



# BUPATI LAMPUNG SELATAN

PROVINSI LAMPUNG  
PERATURAN BUPATI LAMPUNG SELATAN  
NOMOR 35 TAHUN 2023

TENTANG

TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. BOB BAZAR, SKM

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI LAMPUNG SELATAN,

- Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 38 ayat (2) dan Pasal 39 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. BOB BAZAR, SKM;
- b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggungjawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelolaan rumah sakit dan staf medis fungsional maka perlu diatur dalam tata Kelola rumah sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Bob Bazar, SKM.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Darurat Nomor 28 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 4 Tahun 1959 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 55), Undang-Undang Darurat Nomor 5 Tahun 1956 (Lembaran Negara Tahun 1956 Nomor 56 ) dan Undang-Undang Darurat Nomor 6 Tahun 1956 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 57) tentang Pembentukan Daerah Tingkat II termasuk Kotapraja dalam Lingkungan Daerah Tingkat I Sumatera Selatan sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1821);
2. 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 6 Tahun 2023 Tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Penganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 Tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang Republik Indonesia Tahun 2023, tambahan (Lembar Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5888) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
6. 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);
7. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
13. Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Selatan Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Lampung Selatan (Lembaran Daerah Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2016 Nomor 16, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Lampung Selatan Nomor 16) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Selatan Nomor 10 Tahun 2020 (Lembaran Daerah Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2020 Nomor 10, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Lampung Selatan Nomor 10);

14. Peraturan Bupati Lampung Selatan Nomor 53 Tahun 2012 tentang Pola Tata Kelola RSUD Dr. H. BOB BAZAR, SKM Kabupaten Lampung Selatan Pada RSUD Dr. H. BOB BAZAR, SKM Kabupaten Lampung Selatan (Berita Daerah Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2012 Nomor 53);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. BOB BAZAR, SKM.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital By laws*) ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah Otonom yang selanjutnya disebut Daerah adalah Kesatuan Masyarakat Hukum yang mempunyai batas-batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan Pemerintah dan Kepentingan masyarakat Kabupaten Lampung Selatan menurut Prakarsa sendiri berdasarkan Aspirasi Masyarakat dalam System Negara Kesatuan Republik Indonesia.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati beserta perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah Kabupaten Lampung Selatan.
3. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia.
4. Bupati adalah Bupati Lampung Selatan.
5. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Lampung Selatan.
6. Direktur adalah Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan.
7. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan.
8. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tatacara; Penyelenggaraan rumah sakit, hubungan antara Pemilik dalam hal ini Bupati dan/atau yang mewakili pemilik (dalam hal ini Dewan Pengawas), Pengelola atau Direktur, Satuan Pemeriksaan Intern, Komite Medis, Kepala Tata Usaha dan Para Kepala Bidang Penunjang, Kepala Bidang Keperawatan, serta Kepala Bidang Pelayanan Medik.
9. Peraturan internal korporasi (*Coorporate By Laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*coorporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.

10. Peraturan internal staf medis (*Medical Staff By Laws*) adalah suatu peraturan organisasi Staf Medis dan Komite Medis di rumah sakit yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit dalam hal ini Bupati atas usulan dari Direktur dan Komite Medik;
11. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
12. Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) adalah Sistem yang diterapkan oleh satuan kerja perangkat daerah atau unit satuan kerja perangkat daerah pada satuan kerja perangkat daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
13. Pemilik RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Lampung Selatan.
14. Dewan Pengawas adalah Dewan yang mewakili Pemilik, yang terdiri dari Ketua dan Anggota, yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan rumah sakit yang dilakukan oleh Direktur dan memberikan nasihat kepada Direktur dalam menjalankan kegiatan pengelolaan Rumah Sakit berdasarkan Surat Keputusan Peraturan Bupati.
15. Komite Medik adalah wadah non-struktural yang keanggotaannya berasal dari Kelompok Staf Medik (KSM) atau yang mewakili secara tetap, yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
16. Komite Keperawatan Kebidanan adalah wadah non struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaga mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
17. Komite Tenaga Kesehatan Lain adalah merupakan organisasi non struktural yang mempunyai otonomi dalam mengawasi dan mengendalikan setiap kegiatan yang diberikan kepada pasien di Rumah Sakit.
18. Komite PPI adalah Upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan Kesehatan.
19. Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur Rumah Sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit.
20. Komite K3RS adalah merumuskan kebijakan, peraturan, pedoman petunjuk pelaksanaan dan prosedur yang berkaitan dengan bidang keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit.
21. Komite Koordinasi Pendidikan adalah merupakan unit fungsional yang berkedudukan di Rumah Sakit yang dibentuk oleh Direktur/kepala Rumah Sakit Pendidikan utama Bersama Pimpinan institusi Pendidikan dan bertanggung jawab kepada Direktur/Kepala Rumah Sakit Pendidikan.

22. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan mediko-etikolegal dan etika pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan "*Hospital By Laws*" dan "*Medical Staf by Laws*", gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM.
23. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, Komite Ke yang bertugas untuk memberikan masukan kepada Komite Medik dalam berbagai bidang yang dibutuhkan, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usulan dan Komite Medik.
24. Satuan Pengawas Internal (SPI) adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktek bisnis yang sehat.
25. Kelompok Staf Medik (KSM) adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di RSUD Dr.H. Bob Bazar, SKM.
26. Rapat Rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus;
27. Rapat Tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun sekali.
28. Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas di luar jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan dan hal-hal yang dianggap khusus.
29. Dokter dan dokter gigi adalah dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM.
30. Dokter tetap adalah dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang sepenuhnya bekerja di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM dan ditetapkan oleh Direktur.
31. Dokter tidak tetap adalah dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang bekerja di Rumah Sakit pada waktu tertentu, yang disepakati bersama antara Komite Medik dan Direktur serta mendapat izin tertulis dan Direktur/ Direktur untuk melaksanakan pelayanan medis di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM.
32. Dokter/ Dokter gigi program Internsip adalah dokter/dokter gigi yang sedang menjalankan proses pemantapan mutu profesi dokter dan dokter gigi untuk menerapkan kompetensi yang diperoleh selama pendidikan, secara terintegrasi, komprehensif, mandiri, serta menggunakan pendekatan kedokteran keluarga, dalam rangka pemahiran dan penyesuaian antara hasil pendidikan dengan praktik di lapangan.
33. Hak Klinis Khusus (*Clinical Privilege*) adalah kewenangan yang diberikan oleh Direktur atas usulan dan Komite Medik untuk melakukan pelayanan medik di rumah sakit bagi Dokter, Dokter Spesialis, serta Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis.

34. Kinerja Rumah Sakit Badan Layanan Umum Daerah RSUD Dr.H.Bob Bazar,SKM disusun dengan mengacu pada Pedoman Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD), dimana yang dinilai adalah tingkat Kesehatan Rumah sakit berdasarkan Indikator : Kinerja Keuangan, Kinerja Operasional, Kinerja Mutu Pelayanan dan Manfaat kepada Masyarakat.
35. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis, perawat dan staf profesional lainnya untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan.
36. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis, perawat dan staf profesional lainnya yang telah memiliki kewenangan untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan tersebut.
37. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

### NAMA, KELAS, ALAMAT DAN LOGO

#### Pasal 2

- (1) Nama rumah sakit ini adalah RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM, milik Pemerintah Daerah Kabupaten Lampung Selatan yang didirikan berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Selatan Nomor 2 Tahun 2012 tentang Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Lampung Selatan yang menerapkan pengelolaan keuangan pada Layanan Umum Daerah berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 04 Tahun 2012 tentang Pedoman Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. H. Bob. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan;
- (2) RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM adalah Rumah Sakit Kelas C.
- (3) Alamat RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM yaitu Jl. Lettu Rohani No. 14 B, Telp. (0727) 322159 – 322160 Fax. (0721) 322801, Kalianda.
- (4) Logo RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM sebagai berikut :



Adapun makna dan arti dari logo tersebut diatas adalah :

a. merah

Objek yang terbentuk pada warna merah adalah berbentuk penyangga dan bila dilihat pada posisi yang lain yaitu di putar sebanyak 45<sup>o</sup> (empat puluh lima derajat) akan berbentuk palang merah, merupakan konsep awal dari layanan RSUD Dr. H. BOB BAZAR, SKM adalah pemberian pertolongan kepada masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada rasa empati dan semangat kemanusiaan yang mendalam.

b. hijau

Bentuk hati yang terbentuk oleh dua objek berwarna hijau, merupakan wujud cinta dan kasih sayang yang diberikan oleh setiap tenaga pelayan kesehatan baik medis maupun non medis kepada individu yang membutuhkan pertolongan pada bidang kesehatan sehingga pelayanan prima yang ramah dan simpatik dirasakan oleh pasien yang dapat memberikan dampak positif terhadap kesembuhan dan pulihnya kesehatan masyarakat yang dirawat. Dimensi warna hijau tua dan muda menunjukkan pelayanan prima tetap diberikan dengan sepenuh hati tanpa memperhatikan latar belakang setiap pasien.

c. biru

Warna biru pada objek berbentuk skets terekspresikan sehat dan bahagia, merupakan puncak dari pelayanan kesehatan adalah menyembuhkan, memulihkan dan menyetatkan pasien. Warna biru melambangkan kebahagiaan, yaitu menggambarkan kebahagiaan yang di rasakan oleh pasien yang kembali sehat dan pulih dampak dari pelayanan kesehatan prima yang didapatkan, juga melambangkan kebahagiaan bagi tenaga kerja kesehatan baik medis maupun non medis yang telah memberikan pelayanan terbaik penuh dengan empati dan perhatian kepada pasien hingga kesembuhan dan sehat kembali.

d. hitam

Hitam melambangkan ketegasan dan kepastian, merupakan prinsip dalam setiap tindakan pelayanan medis dan non medis kepada setiap anggota masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan, sehingga masyarakat mendapatkan haknya berupa pelayanan prima yang memuaskan dapat menunjang kesembuhan pasien dalam waktu relatif singkat.

Secara keseluruhan logo ini membentuk PITA yang bermakna kandungan semangat :

*Pelayanan prima diutamakan, Integritas dijunjung, Terbuka hati dan fikiran dalam melayani, Adikarya dalam berbakti.*

VISI

Pasal 3

Visi dari RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM adalah :

“MEWUJUDKAN RSUD Dr. H. BOB BAZAR, SKM LAMPUNG SELATAN SEBAGAI RUMAH SAKIT RUJUKAN DENGAN PELAYANAN PRIMA, MAJU DAN BERINTEGRITAS AGAR TERCIPTA MASYARAKAT LAMPUNG SELATAN YANG SEHAT, SEJAHTERA”

MISI

Pasal 4

Misi Rumah Sakit Dr.H. Bob Bazar, SKM adalah :

- a. T : Terselenggaranya pelayanan kesehatan bersifat inklusif dan terjangkau semua masyarakat Lampung Selatan dan berkualitas prima;
- b. A : Akses yang mudah dalam pelayanan Kesehatan

- c. P : Profesionalisme dan pionir dalam pelayanan
- d. I : Inovasi dalam pengembangan pelayanan di era globalisasi
- e. S : Semangat bersama dalam mewujudkan kesejahteraan

#### NILAI/FILOSOFI

##### Pasal 5

Nilai/filosofi RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM adalah sebagai berikut :

a. nilai-nilai:

Sikap kerja pegawai rumah sakit dalam melaksanakan tugas didasarkan atas nilai-nilai kerja sama, keterbukaan, profesional dan bertanggung jawab.

b. filosofi:

Filosofi RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM adalah "Kemajuan, Kesejahteraan dan Kebahagiaan adalah tujuan kami".

#### MOTTO

##### Pasal 6

Motto RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM yaitu:

CERDAS, masing-masing huruf dalam kata CERDAS memiliki makna dan arti, sebagai berikut:

- a. C : Cepat, merupakan keakuratan waktu dan standar pelayanan yang telah ditetapkan;
- b. E : Empati, adanya rasa kepedulian terhadap sesama dan lingkungan;
- c. R : Ramah, adalah sifat santun harus diberikan dalam setiap pelaksanaan pelayanan;
- d. D : Dinamis, adalah penyesuaian terhadap perkembangan situasi dan kondisi dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan;
- e. A : Akuntabel, adalah merupakan pertanggungjawaban secara terukur dalam pelaksanaan tugas-tugas baik secara terukur baik secara kuantitas serta kualitas dan sesuai dengan standar yang ditetapkan; dan
- f. S : Senyum, adalah merupakan cerminan sifat ramah tamah sebagai petugas dalam memberikan pelayanan.

#### TUJUAN

##### Pasal 7

Tujuan RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang didasarkan kepada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial.

## TUGAS DAN FUNGSI RUMAH SAKIT

### Pasal 8

- (1) Tugas pokok Rumah Sakit adalah melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah di bidang pelayanan rumah sakit, tugas dekonsentrasi dan tugas pembantuan yang diberikan pemerintah kepada bupati serta tugas lain sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh bupati berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Fungsi Rumah Sakit dalam menunaikan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
  - a. Perumusan kebijakan, perencanaan, dan penetapan standar/pedoman, RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM;
  - b. pembinaan, pengendalian dan pengawasan serta koordinasi dengan seluruh wakil direktur dan pelaksana tugas dan fungsi unsur organisasi;
  - c. pelaksanaan evaluasi, pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan kegiatan, RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM;
  - d. penyelenggaraan administrasi Rumah Sakit;
  - e. penyelenggaraan pembinaan, menjalin hubungan dan koordinasi dengan instansi/pihak lain; dan
  - f. pelaksanaan fungsi lain yang di berikan oleh atasan.

## STRATEGI

### Pasal 9

Strategi RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM adalah mengoptimalkan fasilitas sarana dan prasarana dengan Sumber Daya Manusia (SDM) yang profesional didukung oleh stake holder untuk memenuhi standar pelayanan kesehatan paripurna.

## PROGRAM-PROGRAM INDIKATIF

### Pasal 10

Adapun Program-program indikatif sebagai berikut :

- a. meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit ;
- b. pengembangan layanan kesehatan;
- c. mengoptimalkan standar sarana dan prasarana rumah sakit;
- d. mengoptimalkan pemasaran rumah sakit;
- e. meningkatkan mutu pengelolaan keuangan; dan
- f. meningkatkan ketersediaan dan mutu SDM Rumah sakit.

BAB II  
DEWAN PENGAWAS  
Bagian Pertama  
Tugas, Kewajiban dan Wewenang  
TUGAS DEWAN PENGAWAS  
Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas, bertugas untuk melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Rumah Sakit Dr.H. Bob Bazar, SKM., yang meliputi pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategis Bisnis Jangka Panjang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di rumah sakit. Dalam melaksanakan fungsinya, maka Dewan Pengawas bertugas :
  - a. mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
  - b. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - c. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
  - d. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
  - e. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
  - f. mengawasi Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

KEWAJIBAN DEWAN PENGAWAS  
Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban :
  - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Strategi Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM;
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM, memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM;
  - c. memberi nasehat kepada Pejabat Pengelola RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM dalam melaksanakan pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
  - d. memberikan masukan, saran, atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja Badan Layanan Umum Daerah RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM kepada Pejabat Pengelola;
  - e. melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan; dan

- f. melaporkan dengan segera kepada Bupati apabila terjadi gejala menurunnya kinerja RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM.
- (2) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e disampaikan sebagai berikut:
- a. laporan semester pertama paling lambat 30 hari setelah periode semester berakhir; dan
  - b. laporan semester kedua (tahunan) paling lambat 40 hari setelah tahun anggaran berakhir.
- (3) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya memuat:
- a. penilaian terhadap Renstra, RBA dan pelaksanaannya;
  - b. penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan lainnya;
  - c. penilaian ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan;
  - d. permasalahan-permasalahan pengelolaan BLUD dan solusinya; dan
  - e. saran dan rekomendasi.
- (4) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, antara lain terkait dengan:
- a. penurunan kinerja BLUD;
  - b. pemberhentian pimpinan BLUD sebelum berakhirnya masa jabatan;
  - c. pergantian lebih dari 1 (satu) anggota Dewan Pengawas; dan
  - d. berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
  - e. laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan ayat (4) ditandatangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas.

## WEWENANG DEWAN PENGAWAS

### Pasal 13

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

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM dengan sepengetahuan Direktur RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*);
- d. memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan rumah sakit;

- e. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*);
- f. meminta Direktur dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
- g. menghadiri rapat Direktur dan memberikan pandangan-pandangan terhadap hal-hal yang dibicarakan;
- h. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal RSUD H. Bob Bazar, SKM (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*) untuk ditetapkan oleh Pemerintah Daerah; dan
- i. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM.
- j. Melihat buku-buku, surat-surat serta dokumen-dokumen lainnya, memeriksa kas untuk keperluan verifikasi dan memeriksa kekayaan Rumah Sakit (tentang administrasi);

Bagian Kedua  
Pengangkatan dan Pemberhentian

Pasal 14

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usul Direktur Rumah Sakit. (konflik interest)
- (2) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Direktur.
- (3) Dewan Pengawas dapat diangkat kembali dalam jabatan yang sama untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (4) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (5) Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya, apabila berdasarkan kenyataan anggota tersebut :
  - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan dan/atau melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan dan kebijakan tentang Pendirian RSUD Dr.H.Bob Bazar,SKM;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM; dan
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan Rumah Sakit.
- (6) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati.

Bagian Ketiga  
Keanggotaan

Anggota Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Anggota Dewan Pengawas terdiri dan unsur-unsur pejabat pemerintah, Unsur Pejabat keuangan, Tenaga Ahli yang sesuai dengan kegiatan RSUD Dr.H.Bob Bazar SKM.
- (2) Persyaratan menjadi Anggota Dewan Pengawas adalah orang-perorangan yang :
  - a. memiliki dedikasi, memahami masalah-masalah manajemen rumah sakit dan dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau menjadi Direktur, Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah menyebabkan suatu rumah sakit dinyatakan pailit.

Ketua Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati .
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Bupati mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan atas usul Direktur Rumah Sakit.
- (3) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Bupati selaku Pemilik dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas atas beban Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas, sedangkan Sekretaris Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (5) Tugas Ketua Dewan Pengawas adalah:
  - a. memantau perkembangan kegiatan BLUD;
  - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
  - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal Pemerintah;
  - d. memberikan nasehat kepada Pejabat pengelola dalam melaksanakan tugas dan kwajibannya; dan
  - e. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai:
    1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
    2. Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD
    3. Kinerja BLUD

- f. Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas bertanggung jawab dan melaporkan hasil pelaksanaan tugasnya kepada Bupati Lampung Selatan.
- (6) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Bagian Keempat  
Rapat-Rapat  
Rapat Rutin  
Pasal 17

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadual yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direktur Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di RSUD Dr.H.Bob Bazar,SKM.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit sepuluh kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direktur, Komite Medik dan pihak lain yang tertentu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (4) harus melampirkan :
  - a. 1 (satu) salinan agenda;
  - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
  - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Rapat Khusus  
Pasal 18

- (1) Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal :
  - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
  - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit dua orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (2) butir b di atas, harus diselenggarakan paling lambat 24 jam setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

## Rapat Tahunan

### Pasal 19

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM., termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

## Undangan Rapat

### Pasal 20

Setiap rapat dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

## Peserta Rapat

### Pasal 21

Setiap rapat rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh Kepala Bidang, Kepala KSM, Komite Medik dan pihak lain yang ada di lingkungan RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM dan/atau di luar lingkungan RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM apabila diperlukan.

## Pejabat Ketua

### Pasal 22

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

## Kuorum

### Pasal 23

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 dan seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Bila kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah diteritukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat hari dan jam yang sama minggu berikutnya.

- (4) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutnya dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

#### Risalah Rapat

##### Pasal 24

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

#### Pengambilan Putusan Rapat

##### Pasal 25

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pengambilan putusan rapat suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

#### Pembatalan Putusan Rapat

##### Pasal 26

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

#### Stempel

##### Pasal 27

- (1) Dalam Peraturan Internal ini ditentukan dua macam Stempel, yaitu Stempel Dewan Pengawas atau Tim Pengawas dan Stempel Rumah Sakit;



- (2) Setiap dokumen tidak akan dibubuhi Stempel Dewan Pengawas selain menyangkut hal-hal yang diputuskan oleh Dewan Pengawas seperti yang tercantum dalam risalah rapat, kecuali pada saat diantara dua rapat Dewan Pengawas dimana Ketua diberi wewenang untuk menggunakan Stempel tersebut dengan persetujuan dua anggota Dewan Pengawas lainnya.
- (3) Penggunaan Stempel oleh Ketua pada saat diantara dua rapat Dewan Pengawas sebagaimana tercantum pada ayat (2) diatas harus dilaporkan pada rapat Dewan Pengawas berikutnya untuk memperoleh pengakuan.
- (4) Setiap dokumen yang menggunakan Stempel Dewan Pengawas harus ditandatangani oleh sekurangnyanya dua orang anggota Dewan Pengawas.

## MEKANISME PENGAWASAN

### Pasal 28

Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada kepala daerah secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

## BAB III DIREKTUR

### Direktur

### Pasal 29

- (1) Direktur adalah pimpinan tertinggi di Rumah Sakit.
- (2) Pengelolaan atau pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan di RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM. dilakukan oleh Direktur.
- (3) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari 1 (satu) orang
- (4) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Pemilik atau Bupati.
- (5) Direktur bertanggung jawab kepada Pemilik melalui Dewan Pengawas dalam hal pengelolaan dan pengawasan rumah sakit beserta fasilitasnya, personil dan sumber daya terkait.
- (6) Direktur bertugas untuk melaksanakan kebijakan pengelolaan RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM , setelah ditetapkan oleh Dewan Pengawas sesuai dengan ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan peraturan kebijakan serta segala ketentuan umum yang berlaku dan berbagai aturan dalam Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) serta memperhatikan hasil pelaksanaan tindakan/audit yang dilaksanakan oleh Komite Medik dan SPI (Satuan Pemeriksaan Intern).
- (7) Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Direktur ditentukan oleh Bupati dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Struktur Organisasi dan Tata Laksana Kerja RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM., atas rekomendasi Dewan Pengawas.
- (8) Direktur mempunyai tugas dan wewenang untuk :
  - a. memimpin dan mengelola Rumah Sakit sesuai dengan Visi dan Misi serta tujuan RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM.

- b. bertanggung jawab memelihara dan mengelola kekayaan RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM.;
- c. mewakili RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM. baik di dalam maupun di luar Pengadilan;
- d. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM sebagaimana yang telah digariskan oleh Pemilik/Bupati;
- e. menetapkan kebijakan operasional RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM.;
- f. menyiapkan Rencana Jangka Panjang dan Rencana Bisnis Anggaran RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM.;
- g. mengawasi pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai dengan peraturan dan kelaziman yang berlaku bagi RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM.;
- h. menetapkan Organisasi dan Tata Kerja RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM. lengkap dengan susunan jabatan dan rincian tugas setelah disetujui oleh Bupati/Dewan Pengawas;
- i. mengangkat dan memberhentikan tenaga honor dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- j. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban tenaga honor dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan
- k. menyiapkan laporan berkala dan tahunan.

Pengangkatan, Masa Kerja dan Pemberhentian Direktur  
Pasal 30

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Direktur dapat diberhentikan apabila:
  - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit; dan
  - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang bersangkutan dengan pengurusan rumah sakit.
- (3) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diberitahukan secara tertulis oleh Bupati kepada Direktur yang bersangkutan.
- (4) Keputusan pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, huruf b, dan huruf c, ditetapkan setelah yang bersangkutan diberi kesempatan membela diri.
- (5) Pembelaan diri sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dilakukan secara tertulis kepada Bupati dalam jangka waktu 1 (satu) bulan terhitung sejak Direktur yang bersangkutan diberitahu secara tertulis, sebagaimana dimaksud dalam ayat (3).

- (6) Selama rencana pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) masih dalam proses, maka Direktur yang bersangkutan dapat melanjutkan tugasnya.
- (7) Jika dalam waktu 2 (dua) bulan terhitung sejak tanggal penyampaian pembelaan diri sebagaimana dimaksud pada ayat (5), Bupati tidak memberikan keputusan pemberhentian Direktur tersebut, maka rencana pemberhentian tersebut batal.
- (8) Pemberhentian karena alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d, merupakan pemberhentian tidak dengan hormat.
- (9) Kedudukan sebagai Direktur berakhir dengan dikeluarkannya keputusan pemberhentian oleh Bupati.

#### Persyaratan Menjadi Direktur

##### Pasal 31

Yang dapat diangkat menjadi Direktur adalah orang-perorangan yang :

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakit;
- b. berkelakuan baik serta memiliki dedikasi untuk mengembangkan kinerja guna kemajuan rumah sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau menjadi Direktur atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah menyebabkan suatu rumah sakit dinyatakan pailit; dan
- d. berkewarganegaraan Indonesia.

##### Direktur

##### Pasal 32

- (1) Direktur mempunyai tugas pokok untuk memimpin pelaksanaan tugas dan pengelolaan RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur mempunyai fungsi merumuskan kebijakan operasional, perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan di bidang pelayanan medik dan keperawatan, SDM dan Pendidikan, Keuangan, serta Umum dan Operasional.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur dibantu oleh Para Pejabat Struktural.

##### Rapat Direktur

##### Pasal 33

- (1) Rapat Direktur diselenggarakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali.
- (2) Dalam rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajibannya.

- (3) Keputusan Rapat Direktur diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (5) Dalam rapat-rapat tertentu yang bersifat khusus, Direktur dapat mengundang Dewan Pengawas, yang disampaikan secara tertulis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya.
- (6) Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Notulis.

#### Koordinasi Direktur dengan Pejabat Pengelola

##### Pasal 34

- (1) Dalam menjalankan tugas-tugas Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22, maka :
  - a. Direktur bertindak atas nama Direktur berdasarkan persetujuan para Kepala Bidang lainnya;
  - b. Para Kepala Bidang berhak dan berwenang bertindak atas nama Direktur, untuk masing-masing bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya.
- (2) Apabila Direktur berhalangan tetap menjalankan pekerjaannya atau apabila jabatan itu terluang dan penggantinya belum memangku jabatan, maka kekosongan jabatan tersebut dipangku oleh Pelaksana tugas yang ditunjuk oleh Bupati.
- (3) Dalam jangka waktu paling lambat 2 (dua) bulan terhitung sejak terjadinya keadaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bupati dapat menunjuk Direktur yang baru untuk memangku jabatan yang terluang sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (4) Apabila Direktur berhalangan tetap melakukan pekerjaannya atau jabatan Direktur terluang seluruhnya dan belum diangkat, maka sementara pengelolaan secara teknis Rumah Sakit dijalankan oleh Kepala Bidang, sedangkan administratif oleh Kepala Bagian Tata Usaha.
- (5) Dalam menjalankan tugas dan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (8) huruf c, Direktur dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada:
  - a. seorang atau beberapa orang Direktur;
  - b. seorang atau beberapa orang Pejabat Rumah Sakit, baik secara sendiri maupun bersama-sama; atau
  - c. orang atau badan lain, yang khusus ditunjuk untuk hal tersebut.

#### Stempel Rumah Sakit

##### Pasal 35

- (1) Untuk kepentingan operasional rumah sakit digunakan Stempel rumah sakit.
- (2) Direktur bertanggungjawab atas keamanan penggunaan Stempel rumah sakit.

- (3) Stempel rumah sakit terdiri dari 3 (tiga) jenis yaitu yang digunakan oleh sekretariat, bagian keuangan dan kasir.
- (4) Setiap stempel rumah sakit tersebut diatas dibubuhi identitas masing-masing bagian secara berbeda-beda.
- (5) Penggunaan stempel rumah sakit ditentukan lebih lanjut oleh Direktur.
- (6) Bagian sekretariat bertanggungjawab atas pengamanan dan penggunaan setiap stempel rumah sakit.

#### BAB IV

#### SATUAN PENGAWAS INTERNAL

##### Bagian Pertama

##### Nama dan struktur Organisasi

##### Satuan Pengawas Internal (SPI)

##### Pasal 36

- (1) Dalam membantu Direktur di bidang pengawasan dan pengelolaan Sumber Daya yang ada di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM dibentuk Satuan Pengawas Internal.
- (2) Satuan Pengawas Internal adalah kelompok Fungsional yang bertugas :
  - a. Pengamanan Harta Kekayaan;
  - b. Menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
  - c. Menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
  - d. Mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis Yang Sehat
- (3) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan.
- (4) Pengelolaan Sumber Daya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatas adalah Sumber Daya Keuangan, Sumber Daya Manusia, dan Sumber Daya Sarana/Prasarana.

##### Organisasi

##### Pasal 37

- (1) SPI RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM adalah wadah non struktural kelompok profesional medis dan non medis yang keanggotaannya terdiri pengelolaan administrasi keuangan, administrasi pelayanan serta administrasi umum dan kepegawaian
- (2) Struktur Organisasi dari Satuan Pengawas Internal (SPI) terdiri dari 1 (satu) orang Ketua, 1 (satu) orang Sekretaris dan beberapa orang Anggota yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
  - a. Ketua merangkap Anggota;
  - b. Wakil Ketua merangkap Anggota; dan
  - c. Sekretaris merangkap Anggota.
- (3) Kepengurusan SPI dipilih melalui rapat pleno untuk memilih Ketua, Wakil Ketua dan Sekretaris.

- (4) Penetapan Keanggotaan dalam Satuan Pengawas Internal dilakukan dengan mempertimbangkan Kompetensi dan Jabatan seseorang yang disesuaikan dengan peraturan yang berlaku.
- (5) Masa kerja Satuan Pengawas Internal (SPI) adalah 3 (tiga) tahun. Masa bakti kepengurusan SPI adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali sebanyak 1 kali pemilihan .

## Bagian Kedua

### Rapat-Rapat Rapat Rutin

#### Pasal 38

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan SPI yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara anggota SPI , Kabag. Tata Usaha, Komite Medik, Kepala Bidang Penunjang, Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Bidang Pelayanan Medik dengan Direktur Rumah Sakit dan Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di RSUD Dr.H.Bob Bazar,SKM.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit dua belas kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Ketua SPI.
- (4) Sekretaris SPI menyampaikan undangan kepada setiap anggota SPI, Kabag. Tata Usaha, Komite Medik, Kepala Bidang Penunjang, Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Bidang Pelayanan Medik dengan Direktur, dan pihak lain yang ditentukan untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan, undangan dapat menggunakan media elektronik yang sudah disetujui oleh Direktur.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris SPI sebagaimana diatur dalam ayat (4) harus melampirkan :
  - a. 1 (satu) salinan agenda;
  - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
  - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

## Rapat khusus

#### Pasal 39

- (1) Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh SPI untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) SPI mengundang untuk rapat khusus dalam hal :
  - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
  - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit sepertiga anggota SPI.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris SPI kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan, undangan dapat menggunakan media elektronik yang sudah disetujui oleh Direktur.

- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota SPI sebagaimana diatur dalam ayat (2) butir b di atas, harus diselenggarakan paling lambat 24 (dua puluh empat jam) setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

#### Rapat Tahunan

##### Pasal 40

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh SPI setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan tentang Rencana kerja audit dan Program kerja pengawas di RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM.
- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) SPI menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM., termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

#### Undangan Rapat

##### Pasal 41

Setiap rapat dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota rapat yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

#### Peserta Rapat

##### Pasal 42

Setiap rapat rutin, selain dihadiri oleh anggota SPI, Kabag. Tata Usaha, Komite Medik, Kepala Bidang Penunjang, Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Bidang Pelayanan Medik dengan Direktur, dan pihak lain yang ditentukan di lingkungan RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM dan/atau di luar lingkungan RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM apabila diperlukan.

#### Risalah Rapat

##### Pasal 43

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat SPI menjadi tanggung jawab Sekretaris SPI.
- (2) Risalah rapat SPI harus disahkan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota SPI yang hadir .

BAB V  
TATA USAHA  
Bagian Tata Usaha  
Pasal 44

- (1) Tugas Kepala Bagian Tata Usaha adalah sebagai berikut :
- a. menyusun rencana dan program kerja Bagian;
  - b. mengoordinasikan rencana dan program kerja bagian;
  - c. mengoordinasikan pada Kepala Sub Bagian;
  - d. mengatur dan mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - e. membimbing dan memberi petunjuk kepada Kepala Sub Bagian;
  - f. melaksanakan penatausahaan urusan tata usaha dan kearsipan;
  - g. melaksanakan urusan Rumah Tangga dan perlengkapannya;
  - h. melaksanakan pengelolaan urusan kepegawaian serta penyelenggaraan Diklat;
  - i. melaksanakan pengawasan terhadap kebersihan, kenyamanan dan keamanan kantor, laundry dan sanitasi Rumah Sakit;
  - j. melaksanakan kegiatan protokoler;
  - k. menghimpun dan mempelajari peraturan perundangan, kebijakan teknis, pedoman dan petunjuk teknis serta melaksanakan penyelenggaraan kerjasama dan MOU dengan pihak pemerintah, swasta atau lembaga lainnya;
  - l. melaksanakan pemeliharaan dan perbaikan terhadap sarana dan prasarana non medik;
  - m. mengkoordinasikan instalasi terkait lainnya untuk pelaksanaan pemeliharaan sarana dan prasarana;
  - n. melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - o. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - p. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - q. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur.
- (2) Tugas Kepala Sub Bagian Perencanaan adalah sebagai berikut :
- a. menyusun rencana dan program kerja Sub Bagian;
  - b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
  - c. menyusun dan menyiapkan Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang perencanaan dan pengembangan Rumah Sakit antara lain, penelitian, BLUD dan jenis pelayanan rumah sakit;
  - d. menyusun rencana program, rencana strategis rumah sakit dan RBA (Rencana Bisnis Anggaran);
  - e. menyusun penetapan kinerja rumah sakit;
  - f. menyusun rencana pengadaan peralatan dan fasilitas pelayanan rumah sakit;

- g. mengatur mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - h. mengatur pelaksanaan kegiatan perencanaan, penelitian dan pengembangan rumah sakit;
  - i. menyusun dan merencanakan pengembangan mutu rumah sakit antara lain akreditasi, ISO, IKM (Indek Kepuasan Masyarakat), Citra Pelayanan Prima;
  - j. melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - k. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - l. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - m. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bagian.
- (3) Tugas Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian adalah sebagai berikut:
- a. menyusun rencana dan program kerja Sub Bagian;
  - b. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - c. membimbing dan memberikan petunjuk kepada bawahan;
  - d. menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) dan rencana kebutuhan rumah tangga dan barang serta peralatan non medis;
  - e. memelihara kenyamanan, keamanan, dan ketertiban;
  - f. menyelenggarakan urusan tata usaha/surat menyurat, kearsipan dan keprotokolan, rumah tangga dan perlengkapannya;
  - g. melaksanakan pengendalian naskah dinas yang masuk dan keluar rumah sakit;
  - h. melakukan pengendalian dan pengawasan konsumsi;
  - i. menghimpun dan mempelajari peraturan perundangan, kebijakan teknis, pedoman dan petunjuk teknis serta melaksanakan penyelenggaraan kerjasama dan MOU dengan pihak pemerintah, swasta atau lembaga lainnya;
  - j. menyusun dan meneliti rancangan produk hukum;
  - k. mengkoordinasikan instalasi sarana dan prasarana khususnya mengenai pengadaan dan pemeliharaan alat-alat non medis;
  - l. melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - m. mengadakan koordinasi dengan unit terkait dalam rangka perencanaan diklat pegawai;
  - n. mengkoordinasikan dengan instansi terkait untuk penyelenggaraan dan pelaksanaan diklat pegawai;
  - o. menyiapkan bahan usul kepangkatan, pembinaan, pemberhentian, mutasi, kenaikan pangkat, kenaikan gaji berkala, kartu pegawai, jaminan kesehatan, taspen;
  - p. membuat konsep usul pengangkatan, pemindahan, pemberhentian, mutasi, kenaikan pangkat termasuk kenaikan pangkat melalui angka kredit jabatan fungsional, cuti, penghargaan dan usul lainnya;

- q. melakukan analisis jabatan pegawai;
  - r. membuat rekapitulasi absensi pegawai;
  - s. membuat, menghimpun dan memelihara Daftar Urut Kepangkatan (DUK);
  - t. menyiapkan blanko-blanko kepegawaian;
  - u. menyiapkan rekapitulasi prosedur kepegawaian secara periodik;
  - v. menata dan menyimpan berkas kepegawaian;
  - w. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - x. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - y. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepala Kepala Bagian.
- (4) Tugas Kepala Sub. Bagian Keuangan adalah sebagai berikut :
- a. menyusun rencana dan program kerja Bagian;
  - b. mengkoordinasikan rencana dan program kerja Sub. Bagian;
  - c. menyelenggarakan tata usaha keuangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan pedoman yang telah ditetapkan;
  - d. menyusun rencana anggaran biaya langsung dan tak langsung;
  - e. menyusun anggaran pendapatan rumah sakit dan melakukan evaluasi perkembangan pendapatan rumah sakit;
  - f. menyusun retribusi pelayanan, remunerasi/jasa pelayanan dan unit cost;
  - g. menerima dan membukukan pendapatan fungsional rumah sakit dan melakukan penyetoran kepada bank, serta menyimpan jika bank tutup;
  - h. memverifikasi setoran penerimaan dari kasir penerima dengan rekening bank dan membuat buku kas penerimaan;
  - i. menyusun retribusi pelayanan dan remunerasi/jasa pelayanan serta unit cost;
  - j. melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - k. mengumpulkan, mengolah, menyajikan dan menganalisa data-data keuangan sehingga menjadi informasi yang akurat;
  - l. menyampaikan laporan pertanggungjawaban mengenai seluruh pengeluaran keuangan Rumah Sakit yang dituangkan dalam administrasi akuntansi;
  - m. membuat jurnal umum, buku kas pengeluaran;
  - n. membuat laporan neraca, aktivitas R/K aliran kas dan realisasi anggaran serta catatan atas laporan keuangan dan Laporan Kinerja Keuangan BLUD;
  - o. melakukan verifikasi terhadap pengeluaran cek/BG/transfer dari kasir pengeluaran dengan rekening bank;
  - p. memverifikasi bukti pengeluaran berupa lembar order, lembar pengeluaran kas, *legality form* dan nota/kwitansi;

- q. melakukan pemeriksaan dan penelitian terhadap anggaran langsung dan tak langsung;
- r. melaksanakan sistem pengendalian intern pelayanan rumah sakit, SIM rumah sakit;
- s. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
- t. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan;
- u. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur; dan
- v. menyusun laporan keuangan dan laporan kinerja keuangan BLUD.

## BAB VI KOMITE-KOMITE

### Bagian Pertama Nama dan Struktur Organisasi

#### Pasal 45

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien maka perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah professional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), farmasi dan terapi serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
  - a. komite Medik;
  - b. komite Keperawatan;
  - c. komite Etik dan Hukum;
  - d. komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI); dan
  - e. komite Farmasi dan Terapi.
- (3) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

#### Komite Medik (Struktur Organisasi SK)

#### Pasal 46

- (1) Komite Medik mempunyai otoritas tertinggi di dalam pengorganisasian Kelompok Staf Medis (KSM).
- (2) Komite Medik berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM
- (3) Komite Medik melaksanakan pengawasan dan review terhadap pelayanan pasien, mutu pelayanan medis, rekomendasi penetapan Staf Medis, audit medis dan pengawasan Etika dan disiplin profesi medis.
- (4) Pengawasan dan review sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan oleh Ketua Komite Medik.

## Organisasi Komite Medik

### Pasal 47

- (1) Komite Medik RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM adalah wadah non struktural kelompok profesional medis yang keanggotaannya terdiri dan Ketua Kelompok Staf Medis atau yang mewakili KSM secara tetap.
- (2) Susunan kepengurusan Komite Medik terdiri dari :
  - a. Ketua merangkap Anggota;
  - b. Wakil Ketua merangkap Anggota;
  - c. Sekretaris bukan Anggota; dan
  - d. Anggota.
- (3) Masa bakti kepengurusan Komite Medik adalah minimal 3 (tiga) tahun.
- (4) Kepengurusan Komite Medik dipilih melalui rapat pleno untuk memilih Ketua, Wakil Ketua dan Sekretaris.

## Tugas Komite Medik

### Pasal 48

- (1) Komite Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 bertugas 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Komite medis menyelenggarakan fungsi:
  - 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 atau kedokteran gigi berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
  - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
  - g. pelaksanaan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
  - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, Komite Medis menyelenggarakan fungsi :
- a. pelaksanaan audit medis / *medical care review/peer-review*;
  - b. melakukan monitoring dan evaluasi farmasi dan terapi, ketepatan, kelengkapan, keakuratan rekam medis, pelaksanaan INA-DRG, pengendalian infeksi nosokomial, /audit medis, melalui pembentukan Sub-sub Komite
  - c. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
  - d. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit; dan
  - e. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, Komite medis menyelenggarakan fungsi:
- 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 atau pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

#### Fungsi Komite Medik

##### Pasal 49

Fungsi Komite Medik RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM adalah :

- a. memberikan saran kepada Direktur melalui Kepala Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan;
- b. mengkoordinasikan dan mengarahkan kegiatan pelayanan medis;
- c. menangani hal-hal yang berkaitan dengan etika dan disiplin profesi medis; dan
- d. menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua KSM di Rumah Sakit;

#### Wewenang Komite Medik

##### Pasal 50

Wewenang Komite Medik RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM adalah :

- 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; dan
- 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.

Bagian Kedua  
Pengangkatan dan Pemberhentian

Pengangkatan Komite Medik

Pasal 51

- (1) Pemilihan calon Ketua/Wakil Ketua Komite Medik dilakukan secara musyawarah mufakat/demokratis dalam rapat pleno dengan prosedur yang telah ditetapkan oleh Komite Medik.
- (2) Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dan 3 (tiga) orang calon yang diajukan.
- (3) Dalam menentukan Ketua/Wakil Ketua, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan pengawas.
- (4) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Direktur.
- (5) Ketua Komite Medik dapat diangkat kembali dalam jabatan yang sama untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Pemberhentian

Pasal 52

- (1) Ketua Komite Medik dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya, apabila berdasarkan kenyataan terdapat :
  - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan dan/atau melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan dan kebijakan tentang Pendirian RSUD Dr.H.Bob Bazar,SKM;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM;
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan Rumah Sakit.
- (2) Ketua Komite Medik dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Direktur.

Pasal 53

- (1) Ketua Sub-Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub-Komite yang ada di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM terdiri dari

- a. Sub-Komite Kredensial;
- b. Sub-Komite Mutu Profesi; dan
- c. Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi.

#### Pasal 54

Untuk memproteksi masyarakat, Komite Medik memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf medik di rumah sakit melalui Sub-Komite Kredensial.

#### Pasal 55

- (1) Pengorganisasian Sub-Komite Kredensial terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- (3) Sub-Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur Rumah Sakit. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan Kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan.
- (4) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (5) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

#### Pasal 56

- (1) Staf medis mengajukan permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur Rumah Sakit dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung
- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Komite Medik.
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (4) Pengkajian oleh Sub-Komite Kredensial meliputi elemen :
  - a. kompetensi:
    1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
    2. kognitif;
    3. afektif; dan
    4. psikomotor;

- b. kompetensi fisik;
  - c. kompetensi mental/perilaku; dan
  - d. perilaku etis.
- (5) Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (6) Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara :
- a. menyusun daftar Kewenangan Klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
  - b. mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
  - c. mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
- (7) Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub-Komite Kredensial.
- (8) Sub-Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa :
- a. Kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. Kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. Kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - d. Kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - e. Kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
  - f. Kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (9) Bagi staf medis yang ingin memulihkan Kewenangan Klinis yang dikurangi atau menambah Kewenangan Klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur Rumah Sakit. Selanjutnya, Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

#### Pasal 57

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

#### Pasal 58

Pengorganisasian Sub-Komite Mutu Profesi terdiri dari :

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

Pasal 59

- (1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu :
  - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
  - b. sebagai dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis/*Clinical Privilege* sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis/*Clinical Privilege*;
  - d. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis terdiri dari :
  - a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
  - b. penetapan standar dan kriteria;
  - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
  - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
  - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
  - f. menerapkan perbaikan; dan
  - g. rencana reaudit.
- (3) Sub-Komite Mutu Profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis :
  - a. menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
  - b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (death case), kasus sulit maupun kasus langka;
  - c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
  - d. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip Sub-Komite Mutu Profesi;
  - e. sub-Komite Mutu Profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Sub-Komite Mutu Profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
  - f. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Sub-Komite Mutu Profesi pertahun;
  - g. sub-Komite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
  - h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya; dan

- i. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Manajemen.
- (4) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan :
- a. menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis; dan
  - b. komite medik berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

#### Pasal 60

Peran Komite Medik dalam upaya pendisiplinan staf medis dilakukan oleh Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi.

#### Pasal 61

Pengorganisasian Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

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

#### Pasal 62

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan :
  - a. peraturan internal rumah sakit;
  - b. peraturan internal staf medis;
  - c. etika rumah sakit; dan
  - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika.
- (2) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu:
  - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - b. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
  - d. kode etik kedokteran indonesia;
  - e. pedoman perilaku profesional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
  - f. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di indonesia;
  - g. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
  - h. standar prosedur operasional asuhan medis.

- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi. Panel terdiri dari 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :
- a. 1(satu) orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
  - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM atau Direktur Rumah Sakit terlapor.
- (4) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut:
- a. Sumber laporan:
    1. Perorangan:
      - a. manajemen rumah sakit;
      - b. staf medis lain;
      - c. tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan; dan
      - d. pasien atau keluarga pasien.
    2. Non perorangan:
      - a. hasil konferensi kematian; dan
      - b. hasil konferensi klinis;
  - b. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain :
    1. kompetensi klinis;
    2. penatalaksanaan kasus medis;
    3. pelanggaran disiplin profesi;
    4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit; dan
    5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.
  - c. Pemeriksaan:
    1. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
    2. melalui proses pembuktian;
    3. dicatat oleh petugas sekretariat komite medik;
    4. terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
    5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
    6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia;

- d. Keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit. Apabila terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM melalui Komite Medik.
  - e. Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi di rumah sakit berupa:
    - 1. peringatan tertulis;
    - 2. limitasi (reduksi) kewenangan klinis;
    - 3. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut; dan
    - 4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.
  - f. Keputusan Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.
- (5) Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja Rumah Sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medik.
- (6) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Bagian Ketiga  
Rapat-Rapat  
Rapat Rutin  
Pasal 63

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadual yang diselenggarakan Komite Medik yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Komite Medik dengan Direktur Rumah Sakit, Satuan Pengawas Internal (SPI) dan Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di RSUD Dr.H.Bob Bazar,SKM.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit sepuluh kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Ketua Komite Medik.
- (4) Sekretaris Komite Medik menyampaikan undangan kepada setiap anggota Komite Medik, Direktur, Satuan Pengawas Internal (SPI) dan pihak lain yang ditentukan untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan, undangan dapat menggunakan media elektronik yang sudah disetujui oleh Direktur.

- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan :
  - a. 1 (satu) salinan agenda;
  - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
  - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

#### Rapat khusus

##### Pasal 64

- (1) Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Medik untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Komite Medik mengundang untuk rapat khusus dalam hal :
  - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
  - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit sepertiga anggota Komite Medik.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Komite Medik kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan, undangan dapat menggunakan media elektronik yang sudah disetujui oleh Direktur.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Komite Medik sebagaimana diatur dalam ayat (2) butir b di atas, harus diselenggarakan paling lambat 24 (dua puluh empat jam) setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

#### Rapat Tahunan

##### Pasal 65

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Medik setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan tentang mutu pelayanan medik, audit medis, pengawasan serta etika dan disiplin profesi medis di RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM.
- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Komite Medik menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM., termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

#### Undangan Rapat

##### Pasal 66

Setiap rapat dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Komite Medik yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

## Peserta Rapat

### Pasal 67

Setiap rapat rutin, selain dihadiri oleh anggota Komite Medik, Direktur, Satuan Pengendalian Intern (SPI) dan / perwakilannya juga dihadiri oleh Kepala KSM, dan pihak lain yang ditentukan di lingkungan RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM dan/atau di luar lingkungan RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM apabila diperlukan.

## Risalah Rapat

### Pasal 68

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Komite Medik menjadi tanggung jawab Sekretaris Komite Medik.
- (2) Risalah rapat Komite Medik harus disahkan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Komite Medik yang hadir.

## Stempel Komite Medik

### Pasal 69

- (1) Setiap dokumen yang akan dibubuhi Stempel Komite Medik adalah yang menyangkut hal-hal yang diputuskan oleh Komite Medik seperti yang tercantum dalam tugas dan fungsi Komite Medik.
- (2) Penggunaan Stempel oleh Ketua pada saat diantara dua rapat Dewan Pengawas sebagaimana tercantum pada ayat (1) diatas harus dilaporkan pada rapat Dewan Pengawas berikutnya untuk memperoleh pengakuan.
- (3) Setiap dokumen yang menggunakan Stempel Komite Medik harus ditandatangani oleh sekurangnya dua orang anggota Komite Medik.

## Komite Keperawatan

### Pasal 70

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

### Pasal 71

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM.
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. sub-komite.

- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan terbagi dalam Sub-komite.

#### Pasal 72

- (1) Ketua Komite Organisasi Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD.
- (2) Sekretaris dan Sub-Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM.

#### Tugas Komite Keperawatan

##### Pasal 73

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur Rumah Sakit dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi sebagai berikut :
  - a. Penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
  - b. Penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
  - c. Pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;
  - d. Penggalan inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
  - e. Penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki; dan
  - f. Penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

#### Wewenang Komite Keperawatan

##### Pasal 74

Komite Keperawatan berwenang sebagai berikut :

- a. membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (panitia ad hoc) secara mandiri maupun bersama bidang keperawatan;
- b. mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
- c. mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- d. membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir; dan
- e. memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

## Sub-Komite Keperawatan

### Pasal 75

- (1) Ketua Sub-Komite ditetapkan oleh Direktur RSUD berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub-Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas :
  - a. sub-komite kredensial;
  - b. sub-komite mutu profesi; dan
  - c. sub-Komite Etik dan Disiplin Profesi.

## Sub-Komite Kredensial

### Pasal 76

- (1) Sub-Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 61 ayat (2) huruf a mempunyai tugas ;
  - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
  - b. menyusun buku putih;
  - c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
  - d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
  - e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
  - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun;
  - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada ketua komite keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub-Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya tim ad hoc, kepada semua komite keperawatan.

### Pasal 77

- (1) Sub-Komite Mutu Profesi mempunyai tugas :
  - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan professional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit asuhan keperawatan; dan
  - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya Sub-Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat mengusulkan dibentuknya tim add hoc kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

## Pasal 78

- (1) Sub-Komite Etik dan Disiplin Profesi mempunyai tugas sebagai berikut :
  - a. Melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. Melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
  - d. Merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
  - e. Merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis; dan
  - f. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Untuk menindaklanjuti rekomendasi dari Sub-Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), komite keperawatan membentuk tim ad hoc baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja tim ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

## Komite Etik Dan Hukum

### Pasal 79

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk guna membantu Direktur untuk mensosialisasikan kewajiban rumah sakit kepada semua unsur yang ada di rumah sakit meliputi kewajiban umum rumah sakit, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap staf, menyelesaikan masalah medikolegal dan etika rumah sakit serta melakukan koordinasi dengan Bagian Hukum dan HAM Sekretariat Daerah dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk oleh Pemerintah Daerah dalam menyelesaikan masalah medikolegal.
- (2) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang.
- (4) Dalam melaksanakan tugas Komite Etik dan Hukum berfungsi :
  - a. Menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi medikoetikolegal, baik internal maupun eksternal RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM;
  - b. Menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM; dan
  - c. Menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM.
- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (4) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

## Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI)

### Pasal 80

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai tugas:
  - a. Memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - b. Menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) rumah sakit;
  - c. Melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim pencegahan dan pengendali Infeksi Rumah Sakit;
  - d. Merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
  - e. Membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi
  - f. Melaksanakan pemantauan terhadap upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
  - g. Memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa rumah sakit; dan
  - h. Menerima laporan atas kegiatan tim PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktur.
- (3) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Wakil Direktur.

## Komite Farmasi Dan Terapi

### Pasal 81

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas sebagai berikut :
  - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
  - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
  - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
  - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam rumah sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
  - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
  - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus; dan

- g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
  - (4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang.

#### Sub Komite

#### Pasal 82

- (1) Sub Komite adalah kelompok kerja khusus yang bertugas membantu pelaksanaan tugas-tugas Klinik Bidang Medis.
- (2) Sub Komite dibentuk sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
- (3) Sub Komite kepengurusannya ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur.
- (4) Keanggotaan Sub Komite terdiri dari anggota tetap Kelompok Staf Medis dan tenaga lain secara ex officio.
- (5) Susunan Kepengurusan Sub Komite terdiri dari :
  - a. ketua merangkap anggota;
  - b. sekretaris merangkap anggota;
  - c. anggota.
- (6) Tata Kerja Sub Komite :
  - a. sub komite membuat kebijakan, program dan prosedur operasional;
  - b. sub komite membuat laporan berkala dan laporan tahunan kepada komite medik, dimana laporan tahunan berisi evaluasi kegiatan dan rencana kegiatan berikutnya;
  - c. sub komite mempunyai masa kerja, sama dengan periode masa kerja komite medik;
  - d. biaya operasional sub komite dibebankan pada anggaran penerimaan fungsional rumah sakit.
- (7) Sub Komite-Sub Komite yang ada di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM terdiri dari
  - a. Sub Komite Etika, Kredensial dan Disiplin Pofesi
  - b. Sub Komite Pengendalian Infeksi Nosokomial (belum ada)
  - c. Sub Komite Farmasi dan Terapi
  - d. Sub Komite Perbaikan Rekam Medik
  - e. Sub Komite Transfusi Darah
- (8) Jumlah Sub Komite dapat ditambah atau dikurangi sesuai dengan kebutuhan.

BAB VI  
BIDANG PENUNJANG MEDIS  
Pasal 83

- (1) Tugas Kepala Bidang Penunjang Medik adalah sebagai berikut :
  - a. menyusun rencana dan program kerja bidang;
  - b. mengkoordinasikan rencana dan program kerja bidang;
  - c. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - d. mengkoordinasikan para kepala seksi;
  - e. membimbing dan memberikan petunjuk kepada kepala seksi dan bawahan;
  - f. mengkoordinasikan kegiatan dan pemeliharaan peralatan kesehatan, diagnostik (laboratorium dan radiologi), farmasi, gizi, sterilisasi dan optik;
  - g. mengevaluasi kegiatan hasil kerja dan laporan untuk bahan perencanaan berikutnya;
  - h. melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - i. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - j. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - k. melaporkan hasil pelaksanaan tugas baik secara lisan maupun tertulis kepada direktur.
- (2) Tugas Kepala Seksi Kualitas / Alat Penunjang adalah sebagai berikut :
  - a. menyusun rencana dan program kerja seksi;
  - b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
  - c. menyusun dan melaksanakan standar prosedur operasional (spo) tentang pemeliharaan dan sterilisasi alat kesehatan;
  - d. menyusun, menyiapkan dan melaksanakan standar prosedur operasional (spo) tentang penunjang diagnostik (laboratorium dan radiologi), optik, farmasi dan gizi;
  - e. menyusun program pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan pengelolaan diagnostik, optik, instalasi farmasi dan unit gizi;
  - f. melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - g. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - h. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - i. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bidang.
- (3) Tugas Kepala Seksi Pengembangan Sarana Penunjang adalah sebagai berikut :
  - a. menyusun rencana dan program kerja seksi;
  - b. memberikan petunjuk kepada bawahan;

- c. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
- d. menyusun, menyiapkan dan melaksanakan standar prosedur operasional (spo) kegiatan terhadap kebersihan, kenyamanan, laundry dan sanitasi rumah sakit;
- e. menyusun program pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian sarana dan prasarana alat kesehatan;
- f. melaksanakan pengawasan terhadap kebersihan, kenyamanan, laundry dan sanitasi rumah sakit;
- g. melaksanakan sistem pengendalian intern;
- h. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
- i. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- j. melaporkan hasil pelaksanaan kepada kepala bidang.

BAB VII  
BIDANG PELAYANAN MEDIS

Pasal 84

- (1) Tugas Kepala Bidang Pelayanan Medik adalah sebagai berikut :
  - a. menyusun rencana dan program kerja bidang;
  - b. mengkoordinasikan rencana dan program kerja bidang;
  - c. mengkoordinasikan para kepala seksi;
  - d. memberi petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
  - e. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - f. melaksanakan penerapan mekanisme pengaturan dan pengelolaan kegiatan pelayanan medik;
  - g. menyusun rencana kebutuhan sumber daya berupa sarana prasarana, tenaga, peralatan medis dan kebutuhan lainnya;
  - h. mengkoordinasikan pelaksanaan pelayanan medis di instalasi terkait;
  - i. mengkoordinasikan penyusunan dan mengawasi pelaksanaan *medical staf by laws*;
  - j. mengkoordinasikan instalasi terkait lainnya untuk memberikan informasi/penjelasan dan meminta persetujuan (*informed consent*) atas tindakan medis yang dilaksanakan;
  - k. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahannya;
  - l. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - m. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada direktur.
- (2) Tugas Kepala Seksi Fasilitas Pelayanan Medis adalah sebagai berikut :

- a. menyusun rencana dan program kerja bawahan;
- b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
- c. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
- d. menyusun dan menyiapkan standar prosedur operasional (SPO) tentang standar tenaga, standar sarana prasarana sebagai pedoman dan bimbingan pelaksanaan program;
- e. melaksanakan koordinasi dalam penyusunan kebutuhan sumber daya berupa sarana prasarana, tenaga, peralatan medis, bahan dan kebutuhan lainnya sesuai dengan strategi rumah sakit serta prosedur dan peraturan yang berlaku;
- f. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan penggunaan serta pemeliharaan dan sterilisasi alat kesehatan;
- g. merencanakan kebutuhan pemeliharaan dan sterilitas peralatan kesehatan;
- h. melaksanakan pengelolaan kegiatan pemeliharaan dan sterilitas seluruh peralatan kesehatan yang dimiliki oleh rumah sakit;
- i. melaksanakan pemeliharaan sterilisasi ruang OK Rumah Sakit;
- j. mengkoordinasikan instalasi rawat jalan, rawat inap, IGD, bedah serta instalasi terkait lainnya untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan standar pelayanan dan kode etik profesi serta kode etik Rumah Sakit;
- k. mengkoordinasikan instalasi rawat jalan, rawat inap, IGD, bedah serta instalasi terkait lainnya untuk memberikan informasi dan meminta persetujuan kepada pasien / keluarga atas tindakan medis atau terapi yang akan diberikan pasien;
- l. melaksanakan penyusunan prosedur pelayanan medik;
- m. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
- n. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- o. melaporkan hasil pelaksanaan tugas baik secara lisan maupun tertulis kepada Kepala Bidang.

(3) Tugas Kepala Seksi SDM dan Mutu Pelayanan Medis adalah sebagai berikut :

- a. menyusun rencana dan program kerja bawahan;
- b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
- c. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
- d. menyusun dan menyiapkan standar prosedur operasional (spo) tentang standar tenaga, standar sarana sebagai pedoman dan bimbingan pelaksanaan program;
- e. mengkoordinasikan instalasi rawat jalan, rawat inap, igd, bedah serta instalasi terkait lainnya untuk melaksanakan pengembangan dan pengendalian mutu pelayanan medis;
- f. memantau, membimbing dan menilai pelaksanaan standar pelayanan medik;

- g. melaksanakan koordinasi dalam penyusunan pedoman pelaksanaan penerapan pengendalian mutu pelayanan medik;
- h. merencanakan program pendidikan dan pengembangan profesi;
- i. melaksanakan uji kompetensi dan memberikan orientasi tenaga baru maupun pindahan;
- j. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
- k. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- l. melaporkan hasil pelaksanaan tugas baik secara lisan maupun tertulis kepada kepala bidang.

BAB IX  
BIDANG KEPERAWATAN  
Pasal 85

- (1) Tugas Kepala Bidang Keperawatan adalah sebagai berikut :
- a. menyusun rencana dan program kerja bidang;
  - b. mengkoordinasikan rencana dan program kerja bidang;
  - c. memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
  - d. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - e. mengkoordinasikan pengaturan kegiatan pelayanan perawatan di seluruh instalasi terkait;
  - f. mengkoordinasikan rencana pelaksanaan dan evaluasi dan asuhan pelayanan keperawatan di instalasi rumah sakit;
  - g. mengadakan pemantauan pengawasan evaluasi dan mutu pelayanan asuhan keperawatan sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan;
  - h. menyusun rencana kebutuhan sumber daya berupa sarana prasarana, tenaga, peralatan keperawatan dan bahan kebutuhan lainnya;
  - i. menyiapkan, mengatur dan melakukan pengawasan serta evaluasi kebutuhan peralatan/logistik pelayanan dan asuhan keperawatan;
  - j. melaksanakan penerapan mekanisme pengaturan dan pengelolaan kegiatan pelayanan keperawatan;
  - k. menyusun dan menerapkan pelaksanaan standar prosedur operasional (spo) dan izin kerja tenaga perawat;
  - l. mengevaluasi kegiatan hasil kerja dan laporan untuk bahan perencanaan berikutnya;
  - m. melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - n. menilai prestasi kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - o. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan

BAB X  
HUBUNGAN-HUBUNGAN DALAM *HOSPITAL BY LAWS*  
Hubungan Direktur dengan Dewan Pengawas  
Pasal 86

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh Direktur.
- (2) Direktur bertanggung jawab kepada Pemilik melalui Dewan Pengawas.
- (3) Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan Rumah Sakit, dengan menetapkan kebijakan pelaksanaan, baik di bidang pelayanan medis, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan rumah sakit.
- (4) Keberhasilan rumah sakit tergantung dari pengurusan Direktur dan pembinaan serta pengawasan dan Bupati sebagai pemilik melalui Dewan Pengawas sehingga dalam pertanggungjawaban tugas dan kewajiban antara Pengelola dan Bupati sebagai Pemilik adalah bersifat tanggung renteng.

Hubungan Dewan Pengawas dengan Komite Medik  
Pasal 87

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Komite Medik untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan Visi, Misi, Falsafah dan Tujuan RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM.
- (2) Peran terhadap Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus-menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam Organisasi Komite Medik RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM.

Hubungan Direktur dengan Komite Medik  
Pasal 88

- (1) Komite Medik berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM.
- (2) Pelaksanaan tugas-tugas Komite Medik dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

## Hubungan Direktur dengan Satuan Pemeriksaan Intern (SPI)

### Pasal 89

- (1) Satuan Pemeriksaan Intern berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM.
- (2) Tugas pokok Satuan Pengendalian Intern adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur, baik itu pelayanan medis, dan non medis di rumah sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Satuan Pengendalian Intern berfungsi :
  - a. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan operasional; meliputi administrasi keuangan, administrasi pelayanan serta administrasi umum dan kepegawaian
  - b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian intern;
  - c. melakukan identifikasi risiko;
  - d. mencegah terjadinya penyimpangan;
  - e. memberikan konsultasi pengendalian internal;
  - f. melakukan hubungan dengan Eksternal Auditor;
- (4) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan (3) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.

## BAGIAN KEDUA

### PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK (*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

#### BAB XI

#### NAMA DAN TUJUAN ORGANISASI

##### Nama

##### Pasal 90

- (1) Nama organisasi kelompok Dokter dan Dokter Spesialis serta Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis yang berhak memberikan pelayanan medik di rumah sakit ini adalah Kelompok Staf Medik (KSM) RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM
- (2) Pengelompokan anggota KSM adalah berdasarkan keahlian dan/atau spesialisasi yang ada di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM, dengan keanggotaan sekurang-kurangnya 2 (dua) orang, apabila kurang dari 2 (dua) orang, maka bergabung di KSM spesialis lain.
- (3) Nama wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari Kelompok Staf Medik (KSM) dan/atau yang mewakili KSM secara tetap adalah Komite Medik RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM.

Tujuan  
Pasal 91

Tujuan dan pengorganisasian Kelompok Staf Medis (KSM) adalah agar Staf Medis di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap pelayanan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas, efisien dan bertanggung jawab.

Tanggung Jawab  
Pasal 92

Secara administratif manajerial, Kelompok Staf Medis (KSM) berada di bawah Direktur RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM, tetapi secara fungsional sebagai profesi, anggota Kelompok Staf Medis (KSM) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Komite Medik melalui Ketua KSM.

BAB XII  
PENGORGANISASIAN STAF MEDIS FUNGSIONAL

Struktur Organisasi  
Pasal 93

- (1) Anggota KSM dikelompokkan ke dalam masing-masing Kelompok Staf Medis (KSM) sesuai dengan profesi dan keahliannya, minimal dengan 2 (dua) orang anggota.
- (2) KSM yang ada di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM, adalah:
  - a. KSM Bedah Umum;
  - b. KSM Ilmu Penyakit Dalam;
  - c. KSM Ilmu Kesehatan Anak;
  - d. KSM Obstetri dan Ginekologi;
  - e. KSM Ortopedi;
  - f. KSM Anestesi;
  - g. KSM Radiologi;
  - h. KSM Penyakit Mata;
  - i. KSM Forensik Medikolegal dan Pulasara Jenazah;
  - j. KSM Rehabilitasi Medik;
  - k. KSM Paru;
  - l. KSM THT-KL;
  - m. KSM Patologi Klinik;
  - n. KSM Patologi Anatomi;
  - o. KSM Dokter Gigi Spesialis;
  - p. KSM Dokter Gigi; dan
  - q. KSM Dokter Umum.

- (3) Susunan Kepengurusan KSM bila mencukupi terdiri dari :
  - a. Ketua KSM merangkap anggota;
  - b. Sekretaris merangkap anggota;
  - c. Koordinator Pelayanan merangkap anggota;
  - d. Koordinator Pendidikan merangkap anggota; dan
  - e. Koordinator Penelitian dan Pengembangan merangkap anggota.
- (4) Masa bakti kepengurusan KSM adalah minimal 3 (tiga) tahun.

#### Ketua Kelompok Staf Medis

##### Pasal 94

- (1) Pemilihan calon Ketua KSM dilakukan dalam rapat pleno KSM dengan prosedur yang telah ditetapkan oleh Komite Medik.
- (2) Ketua KSM dipilih dan ditetapkan oleh Direktur dari minimal 2 (dua) orang calon yang diajukan.
- (3) Dalam menentukan pilihan dan penetapan Ketua KSM, Direktur dapat meminta pendapat dari Komite Medik.
- (4) Ketua KSM terpilih menjadi pengurus Komite Medik.
- (5) Tugas Ketua KSM adalah mengkoordinasikan semua kegiatan anggota KSM, menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja anggota KSM dengan rincian sebagai berikut :
  - a. Menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medis bidang administrasi/ manajerial, di bawah koordinasi Direktur, Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan dan bidang keilmuan (Standar Pelayanan Medis) di bawah koordinasi Komite Medik;
  - b. Mengevaluasi hasil indikator mutu klinis;
  - c. Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya;
- (6) Ketua KSM mempunyai kewenangan mengatur anggota KSM.

#### Sekretaris Kelompok Staf Medis

##### Pasal 95

- (1) Sekretaris dipilih oleh Ketua KSM dan anggota tetap KSM.
- (2) Sekretaris KSM bertugas membantu Ketua KSM dalam bidang administrasi dan manajerial.

#### BAB XIII

#### PENGANGKATAN DAN PENUGASAN STAF MEDIS FUNGSIONAL

##### Pengangkatan Staf Medis

##### Pasal 96

Direktur dapat mengangkat staf medis atas saran Komite Medik RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## Penugasan Staf Medis

### Pasal 97

- (1) Direktur menetapkan kriteria dan syarat-syarat penugasan setiap staf medis untuk suatu tugas atau jabatan klinis tertentu.
- (2) Kriteria dan syarat-syarat penugasan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan masukan dari Komite Medik.
- (3) Tenaga Medis yang telah mendapat penugasan di Rumah Sakit dapat bersatus sebagai dokter PNS, dokter kontrak (Non PNS) atau dokter tamu.
- (4) Jangka waktu penugasan tenaga medis kontrak adalah 1 (satu) tahun atau sekurang-kurangnya 14 (empat belas) hari yang ditetapkan oleh Direktur, dan dapat diperpanjang.
- (5) Jangka waktu penugasan tenaga medis yang berstatus PNS sampai dengan penugasan di Rumah Sakit berakhir, atau apabila terjadi kondisi sebagai berikut :
  - a. bila ijin praktek di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada; atau
  - b. bila kondisi fisik/mental tenaga medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan tindakan medis secara menetap; atau
  - c. bila tenaga medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelalaian, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana disarankan oleh Komite Medis.
- (6) Penugasan Klinis di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM pada seorang tenaga medis hanya dapat ditetapkan bila yang bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut:
  - a. memenuhi syarat sebagai tenaga medis berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam peraturan internal ini.
  - b. menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas rumah sakit dan bila diperlukan rekomendasi dari panitia kredensial.
  - c. mengambil segala tindakan yang diperlukan untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditangani di rumah sakit terpelihara dengan adekuat dan rekam medis dilengkapi dalam waktu 2 (dua) kali 24 jam.
  - d. memperhatikan segala permintaan rumah sakit sehubungan dengan tindakannya dengan mengacu pada ketentuan pelayanan yang berlaku.
  - e. mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, pasien, teman sejawat dan diri sendiri.
  - f. memperhatikan syarat-syarat praktek klinis yang berlaku di rumah sakit.

- (3) Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat memaparkan isi Rekam Medis tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Pemaparan isi Rekam Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan (3), sekurang-kurangnya memuat :
  - a. identitas pasien;
  - b. diagnosis akhir;
  - c. tindakan atau terapi yang diberikan; dan
  - d. keadaan pasien waktu pulang (pulang paksa, pulang perbaikan, atau meninggal dunia).

### Informasi Medis

#### Pasal 128

- (1) Pasien dapat meminta informasi medis atau penjelasan kepada Dokter yang merawat, sesuai dengan haknya.
- (2) Informasi medis atau penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai:
  - a. keadaan kesehatan pasien;
  - b. rencana terapi dan alternatifnya;
  - c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
  - d. prognosis;
  - e. kemungkinan komplikasi.

### Hak dan Kewajiban Dokter

#### Pasal 129

- (1) Hak dan kewajiban dokter yang dimaksud adalah hak dan kewajiban dokter sebagaimana yang diatur di dalam Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- (2) Hak dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut :
  - a. hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - b. hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - c. hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur;
  - d. hak menerima imbalan jasa.
- (3) Kewajiban Dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
  - a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis;
  - b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
  - c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;

- b. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu;
- c. menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

### Hak dan Kewajiban Pasien

#### Pasal 130

- (1) Hak-hak pasien yang dimaksud adalah hak-hak pasien sebagaimana yang diatur di dalam Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, yaitu:
  - a. mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan dilakukan, sekurang-kurangnya mencakup :
    - 1 diagnosis dan tata cara tindakan medis;
    - 2 tujuan tindakan medis yang dilakukan;
    - 3 alternatif tindakan lain dan risikonya;
    - 4 risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
    - 5 prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
  - b. meminta pendapat kedua dan dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis lain;
  - c. mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis;
  - d. menolak tindakan medis;
  - e. mendapatkan isi rekam medis, dalam bentuk "resume medis".
- (2) Kewajiban Pasien adalah sebagai berikut :
  - a. mentaati segala peraturan dan tata tertib di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM ;
  - b. mematuhi segala instruksi dokter dan perawat dalam pengobatannya;
  - c. memberikan informasi dengan jujur dan selengkapnyanya tentang penyakit yang diderita kepada dokter yang merawat;
  - b. melunasi semua imbalan atas jasa pelayanan rumah sakit dan/atau dokter;
  - c. mematuhi hal-hal yang telah disepakati/diperjanjikan.

### Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

#### Pasal 131

- (1) Hak Rumah Sakit adalah sebagai berikut :
  - a. membuat Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) dan Standar-standar yang berlaku dalam memberikan pelayanan medis kepada pasien;
  - b. mensyaratkan bahwa pasien harus mentaati segala peraturan yang berlaku di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM;
  - c. mensyaratkan bahwa pasien harus mentaati segala instruksi yang diberikan dokter kepadanya;

- d. memilih tenaga dokter yang akan bekerja di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM;
  - e. menuntut pihak-pihak yang telah melakukan *wanprestasi*, baik Pasien, Pihak Ketiga dan lain-lain.
- (2) Kewajiban Rumah Sakit adalah sebagai berikut:
- a. mematuhi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan peraturan kebijakan yang berlaku bagi RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM;
  - b. memberikan pelayanan kepada pasien tanpa diskriminasi;
  - c. merawat pasien sebaik-baiknya dengan tidak membedakan kelas perawatan;
  - d. menjaga mutu perawatan dengan tidak membedakan kelas perawatan;
  - e. memberikan pertolongan di instalasi rawat darurat tanpa meminta jaminan materi terlebih dahulu;
  - f. menyediakan sarana, prasarana dan peralatan yang dibutuhkan;
  - g. menjaga agar sarana, prasarana dan peralatan senantiasa dalam keadaan siap pakai;
  - h. merujuk pasien ke rumah sakit lain apabila tidak memiliki sarana, prasarana, dan peralatan serta tenaga yang diperlukan;
  - i. mengusahakan adanya sistem, sarana, dan prasarana pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
  - j. melindungi dokter dan tenaga lainnya dengan memberikan bantuan administrasi dan hukum bilamana dalam melaksanakan tugas ternyata petugas yang bersangkutan mendapat perlakuan tidak wajar atau tuntutan hukum dan pasien atau keluarganya;
  - k. mengadakan perjanjian tertulis dengan Dokter dan Dokter Spesialis serta Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja di RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM;
  - l. membuat Standar dan Prosedur tetap, baik untuk pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, maupun non medik.

## BAB XVIII

### AMANDEMEN/PERUBAHAN

#### Pasal 132

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Rumah Sakit dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Perubahan dapat dilakukan, apabila ada permohonan secara tertulis dan salah satu Pihak yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, yaitu Dewan Pengawas, Direktur dan Komite Medik.
- (3) Usulan untuk merubah sebagaimana dimaksud pada ayat (2), hanya dapat ditaksanakan apabila ada pemberitahuan tertulis dari salah satu pihak kepada pihak lainnya, yang disampaikan paling lambat 3 (tiga) minggu sebelumnya.
- (4) Perubahan dilakukan dengan melakukan *addendum* pada Peraturan Internal Rumah Sakit ini.

- (5) *Addendum* sebagaimana dimaksud pada ayat (4), merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Rumah Sakit ini.

Ketentuan Penutup

Pasal 133

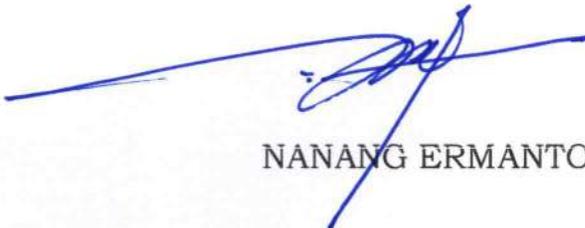
Pada Peraturan Bupati ini mulai berlaku, maka Peraturan Bupati Lampung Selatan Nomor 5.1 Tahun 2017 tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 134

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Kalianda  
pada tanggal *11 oktober* 2023  
BUPATI LAMPUNG SELATAN,



NANANG ERMANTO

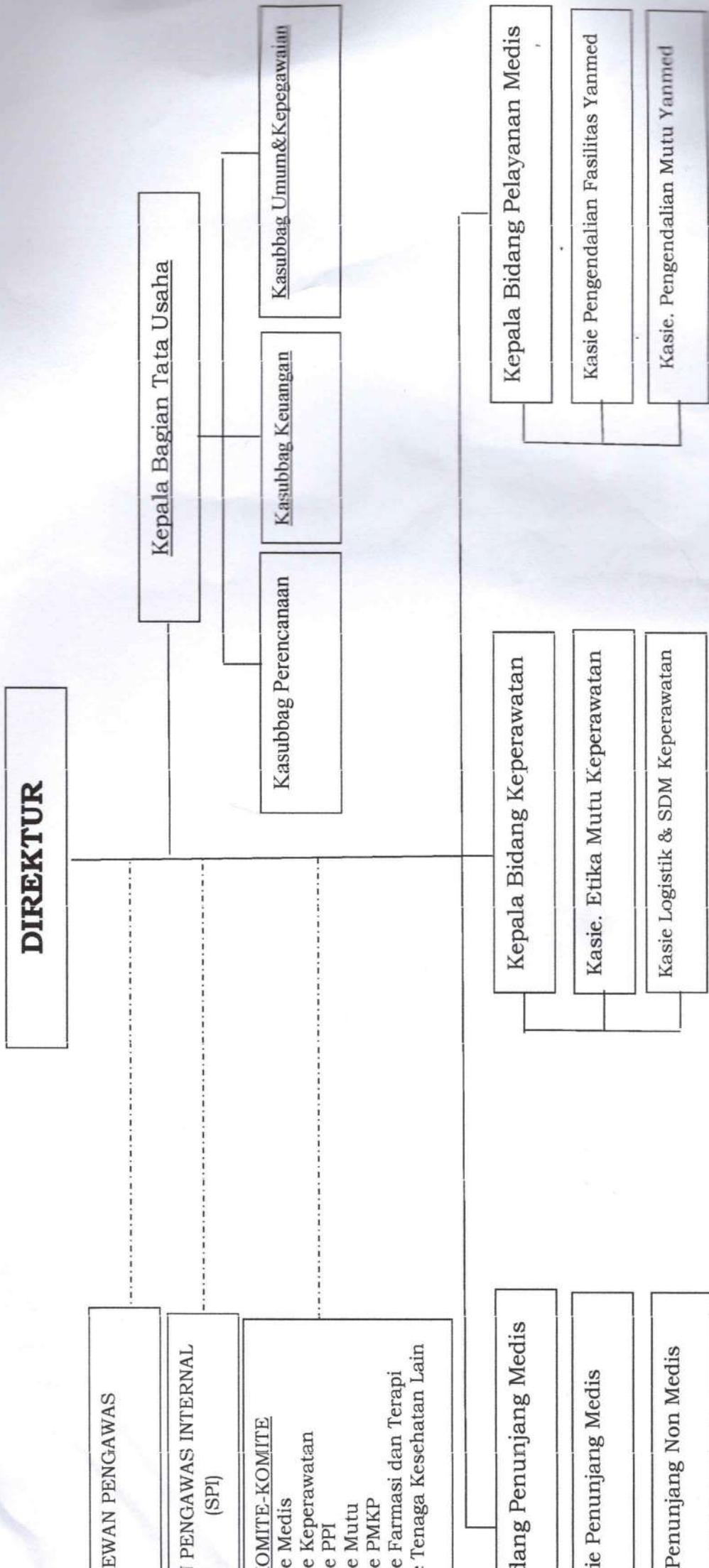
Diundangkan di Kalianda  
pada tanggal *11 oktober* 2023  
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN,



THAMRIN

BERITA DAERAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN TAHUN    NOMOR *344*.

# STRUKTUR ORGANISASI



KELOMPOK PENGAWAS

KOMITE PENGAWAS INTERNAL (SPI)

KOMITE-KOMITE  
 Komite Etik Medis dan Keperawatan  
 Komite Etik Instalasi  
 Komite Mutu  
 Komite Pengendalian Fasilitas Yanmed  
 Komite Pengendalian Mutu Yanmed  
 Komite Logistik & SDM Keperawatan

Kepala Bidang Pelayanan Medis

Kasie. Bidang Pelayanan Medis

Kasie. Pengendalian Fasilitas Yanmed  
 Kasie. Pengendalian Mutu Yanmed

Kepala Bidang Keperawatan  
 Kasie. Etik Mutu Keperawatan  
 Kasie Logistik & SDM Keperawatan

BUPATI LAMPUNG SELATAN,

ttd

NANANG BIRAHATI