarkan pada prinsip efektivitas, efisiensi dan produktivitas dengan berazaskan akuntabilitas dan transparansi.

2. Dalam rangka penerapan prinsip dan azas, maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan Sistem Akuntansi Akrua (SAK) dan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

Tarif Layanan

Pasal 28

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, ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan (Unit Cost).
3. Tarif layanan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
4. Tarif layanan, dapat berupa besaran tarif dan atau pola tarif sesuai jenis layanan rumah sakit.
5. Tarif layanan rumah sakit diusulkan oleh Direktur rumah sakit kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
6. Tarif layanan ditetapkan dengan peraturan Bupati.
7. Penetapan tarif layanan, mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetensi yang sehat.
8. Peraturan Bupati mengenai tarif layanan rumah sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
9. Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara keseluruhan atau per unit layanan atau tambahan jenis pelayanan baru.

Pendapatan dan Biaya Pendapatan

Pasal 29

- (1) Pendapatan rumah sakit dapat bersumber dari:
 - a. Jasa layanan;
 - b. Hibah;
 - c. Hasil kerjasama dengan pihak lain;
 - d. APBD;
 - e. APBN; dan
 - f. Lain-lain pendapatan rumah sakit yang sah.
- (2) Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari jasa layanan dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan kesehatan baik pasien umum, maupun asuransi kesehatan.
- (3) Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari hibah dapat berupa hibah terkait dan hibah tidak terkait.
- (4) Hasil kerjasama dengan pihak lain dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi rumah sakit.
- (5) Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari pendapatan yang berasal dari otorisasi kredit anggaran pemerintah daerah bukan dari kegiatan pembiayaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).

- (6) Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan / atau tugas pembantuan dan lain-lain.
- (7) Lain-lain pendapatan rumah sakit yang sah antara lain:
 - a. Hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan.
 - b. Hasil pemanfaatan kekayaan.
 - c. Jasa giro.
 - d. Pendapatan bunga.
 - e. Keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing.
 - f. Komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan atau pengadaan barang dan jasa oleh rumah sakit.
 - g. Hasil investasi.

Biaya

Pasal 30

1. Biaya Rumah Sakit terdiri dari biaya operasional, biaya non operasional dan biaya Investasi.
2. Biaya operasional pada nomor (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
3. Biaya non operasional sebagai mana dimaksud pada nomor (1) mencakup seluruh biaya yang mejadi beban rumah sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.
4. Biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud nomor (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan peningkatan pelayanan dan kegiatan pendukung layanan.
5. Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana di maksud pada nomor (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.
6. Biaya operasional terdiri dari :
 - a. Biaya pelayanan, dan
 - b. Biaya umum dan administrasi
7. Biaya pelayanan, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan
8. Biaya umum dan administrasi, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan
9. Biaya pelayanan terdiri dari :
 - a. Biaya pegawai;
 - b. Biaya bahan;
 - c. Biaya jasa pelayanan;
 - d. Biaya pemeliharaan;
 - e. Biaya barang dan jasa;
 - f. Biaya pelayanan lain-lain.
10. Biaya umum dan administrasi , terdiri dari :
 - a. Biaya pegawai
 - b. Biaya administrasi kantor
 - c. Biaya pemeliharaan
 - d. Biaya barang dan jasa
 - e. Biaya promosi
 - f. Biaya umum dan administrasi lain-lain

11. Biaya non operasional sebagai mana dimaksud dalam pasal 60 terdiri dari
 - a. Biaya bunga;
 - b. Biaya administrasi bank;
 - c. Biaya kerugian aset tetap;
 - d. Biaya kerugian penurunan nilai;
 - e. Biaya non operasional lain-lain.
12. Biaya Investasi adalah biaya yang dikeluarkan untuk pembelian barang yang akan menjadi asset BLUD.
13. Seluruh pengeluaran biaya rumah sakit yang bersumber dari BLUD dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) setiap triwulan.
14. Seluruh biaya pengeluaran rumah sakit yang bersumber dari BLUD dilakukan dengan menerbitkan SPM pengesahan yang di lampiri dengan Surat Pernyataan Tanggup Jawab (SPTJ).
15. Format SPTJ dan format laporan pengeluaran sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku.
16. pengeluaran biaya rumah sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
17. Fleksibilitas pengeluaran biaya rumah sakit, merupakan pengeluaran biaya yang di sesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah di tetapkan secara definitive.
18. Fleksibilitas pengeluaran biaya rumah sakit, hanya berlaku untuk biaya rumah sakit yang berasal dari pendapatan operasional selain dari selain dari APBN/APBD dan hidup terikat.
19. Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada BPKD (pejabat pengelola keuangan daerah) melalui sekretaris daerah.

Ambang Batas

Pasal 31

1. Ambang Batas RBA, ditetapkan dengan besaran presentasi.
2. Besaran presentasi Ambang Batas, ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional rumah sakit.
3. Besaran presentase Ambang Batas, ditetapkan dalam RBA Daftar pelaksanaan Anggaran (DPA) rumah sakit oleh PPKD.
4. Presentase ambang batas tertentu, merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggung jawabkan.

Pengelolaan sumber daya lain

Pasal 32

1. Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri dari sarana prasarana, gedung, jalan akan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku.
2. Pengelolaan sumber daya, dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi rumah sakit.

Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

Pasal 33

1. Direktur menunjuk staf 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 yang berlaku.
2. Tugas Pokok Pengelola Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit meliputi pengelolaan limbah dan sampah, pengawasan dan pengendalian Vector / Serangga, sistem pengelolaan lingkungan fisik dan biologi rumah sakit serta menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan pendidikan, pelatihan penelitian / pengembangan dibidang penyehatan lingkungan rumah sakit.
3. Fungsi Pengelola Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit.
 - a. Penyehatan ruang dan bangunan rumah sakit.
 - b. Penyehatan makanan dan minuman.
 - c. Penyehatan air bersih dan air minum.
 - d. Pemantauan pengelolaan linen.
 - e. Pengelolaan sampah.
 - f. Pengendalian serangga dan binatang pengganggu.
 - g. Desinfeksi dan sterilisasi ruang.
 - h. Pengelolaan limbah cair dan padat.
 - i. Upaya penyuluhan kesehatan lingkungan.

BAB IV

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS RUMAH SAKIT (MEDICAL STAFF BYLAWS)

Pasal 34

1. Penetapan Kewenangan Klinis
 - (1) Untuk dapat bekerja di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan sebagai staf medis harus memiliki standar kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP), Kesehatan Jasmani dan Rohani yang baik (*Fit*) untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya serta memiliki perilaku moral yang baik sesuai dengan norma-norma yang berlaku di masyarakat serta telah dinyatakan lulus kredensial yang dilaksanakan oleh subkomite kredensial RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.
 - (2) Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis rumah sakit diberikan hak istimewa dalam bentuk kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh Direktur.
 - (3) Kewenangan klinis memperhatikan rekomendasi dan komite medik.
 - (4) Penentuan kewenangan klinis selain berdasarkan kredensial kompetensi didasarkan atas jenis ijazah / sertifikat yang diakui oleh masing-masing organisasi profesi yang meliputi keilmuan, keterampilan dan perilaku (*attitude*).
 - (5) Kewenangan klinis setiap staf medis dapat berbeda beda walaupun memiliki spesialisasi yang sama.
 - (6) Rincian kewenangan klinis ditetapkan oleh Komite Medik.

- (7) Dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinik maka komite medik dapat meminta informasi atau pendapat dari kolegium terkait.
- (8) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (9) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan, setelah mempertimbangkan rekomendasi KOMITE MEDIK.
- (10) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam surat keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon dan ditembuskan kepada KOMITE MEDIK.
- (11) Kewenangan klinis sementara dapat diberikan kepada dokter tamu atau dokter pengganti dengan memperhatikan pendapat KOMITE MEDIK.
- (12) Direktur Rumah Sakit menetapkan Surat Keputusan Penugasan (*clinical appointment*) staf medis untuk melaksanakan pelayanan medis dirumah sakit.
- (13) Direktur rumah sakit dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Cinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan KOMITE MEDIK.
- (14) Dengan dibekukan atau akhirnya penugasan klinik (*Cinical Appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
- (15) Mekanisme penugasan klinis (*Cinical Appointment*) ini merupakan salah satu instrument utama tata kelola klinis (*Cinical Governance*).
- (16) Atas dasar surat keputusan penugasan, secara otomatis staf medis menjadi tergabung dalam anggota staf medis dan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan medis dirumah sakit.
- (17) Dalam keadaan tertentu Direktur rumah sakit dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical Appointement*).
- (18) Surat penugasan sementara untuk konsultan tamu yang diperlukan dirumah sakit.
- (19) Dalam keadaan bencana alam, kegawat daruratan akibat bencana misal, kerusakan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis rumah sakit dapat diberikan kewenangan klinis dalam keadaan darurat (*Emergency Clinical Privilege*) untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan diluar kewenangan klinis yang dimiliki sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

2. Tatalaksana Pengangkatan Staf Medis.

- (1) Tatalaksana pengangkatan dan pengangkatan kembali Staf Medis RSUD H. Abdul Aziz Marabahan adalah dengan mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur berdasarkan pertimbangan hasil kredensial serta rekomendasi dari Komite medik dapat ,mengabulkan atau menolak permohonan tersebut.
- (2) Keanggotaan staf medis diterima, ditindaklanjuti dengan surat perjanjian (*contractualagreement*) antara direktur dengan staf medis yang bersangkutan dan surat penetapan *privilege* sebagai dasar dalam memberikan pelayanan medis dirumah sakit

3. Lama Masa Kerja sebagai staf medis RSUD H. Abdul Aziz Marabahan
Sebagai berikut:
- a. Staf medis organik/devinitive sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - b. Untuk staf medis mitra (Ikatan Kerja sama) adalah selama 2 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi syarat.
 - c. Untuk staf medis relawan (*voulenteer*) adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi beberapa persyaratan.
 - d. Staf medis magang adalah bukan staf medis organik yang melakukan observasi untuk menambah pengetahuan dan pengalaman dibidang medis dalam spesialis tertentu, masa kerja sesuai dengan peraturan/juknis yang berlaku atau sesuai dengan kebutuhan.
 - e. Staf medis magang sebagaimana dimaksud dalam point (d) dapat menjadi asisten dibawah tanggung jawab dokter penanggung jawab pelayanan dan tidak diberikan kewenangan klinis.
 - f. Staf medis residen adalah bukan staf medis organik yang dapat diberikan kewenangan klinis sementara dibawah tanggung jawab dokter penanggung jawab pelayanan, masa kerja sesuai dengan penugasan dari bagian terkait Fakultas Kedokteran jejaring.
 - g. Dokter muda adalah bukan staf medis organik yang menimba ilmu pengetahuan dilingkungan rumah sakit dan tidak diberikan kewenangan klinis, masa kerja sesuai dengan penugasan dari bagian terkait di Fakultas Kedokteran jejaring.
 - h. Bagi staf medis organik yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai staf medis mitra atau staf medis relawan sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan dibutuhkan oleh rumah sakit.

4. Buku Putih (white paper)

- (1) Komite medik wajib menetapkan dan mendokumentasikan syarat syarat yang terkait kompetensi yang dibutuhkan untuk melakukan setiap jenis pelayanan medis sesuai dengan ketetapan kolegium setiap spesialisasi ilmu kedokteran.
- (2) Dokumentasi syarat terkait kompetensi sebagaimana dimaksud pada nomor (1) untuk melakukan pelayanan medis tersebut disebut sebagai " buku putih" (*white paper*).
- (3) Setiap rekomendasi komite medik dalam buku putih mengacu pada berbagai norma profesi yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.

5. Kategori Staf Medis

Staf medis yang telah bergabung dalam anggota kelompok staf medis RSUD H. Abdul Aziz Marabahan dikelompokkan kedalam kategori:

- a. Staf medis organik, yaitu dokter yang direkrut oleh pemerintah dan bergabung dengan RSUD H. Abdul Aziz Marabahan sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama RSUD H. Abdul Aziz Marabahan serta bertanggung jawab kepada rumah sakit.
- b. Staf medis mitra, yaitu dokter yang bergabung dengan RSUD H. Abdul Aziz Marabahan bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggung gugat secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.

- Staf medis mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja kembali setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak rumah sakit.
- c. Staf medis relawan, yaitu dokter yang bergabung dengan RSUD H. Abdul Aziz Marabahan atas dasar keinginan mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama rumah sakit, dan bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggung gugat sesuai ketentuan yang berlaku di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.
 - d. Staf medis tamu yaitu dokter dari luar RSUD H. Abdul Aziz Marabahan yang karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis yang ada di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan atau RSUD H. Abdul Aziz Marabahan memerlukan dokter luar karena belum memiliki dokter tersebut, atau kekurangan dokter karena jumlah kunjungan yang meningkat.
 - e. Staf medis pengajar adalah dokter yang mempunyai status tenaga pengajar, yang dipekerjakan dan atau diperbantukan untuk menjadi pendidik dan atau pengajar bagi peserta di bidang kesehatan. Kualifikasi sesuai dengan kompetensi dibidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
6. Dokter spesialis konsultan adalah dokter yang karena keahliannya direkrut oleh rumah sakit untuk memberikan konsultasi (yang tidak bersifat mengikat) kepada staf medis fungsional lain yang memerlukannya dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien. Kualifikasi sesuai dengan kompetensi dibidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 7. Dokter staf pengajar adalah dokter yang mempunyai status tenaga pengajar, baik dari status kepegawaian Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan Nasional atau Kementerian lain yang dipekerjakan dan atau diperbantukan untuk menjadi pendidik dan atau pengajar bagi peserta didik di bidang kesehatan. Kualifikasi sesuai dengan kompetensi dibidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 8. Dokter umum di instalasi gawat darurat adalah dokter umum yang memberikan pelayanan di IGD sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh rumah sakit. Kualifikasi sesuai dengan kompetensi dibidang kegawatdaruratan (sertifikasi kegawatdaruratan) serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Dokter umum yang bekerja secara fungsional disetiap kelompok staf medis sebagai asisten staf medis spesialis dapat diberikan kewenangan klinis terbatas sesuai dengan rekomendasi dari kelompok staf medis yang terkait, dan bertanggung jawab atas kewenangan klinisnya.
 9. Dokter umum di instalasi bedah sentral adalah dokter umum yang memberikan pelayanan di IBS sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh rumah sakit sesuai dengan kewenangan klinis terbatas.
 10. Dokter Umum di Rawat Jalan adalah dokter umum yang memberikan pelayanan di rawat jalan sesuai dengan penempatan dan atau tugas

yang diberikan oleh rumah sakit, dan sesuai dengan kewenangan klinis terbatas sesuai kompetensinya.

11. Dokter Umum di Rawat Inap adalah dokter umum yang memberikan pelayanan di rawat inap sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh rumah sakit, dan sesuai dengan kewenangan klinis terbatas sesuai kompetensinya.
12. Dokter Residen Penugasan Klinik adalah dokter peserta pendidikan dokter spesialis yang mendapat tugas dari Kementerian Kesehatan untuk melaksanakan Penugasan Klinik pendidikan dokter spesialis di RSUD H. Abdul Aziz Marabahan, dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kompetensi, pendidikan, kualifikasi pekerjaan yang dilakukan dan mengikuti peraturan yang berlaku.
13. Penilaian
 - (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif, misalnya mengenai disiplin kepegawaian, motivasi kerja dan lain sebagainya dilakukan oleh Direktur rumah sakit.
 - (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian, misalnya audit medis, peer review, proctoring, disiplin profesi, etika profesi dan lain sebagainya dilakukan oleh komite medik.
 - (3) Berdasarkan ketentuan sebagaimana dimaksud pada nomor (1) dan nomor (2) staf medis yang memberikan pelayanan medis menetap di unit kerja tertentu secara fungsional profesi tetap menjadi tanggung jawab komite medik khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu, tetapi secara administrasi dibawah kepala instalasi.
14. Tugas Staf Medis adalah
 - a. Melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.
 - b. Membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu, dan akurat.
 - c. Meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan.
 - d. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran.
 - e. Menyusun, mengumpulkan, menganalisa, dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.
 - f. Melaksanakan program patient safety.
 - g. Menyelenggarakan penelitian bekerjasama dengan pihak-pihak terkait di rumah sakit.
15. Tanggung jawab kelompok staf medis rumah sakit adalah:
 - a. Memberikan rekomendasi melalui ketua KOMITE MEDIK kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di rumah sakit untuk mendapatkan surat keputusan.
 - b. Melakukan evaluasi atas tampilan 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 surat keputusan direktur.
 - d. Pembinaan keterampilan, keilmuan dan perilaku yang sesuai dengan norma umum.
 - e. Terselenggaranya Patient safety.

- f. Memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan.
 - g. Memberi masukan melalui ketua KOMITE MEDIK kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran.
 - h. Memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui ketua KOMITE MEDIK kepada Direktur, tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja klinik, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu.
 - i. Melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen yang terkait.
16. Pengorganisasian Staf Medis Fungsional
- (1) 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.
 - (2) Dalam melaksanakan tugas maka staf medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi / keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
 - (3) Setiap kelompok staf medis minimal terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian sama.
 - (4) Dalam hal persyaratan, 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.
 - (5) Fungsi staf medis rumah sakit adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dibidang medis.
17. 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.
 - c. Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.
18. Pemilihan ketua kelompok staf medis
- a. Kelompok staf medis dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggotanya.
 - b. Ketua kelompok staf medis adalah dokter organik.
 - c. Pemilihan ketua kelompok staf medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh komite medis. Proses pemilihan ini wajib melibatkan Komite Medis dan Direktur Rumah Sakit. Setelah proses pemilihan ketua kelompok staf medis selesai, maka penetapan sebagai Ketua Kelompok Staf Medis di sahkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit.
 - d. Masa bakti ketua kelompok staf medis adalah minimal 3(tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya berturut-turut.
 - e. Ketua SMF tidak dapat merangkap jabatan sebagai Kepala Instalasi dan Jabatan Struktural.

19. Audit Medis

- (1) Dalam hal staf medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinis yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga diduga dapat menimbulkan kecacatan dan atau kematian, maka komite medik dapat melakukan penelaahan dan penelitian melalui tim audit medis rumah sakit.
- (2) Audit medis adalah audit yang dilakukan oleh mitra bestari yang bersangkutan dan Tim audit medis rumah sakit.
- (3) Tim audit medis terdiri dari dokter spesialis sebagai ketua tim, manajemen sebagai sekretaris, tenaga rekam medis dan ketua SMF sebagai anggota.
- (4) Tim audit medis memiliki masa kerja selama 3 tahun dan ditetapkan berdasarkan surat keputusan direktur rumah sakit.
- (5) Jika penelitian kasus belum/tidak dapat diselesaikan ditingkat tim audit medis, maka penyelesaian penelitian dilakukan oleh komite medik.
- (6) Bila hasil penelaahan dan penelitian, terbukti kebenaran penelitian maka KOMITE MEDIK dapat mengusulkan kepada Direktur agar yang bersangkutan dilakukan *proctoring* oleh SMF yang bersangkutan.
- (7) Jika telah dilakukan *proctoring* kemudian masih melakukan kesalahan yang sama, maka Komite Medik mengusulkan kepada Direktur, agar yang bersangkutan mendapat sanksi pengurangan atau pencabutan kewenangan klinis sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.
- (8) Pemberlakuan sanksi, dituangkan dalam bentuk surat keputusan Direktur dan disampaikan kepada staf medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada KOMITE MEDIK.
- (9) Dalam hal staf medik tidak dapat menerima sanksi, maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya surat keputusan, untuk selanjutnya Direktur memiliki waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
- (10) Penyelesaian sebagaimana dimaksud bersifat final.

BAB V

KOMITE MEDIK

Pasal 35

1. Komite medik 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 medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh direktur.
3. Komite medik sebagaimana dimaksud nomor 1, bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.
4. Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Subkomite.

5. Keanggotaan

- (1) Keanggotaan komite medik langsung dengan keputusan ditetapkan Direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan komite medik disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

6. Ketua dan Sekretaris

- (1) Ketua komite medik ditetapkan langsung dengan keputusan Direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit tanpa pemilihan oleh ketua ketua staf medis.
- (2) Sekretaris komite medik dan subkomite ditetapkan oleh keputusan direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.

7. Persyaratan untuk menjadi ketua komite medik :

- a. Staf medis spesialis.
- b. Mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya.
- c. Menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas.
- d. Peka terhadap perkembangan perumahan sakitan dan demand masyarakat.
- e. Bersifat terbuka, bijaksana dan jujur.
- f. Mempunyai kepribadian dan perilaku (*attitude*) yang dapat diterima oleh norma dan disegani di lingkungan profesinya.
- g. Mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

8. Persyaratan sekretaris komite medik dan ketua subkomite adalah :

- a. Staf medis organik yang memiliki integritas;
- b. Memiliki keilmuan, keterampilan dan perilaku yang sesuai dengan norma umum; dan
- c. Memiliki kredibilitas yang memadai.

9. Anggota komite medis

- (1) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
- (2) Subkomite terdiri dari:
 - a. Subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis.
 - b. Subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis.
 - c. Subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata kerja subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi dilaksanakan dengan berpedoman pada lampiran Peraturan menteri Kesehatan Tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.
- (4) Pembentukan sub komite ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun atas usulan ketua komite medik setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno komite medik.

10. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang :
- Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*).
 - Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*).
 - Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu.
 - Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*).
 - Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis.
 - Memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan.
 - Memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*).
 - Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

11. Tugas dan Fungsi

- Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
 - Melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
 - Memelihara mutu profesi staf medis dan
 - Menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.
- Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut :
 - Penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku.
 - Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian :
 - Kompetensi;
 - Kesehatan fisik dan mental;
 - Perilaku;
 - Etika profesi.
 - Evaluasi data pendidikan professional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - Penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - Pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - Melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis adanya permintaan dari komite medik; dan
 - Rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut :
 - Pelaksanaan audit medis;
 - Rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis; dan
 - Rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut :
 - Pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;

- b. Pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
- c. Rekomendasi pendisiplinan pelaku professional di rumah sakit; dan
- d. Pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

12. Hubungan Komite Medik dengan Direktur

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Komite medik bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit, meliputi hal-hal yang berkaitan dengan :
 - a. Mutu pelayanan medis;
 - b. Pembinaan etik kedokteran; dan
 - c. Pengembangan profesi medis.

13. Kewajiban Komite Medik

- (1) Menyusun rancangan peraturan tata kelola staf medis (*Medical Staff ByLaws*) .
- (2) Membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar prosedur operasional dibidang manajerial dan administrasi serta bidang keilmuan, profesi, standar profesi dan standar kompetensi.
- (3) Membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan, dan pelaporan indikator mutu klinik.
- (4) Melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi media dan
- (5) Menerapkan program keselamatan pasien (*patient safety*).

14. Panitia Adhoc

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (3) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Panitia *adhoc* dalam menjalankan tugasnya hanya pada ruang lingkup pelayanan medis dan
- (5) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter kedokteran//dokter gigi spesialis, dan atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

15. Pendanaan

- (1) Personalia komite medik dapat memperoleh remunerasi sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan komite medik didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan sesuai dengan kemampuan rumah sakit.

16. Pembinaan dan Pengawasan

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite medik dilakukan oleh Menteri Kesehatan, Badan Pengawas Rumah Sakit,

Dewan Pengawas Rumah Sakit, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, dan perhimpunan/asosiasi perumah sakitan dengan melibatkan perhimpunan atau kolegium profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud, diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud, dilaksanakan melalui :
 - a. Advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. Pelatihan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia;
 - c. Dan monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan oleh Menteri Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan dan teguran tertulis.

17. Sumber Daya

Guna memperlancar tugas sehari-hari perlu tersedia ruangan pertemuan dan komunikasi bagi kelompok staf medis, komite medik dan sub komite serta tenaga administrasi penuh waktu yang dapat membantu kelompok staf medis, komite medik dan sub komite.

BAB VI

RAPAT

Pasal 36

1. Rapat komite medik terdiri dari :
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat bersama semua kelompok staf medis;
 - c. rapat bersama Direktur dan atau Bidang Pelayanan;
 - d. Rapat khusus;
 - e. Rapat dipimpin oleh ketua atau yang mewakili berdasarkan kesepakatan para anggota;
 - f. Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri 2 / 3 (dua Per Tiga) anggota hadir, jika kuorum tidak tercapai, rapat ditangguhkan 1 jam dan apabila tidak tercapai maka akan tetap dianggap sah.
2. Rapat rutin komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) poin a merupakan rapat seluruh anggota Komite medik dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan.
3. Rapat bersama dengan semua staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) poin b, merupakan rapat dengan semua tenaga dokter dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan.
4. Rapat komite medis dengan Direktur rumah sakit dan atau bidang pelayanan sebagaimana dimaksud pada pada ayat 1 (satu) poin c adalah 1 kali dalam 1 (satu) bulan.
5. Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan ketua harus dilampiri dengan salah satu salinan risalah rapat yang lalu.

6. Rapat khusus diadakan dalam hal :

- a. Adanya permintaan yang ditanda tangani 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 seperti adanya complain, adanya masalah yang kaitannya dengan pasien safety, atau ditengarai adanya pelanggaran kode etik.

7. Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan;

- a. Undangan rapat khusus harus mencatumkan tujuan pertemuan spesifik; dan
- b. Rapat khusus yang diminta untuk anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

8. Rapat Tahunan

- (1) Rapat tahunan komite medik diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua menyampaikan undangan tertulis kepada anggota dan laporan lainnya paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

9. Undangan Rapat

Setiap anggota yang mendapat undangan rapat wajib memenuhi undangan tersebut kecuali ada hal khusus yang tidak memungkinkan yang bersangkutan untuk hadir.

10. Peserta Rapat

Setiap rapat khusus, rapat tahunan wajib mengundang Direktur, dan atau bidang pelayanan dan pihak lain yang ditentukan komite medik.

11. Pejabat Ketua

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

12. Kuorum

- (1) Rapat kelompok staf medis dan atau komite medik 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 ditentukan maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, waktu dan hari yang sama pada minggu berikutnya.
- (4) Dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu yang tentukan pada minggu berikutnya maka rapat segera dilanjutkan dengan segala keputusan yang terdapat pada risalah rapat disahkan dalam rapat anggota kelompok staf medis dan atau komite medik berikutnya.

13. Pemungutan Suara

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

kelompok staf medis dan atau komite medik, dan pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.

- (2) Keputusan rapat kelompok staf medis dan atau komite medik 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 medik yang hadir pada rapat tersebut.

14. Pembatalan Keputusan Rapat

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

BAB VI

TINDAKAN KOREKTIF

Pasal 37

1. Dalam hal staf medis diduga melakukan layanan klinik tidak sesuai dengan pedoman standart pelayanan maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan oleh komite medik untuk dilakukan tindakan telaahan dan penelitian.
2. Bilamana hasil penelaahan dan penelitian menunjukkan kebenaran dugaan layanann klinik tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan, maka komite medik dapat mengusulkan kepada direktur agar yang bersangkutan dilakukan tindakan koreksi (*corrective action*) oleh kelompok staf medis yang bersangkutan.
3. Jika setelah dilakukan tindakan koreksi yang bersangkutan masih melakukan hal yang sama, maka komite medik dapat memberikan usulan kepada direktur, agar yang bersangkutan diberikan sanksi pengurangan kewenangan (*privilege*) atau sanksi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Pemberian sanksi dilakukan oleh direktur rumah sakit setelah mendengar pendapat dari komite medik serta komite etik dan disiplin profesi dengan mempertimbangkan kadar kesalahannya, yang bentuknya dapat berupa :
 - a. Teguran lisan atau tertulis;
 - b. Pencabutan privilege;
 - c. Penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - d. Pemberhetian dengan tidak hormat bagi staf medis organic dan;
 - e. Pemutusan perjanjian kerja bagi staf medis mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

BAB VII

KERAHASIAAN DAN INFORMASI MEDIS

Pasal 38

1. Rumah Sakit :
 - a. Rumah sakit berhak membuat peraturan yang berlaku di rumah sakit sesuai dengan kondisi keadaan yang ada di rumah sakit;
 - b. Rumah Sakit wajib menyimpan rekam medis sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Isi dokumen rekam medis dapat diberikan kepada pasien ataupun pihak lain atas ijin pasien secara tertulis;
 - d. Isi dokumen rekam medis dapat diberikan untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Dokter :
 - a. Mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;
 - b. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
 - c. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, etika hukum dan kedokteran.
3. Pasien :
 - a. Berhak mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur sikap dan tindakan sebagai pasien;
 - b. Wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya.
 - c. Mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis antara lain :
 - Diagnosis dan tata cara tindakan yang dilakukan;
 - Tujuan tindakan medis yang dilakukan;
 - Alternatif tindakan lain dan risikonya;
 - Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 - Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
 - d. Meminta konsultasi kepada dokter lain (*second opinion*) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya;
 - e. Mendapatkan isi rekam medis;
 - f. Membuka isi rekam medis untuk kepentingan peradilan, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB VIII

SUBKOMITE KREDENSIAL

Keanggotaan

Pasal 39

1. Keanggotaan
 - (1) Keanggotaan subkomite kredensial sekurang-kurangnya berjumlah 3 (tiga) orang berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
 - (2) Pengorganisasian Subkomite Kredensial terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota.

2. Kewenangan, Tugas dan Tanggung Jawab

- (1) Kewenangan subkomite kredensial, melaksanakan kegiatan kredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi. Tugas dan tanggung jawab 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;
- (2) Pengorganisasian Subkomite etika disiplin profesi terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota.

3. Dasar tindakan disiplin medis

- (1) Keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin medis dan tata tertib seorang staf medis adalah hal-hal yang menyangkut
 - a. Kompetensi klinis;
 - a. Tindakan perawatan atas seorang pasien termasuk penatalayanan sebuah kasus dirumah sakit.
 - b. Dugaan pelanggaran *medical staff bylaws* (peraturan internal staf medis) dan tata tertib staf medis;
 - c. Dugaan penyimpangan etika profesi;
 - d. Dugaan pelanggaran tata tertib dan kebijakan rumah sakit;
 - e. Perilaku yang dianggap tidak sesuai dengan satnadar yang ditetapkan rumah sakit;
 - f. Penggunaan alat obat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar profesi, ketetapan komite medik atau tidak sesuai dengan formularium yang telah ditetapkan;
 - g. Ketidakmapuan untuk bekerjasama dengan staf rumah sakit yang dapat menimbulkan inefisiensi operasional rumah sakit; dan
 - h. Hal-hal yang oleh komite medik sepatutnya dianggap menyangkut disiplin medis.
- (2) Setiap staf medis, manajemen dan staf rumah sakit yang terkait dengan pelayanan medis wajib memberitahukan adanya dugaan pelanggaran, maka kepada ketua Komite Medik secara tertulis dalam satu formulir yang tersedia dengan tata cara sebagai berikut;
 - a. Staf medis menyampaikan formulir pemberitahuan tersebut kepada ketua komite medik.
 - b. Manajemen dan staf medis rumah sakit menyampaikan formulir tersebut kepada atasan yang bersangkutan untuk selanjutnya disampaikan kepada Ketua Komite Medik melalui Direktur.
 - c. Membuat rencana kerja.
 - d. Melaksanakan rencana kerja.
 - e. Menyusun tata laksana dari instrument kredensial.
 - f. Melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
 - g. Membuat laporan berkala kepada komite medis

- (3) Sub komite kredensial bertanggung jawab kepada komite medis mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.

BAB IX

SUBKOMITE MUTU PROFESI

Pasal 40

1. Keanggotaan
 - (1) Keanggotaan subkomite mutu profesi sekurang-kurangnya berjumlah 3 (tiga) orang berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
 - (2) Pengorganisasian Subkomite mutu profesi terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota.
2. Kewenangan, tugas dan Tanggung Jawab
 - (1) Kewenangan sub komite mutu profesi adalah melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi.
 - (2) Tugas dan tanggung jawab sub komite peningkatan mutu profesi adalah :
 - a. Membuat rencana atau program kerja;
 - b. Melaksanakan rencana atau jadwal 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.
 - (3) Sub komite mutu profesi bertanggung jawab kepada komite medis mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.

BAB X

SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 41

1. Keanggotaan
 - (1) Keanggotaan subkomite etika dan disiplin profesi sekurang-kurangnya berjumlah 3 (tiga) orang berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
 - (2) Ketua komite medik wajib meneliti, menindak lanjuti dan memberikan kesimpulan serta setiap laporan yang disampaikan oleh staf medis, management dan staf rumah sakit yang terkait dengan pelayanan medis.
 - (3) Ketua komite medik dapat menugaskan subkomite terkait dibawah komite medik untuk meneliti, dan menindak lanjuti.
 - (4) Ketua komite medik memberikan kesimpulan dan putusan berdasarkan hasil penelitian dan rekomendasi subkomite terkait yang dapat berbentuk :

- a. Saran kepada staf medis terkait dan manajemen rumah sakit;
- b. Putusan untuk melakukan penelitian lanjutan guna menentukan adanya pelanggaran disiplin medis, tata tertib dan etik.

- (5) Semua keputusan didokumentasikan secara lengkap oleh staf sekretariat Komite Medik dan diperlakukan secara konfidensial.
- (6) Pendokumentasian dokumen hanya dapat ditentukan oleh Direktur setelah memperoleh persetujuan dari Ketua Komite Medik.

2. Kewenangan tugas dan Tanggung jawab

- (1) Wewenang subkomite etika dan disiplin profesi, melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi.
- (2) Tugas dan tanggung jawab sub komite etika dan disiplin profesi :
 - 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. Melakukakn pencatatan dan pelaporan secara berkala.
- (3) Sub komite etika dan disiplin profesi bertanggung jawab kepada komite medis mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.

3. Penelitian Dugaan Pelanggaran Disiplin Medis, Etika dan Tata Tertib

- (1) Penelitian dugaan pelanggaran disiplin profesi Medis, etika medis dan tata tertib dimulai berdasarkan putusan Ketua Komite Medik untuk melakukan penelitian lanjutan, dilaksanakan oleh subkomite terkait.
- (2) Subkomite Etika dan disiplin profesi menyampaikan hasil penelitian berdasarkan dengan tata cara yang ada.
- (3) Subkomite Etika dan disiplin profesi menyampaikan hasil penelitian dan rekomendasi kepada Ketua Komite Medik yang memuat :
 - a. Ringkasan kasus atau kejadian;
 - b. Kesimpulan tentang ada atau tidak adanya pelanggaran; dan
 - c. Rekomendasi tindakan korektif.
- (4) Ketua Komite Medik wajib menetapkan keputusan sebagaimana dimaksud pada nomor (3) dengan memperhatikan masukan dari subkomite dalam jangka waktu paling lama 7 (tujuh) hari kerja setelah diterimanya putusan subkomite terkait.
- (5) Putusan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada nomor (4) disampaikan kepada Direktur dengan tembusan kepada yang bersangkutan dalam waktu paling lama 3 (tiga) hari kerja setelah ditetapkannya putusan tersebut untuk segera ditindak lanjuti oleh Direktur.

BAB XI

PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 42

Untuk melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) diperlukan aturan-aturan profesi bagi staf medis (*medical staff rules and regulation*) secara tersendiri diluar *medical staff bylaws*.

- 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 yang dikeluarkan dari tubuh.

BAB XII

TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Pasal 43

1. Peraturan internal staf medis ini dapat direview dan diperbaiki.
2. Usulan untuk melakukan review dan perbaikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilaksanakan melalui rapat khusus yang diselenggarakan oleh Direktur.
3. Review dan perbaikan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan merubah Peraturan Internal .
4. Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari peraturan internal ini.
5. Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) ini selanjutnya akan menjadi pedoman kebijakan Rumah Sakit.
6. Semua kebijakan Operasional, Prosedur tetap administrasi dan manajemen Rumah Sakit berpedoman dengan peraturan internal ini.

BAB XIII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 44

- (1) Peraturan-peraturan direktur yang telah ada pada saat sebelum Peraturan Bupati ini, masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan-ketentuan yang tercantum di dalam Peraturan Bupati ini.

- (2) Peraturan Bupati ini secara berkala akan di evaluasi oleh tim yang dibentuk oleh Direktur.
- (3) Jika di dalam evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditemukan hal-hal yang sudah tidak sesuai lagi, maka akan dilakukan perbaikan dan penyempurnaan, yang selanjutnya ditetapkan dengan Peraturan Bupati.

Pasal 45

Peraturan Bupati ini mulai berlaku sejak tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahui, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Barito Kuala.

Ditetapkan di Marabahan
Pada tanggal 14 September 2015

BUPATI BARITO KUALA,

H. HASANUDDIN MURAD

Diundangkan di Marabahan
Pada tanggal 14 September 2015

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BARITO KUALA

H. SUPRIYONO

BERITA DAERAH KABUPATEN BARITO KUALA TAHUN 2015 NOMOR 39.