



BUPATI SUMBAWA
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT

PERATURAN BUPATI SUMBAWA
NOMOR 130 TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMBAWA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SUMBAWA

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan karena itu rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan bermutu dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional, perlu ditetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit sebagai pedoman dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 69 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat II dalam Wilayah Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 122, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1655);
3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia

Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6577);
8. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara

Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);

14. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pedoman Pembentukan dan Klasifikasi Cabang Dinas dan Unit Pelaksana Teknis Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 451);
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 90 Tahun 2019 tentang Klasifikasi, Kodefikasi dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1447);
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);
22. Peraturan Daerah Kabupaten Sumbawa Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Sumbawa (Lembaran Daerah Kabupaten Sumbawa Tahun 2016 Nomor 12, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Sumbawa Nomor 641) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Sumbawa Nomor 2 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Kabupaten Sumbawa tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Sumbawa Tahun 2020 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Sumbawa Nomor 694);
23. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 37 Tahun 2014 tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa (Berita Daerah Kabupaten Sumbawa Tahun 2014 Nomor 37);
24. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 38 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Umum Daerah Sumbawa (Berita Daerah Kabupaten Sumbawa Tahun 2014 Nomor 38);

25. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 5 Tahun 2020 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Sumbawa (Berita Daerah Kabupaten Sumbawa Tahun 2020 Nomor 5);
26. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 94 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa (Berita Daerah Kabupaten Sumbawa Tahun 2020 Nomor 94);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMBAWA

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Sumbawa.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Sumbawa.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Sumbawa.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa adalah Rumah Sakit Umum Daerah Milik Pemerintah Kabupaten Sumbawa yang selanjutnya disebut RSUD Sumbawa.
6. Peraturan Internal adalah aturan dasar yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai Pemilik dengan Dewan Pengawas Pejabat Pengelola dan Staf Medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing;
7. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di RSUD Sumbawa.
8. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di RSUD Sumbawa.
9. Pemilik RSUD Sumbawa adalah Pemerintah Kabupaten Sumbawa.
10. Dewan Pengawas adalah dewan yang mewakili Pemilik, terdiri atas Ketua dan Anggota yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan RSUD Sumbawa yang dilakukan oleh pejabat pengelola dan memberikan nasihat kepada pejabat pengelola dalam menjalankan kegiatan pengelolaan RSUD Sumbawa.
11. Direktur adalah pimpinan tertinggi yaitu seseorang yang diangkat menjadi Direktur RSUD Sumbawa oleh Bupati.

12. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di RSUD Sumbawa terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
13. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan *medico etiko legal* 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 Bylaws*" dan "*Medical Staf Bylaws*", gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di RSUD Sumbawa.
14. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pengawasan internal di RSUD Sumbawa.
15. Staf Medis Fungsional yang selanjutnya disingkat SMF adalah kelompok dokter dan/ atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di RSUD Sumbawa.
16. Rapat Rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas, tidak termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
17. Rapat Tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas setiap tahun sekali.
18. Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas di luar jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan hal-hal yang dianggap khusus.
19. Dokter adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan di RSUD Sumbawa.
20. Dokter Tetap atau Dokter Purna Waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di RSUD Sumbawa.
21. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai RSUD Sumbawa, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di RSUD Sumbawa untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.
22. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorer adalah dokter, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga honorer di RSUD Sumbawa, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.
23. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis I yang selanjutnya disingkat PPDS I adalah dokter yang sedang mengikuti pendidikan Dokter Spesialis di RSUD Sumbawa.
24. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD Sumbawa atas usul Komite Medik.
25. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).

26. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur RSUD Sumbawa kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di RSUD Sumbawa berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
27. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
28. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
29. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
30. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
31. Pendidikan Sistem Magang adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di RSUD Sumbawa dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis dan juga tenaga administrasi, dimana Peserta Didik didampingi oleh tenaga klinis dan non klinis.

BAB II

NAMA, VISI DAN MISI, NILAI-NILAI DASAR, MOTTO, TUJUAN dan STRATEGI

Pasal 2

- (1) Nama rumah sakit ini adalah RSUD Sumbawa, milik Pemerintah Kabupaten Sumbawa
- (2) Visi RSUD Sumbawa adalah "Terwujudnya Sumbawa Gemilang Yang Berkeadaban"
- (3) Misi RSUD Sumbawa adalah:
 - a. meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia;
 - b. meningkatkan kualitas dan kapasitas sarana prasarana rumah sakit;
 - c. meningkatkan tatakelola keuangan melalui pemantapan implementasi Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah; dan
 - d. menyelenggarakan layanan kesehatan yang terjangkau.
- (4) Visi dan Misi RSUD Sumbawa sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (5) Visi dan Misi RSUD Sumbawa sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), direview secara berkala oleh Tim yang dibentuk dengan Keputusan Direktur.
- (6) Visi dan Misi RSUD Sumbawa diumumkan ke publik oleh Kepala Bagian Tata Usaha RSUD Sumbawa melalui fasilitas yang dimiliki.
- (7) Nilai-nilai Dasar RSUD Sumbawa adalah sikap kerja pegawai rumah sakit dalam melaksanakan tugas didasarkan atas nilai kerjasama, transparan, bertanggungjawab dan ikhlas.
- (8) Motto RSUD Sumbawa yaitu "Bekerja Sebagai Ibadah dan Ikhlas Dalam Pelayanan".

(9) Tujuan RSUD Sumbawa adalah :

- a. meningkatnya kinerja layanan sesuai standar pelayanan;
- b. menurunnya kejadian infeksi nosocomial;
- c. menurunnya tingkat intensitas pemakaian sarana prasarana;
- d. meningkatnya sarana prasarana rumah sakit;
- e. meningkatnya pengelolaan keuangan yang efektif dan efisien dalam rangka transparansi dan keterjangkauan;
- f. meningkatnya pelayanan administrasi perkantoran;
- g. terlayannya seluruh pasien dengan biaya terjangkau sesuai dengan tingkat sosial ekonomi.

(10) Strategi RSUD Sumbawa adalah :

- a. memberikan pelayanan yang bermutu sesuai standar;
- b. melaksanakan pendidikan, pelatihan, *inhouse training* secara berkelanjutan dan merata;
- c. melaksanakan pengembangan standar pelayanan;
- d. peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dengan berorientasi pada *patient safety* melalui penyediaan sarana prasarana rumah sakit yang memadai sesuai dengan standar rumah sakit;
- e. melaksanakan inventarisasi sarana prasarana;
- f. menyediakan master plan / *Detail Engineering Design* rumah sakit;
- g. melaksanakan pembangunan rumah sakit;
- h. meningkatkan kapasitas jumlah tempat tidur;
- i. meningkatkan alat kesehatan sesuai kebutuhan;
- j. menyediakan pelayanan mobil jenazah;
- k. meningkatkan dan memantapkan system pengelolaan keuangan secara akuntabel, transparan, efektif dan efisien;
- l. menerapkan laporan keuangan secara transparan berdasarkan ketentuan Badan Layanan Umum Daerah;
- m. melaksanakan pengawasan dan pengendalian;
- n. menerapkan perhitungan *unit cost* dan penyesuaian tarif rumah sakit yang proporsional.

BAB III

SEJARAH PENDIRIAN, KELAS, ALAMAT DAN LOGO

Pasal 3

(1) Sejarah Pendirian RSUD Sumbawa sebagai berikut :

RSUD Sumbawa adalah rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Sumbawa. Sejarah berdirinya RSUD Sumbawa secara singkat dapat diuraikan, bahwa RSUD Sumbawa berdiri sejak tahun 1950 yang berlokasi di Jalan Garuda Nomor 5 Sumbawa Besar seluas area 8.120 m² dengan batas-batas sebagai berikut :

- sebelah utara : pusat perdagangan
- sebelah selatan : pusat pendidikan

- sebelah timur : perkantoran
- sebelah barat : lingkungan dan pemukiman penduduk

Sejalan dengan perkembangan dan tuntutan masyarakat terhadap peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit, dilakukan pengembangan layanan berlokasi di Jalan Sultan Kaharuddin Desa Kerato Kecamatan Unter Iwes Kabupaten Sumbawa dengan luas lahan 9 hektar. Pada tahun 1993 RSUD Sumbawa ditetapkan sebagai rumah sakit Type C berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 209/Menkes/SK/II/1993 tanggal 26 Februari 1993 tentang Persetujuan Peningkatan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa Besar Milik Pemerintah Daerah Tk. II Kabupaten Sumbawa, dari Kelas D menjadi Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C.

Kinerja pelayanan RSUD Sumbawa terus ditingkatkan, pada tahun 2009 terakreditasi secara nasional terhadap 5 (lima) standar pelayanan dengan status Akreditasi Penuh Tingkat Dasar berdasarkan Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit Nomor YM.01.10/III/160/09 tanggal 16 Januari 2009 yang meliputi administrasi manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan dan rekam medis. Selanjutnya pada tahun 2018 RSUD Sumbawa terakreditasi Tingkat Madya dengan sertifikat akreditasi Nomor KARS-SERT/1012/I/2018 tanggal 10 Januari 2018.

Izin operasional rumah sakit berdasarkan Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Nomor 856 Tahun 2018 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Tipe C, Izin Operasional Nomor 03022200430550001 tanggal 24 Februari 2022, dan akan diperpanjang setiap lima tahun. Berdasarkan Surat Keputusan Bupati Sumbawa Nomor 977 Tahun 2014 tentang Persetujuan Penerapan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa, RSUD Sumbawa menerapkan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah. RSUD Sumbawa terus berupaya melakukan pembenahan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

Dalam peraturan Bupati Sumbawa Nomor 94 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa, bahwa RSUD Sumbawa sebagai unit organisasi yang bersifat khusus, mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

- (2) Kelas RSUD Sumbawa adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C;
- (3) Alamat RSUD Sumbawa yaitu Jl. Sultan Kaharuddin Desa Kerato Kecamatan Unter Iwes Kabupaen Sumbawa;
- (4) Logo RSUD Sumbawa sebagai berikut :



Perisai

Perisai berbentuk seperti Perisai Pancasila, mewujudkan lambang perjuangan dan perlindungan serta menggambarkan jiwa kepahlawanan yang berdasarkan Pancasila sebagai kepribadian asli Bangsa Indonesia

Bintang

Bintang persegi lima, melambangkan rasa Ketuhanan Yang Maha Esa dari masyarakat Kabupaten Sumbawa.

Kubah

Kubah, melambangkan pandangan hidup keagamaan dari penduduk Kabupaten Sumbawa yang teguh, patuh serta taat melaksanakan Perintah Agamanya.

Padi dan Katub Kapas

Padi dan Katub Kapas, melambangkan Struktur Pemerintah Wilayah kecamatan dan desa/kelurahan.

Menjangan

Menjangan, menggambarkan Binatang (Fauna) spesifik yang terindah di Daerah Kabupaten Sumbawa dan melambangkan keterampilan/ketangkasan dalam gerak pembangunan.

Pita

Pita bertuliskan "Samawa" mengungkapkan nama asli Kabupaten Sumbawa.

Pohon beriiin berakar lima

Pohon beringin berakar lima, mengambil pengertian dari tambo penduduk Sumbawa. Tambo itu melukiskan proses sejarah kebudayaan penduduk suku Sumbawa, Taliwang dan Serang yang berpusat di Sumbawa Besar serta mewujudkan keunikan dan percampuran daerah suku Sumbawa asli dengan Mojopahit, Bugis, Makasar dan Banjar yang diwujudkan dalam akar lima.

BAB IV**KEDUDUKAN RUMAH SAKIT****Pasal 4**

- (1) RSUD Sumbawa adalah fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah Daerah dengan karakteristik dan organisasi yang bersifat khusus.
- (2) Sebagai unit organisasi yang bersifat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Sumbawa memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
- (3) RSUD Sumbawa dipimpin oleh seorang Direktur yang merupakan seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumaha-sakitan.
- (4) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bertindak juga sebagai pemimpin BLUD.
- (5) Direktur bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.
- (6) Pertanggungjawaban sebagaimana dimaksud ayat (5) dilaksanakan melalui penyampaian laporan pelaksanaan pengelolaan keuangan, dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian rumah sakit.

- (7) Penyampaian laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V

TUGAS DAN FUNGSI RUMAH SAKIT

Pasal 5

- (1) RSUD Sumbawa mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
- (2) Dalam melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar pelayanan, RSUD Sumbawa menyelenggarakan fungsi :
 - a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan RSUD;
 - b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
 - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
 - d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;
 - e. pelaksanaan administrasi RSUD; dan
 - f. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

BAB VI

KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH DAERAH

Bagian Kesatu

Kewenangan Pemerintah Daerah

Pasal 6

Dalam pengelolaan RSUD Sumbawa, Pemerintah Daerah memiliki kewenangan:

- a. menetapkan aturan RSUD Sumbawa;
- b. mengangkat dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
- d. mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang disetujui oleh Dewan Pengawas; dan
- e. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua
Tanggung Jawab Pemerintah Daerah
Pasal 7

Dalam Pengelolaan RSUD Sumbawa, Pemerintah Daerah memiliki tanggung jawab :

- a. membina dan mengawasi atas penyelenggaraan pengelolaan RSUD Sumbawa agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab;
- b. menutup defisit anggaran rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen;
- c. ikut menanggung resiko atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/ atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit; dan
- d. ikut menanggung resiko atas terjadinya kerugian pihak lain termasuk pasien, akibat kelalaian dan/ atau kesalahan pengelolaan Rumah Sakit.

BAB VII
PENGORGANISASIAN RUMAH SAKIT DAN STRUKTUR ORGANISASI

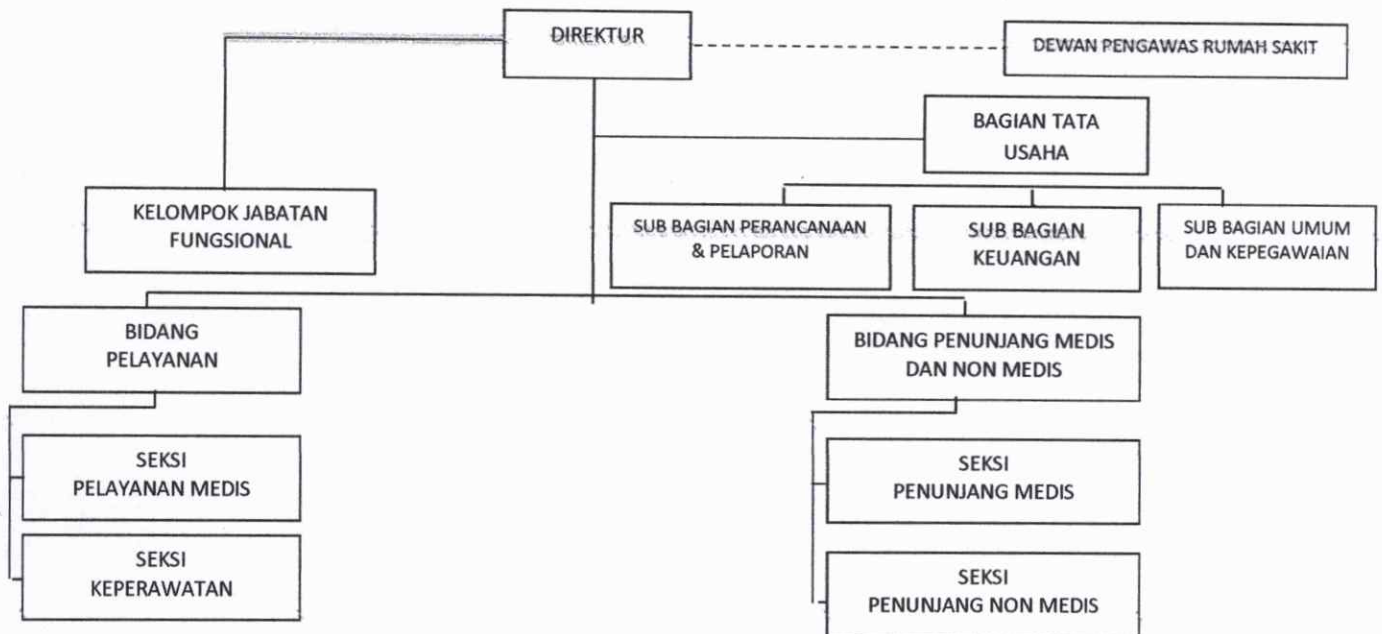
Bagian Kesatu
Pengorganisasian Rumah Sakit
Pasal 8

- (1) Susunan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah, terdiri atas :
 - a. Unsur Pimpinan adalah Direktur
 - b. Unsur Pembantu Pimpinan adalah Bagian Tata Usaha terdiri atas :
 1. Subbagian Perencanaan dan Pelaporan;
 2. Subbagian Keuangan; dan
 3. Subbagian Umum dan Kepegawaian
 - c. Unsur Pelaksana adalah Bidang terdiri atas:
 1. Bidang Pelayanan terdiri atas :
 - a. Seksi Pelayanan Medis; dan
 - b. Seksi Keperawatan
 2. Bidang Penunjang Medis dan Non Medis terdiri atas:
 - a) Seksi Penunjang Medis; dan
 - b) Seksi Penunjang Non Medis.
 - d. Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari :
 1. Komite-komite;
 2. Staf Medik Fungsional;
 3. Satuan Pengawas Internal;
 4. Instalasi-instalasi;
 5. Unit-unit; dan

6. Kelompok Jabatan Fungsional.

Bagian Kedua Struktur Organisasi Pasal 9

Struktur organisasi RSUD Sumbawa sebagai berikut :



BAB VIII DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Pembentukan Dewan Pengawas Pasal 10

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (2) Dewan Pengawas dibentuk untuk melakukan pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (3) Pembentukan Dewan Pengawas hanya dapat dilakukan oleh BLUD yang memiliki realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir atau nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir.
- (4) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang atau paling banyak 5 (lima) orang sesuai dengan nilai jumlah aset dan/atau omset RSUD Sumbawa dan seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (5) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur :
 - a. Pejabat Satuan Kerja Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. Pejabat Satuan Kerja Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
 - c. Tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD;
- (6) Tenaga ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional, atau perguruan tinggi yang memahami tugas

fungsi, kegiatan dan layanan BLUD.

- (7) Anggota Dewan Pengawas dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas pada 3 (tiga) BLUD).
- (8) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola diangkat, kecuali untuk pengangkatan pertama kali pada saat penetapan status Rumah Sakit sebagai BLUD.
- (9) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu :
 - a. Sehat jasmani dan rohani;
 - b. Memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur perilaku baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - c. Memahami penyelenggaraan pemerintah daerah;
 - d. Memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD;
 - e. Menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f. Berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
 - g. Berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
 - h. Tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah yang menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
 - i. Tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - j. Tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah, dan/ atau calon anggota legislatif.
- (10) Dilarang menjadi anggota Dewan Pengawas bagi :
 - a. Pejabat Pengelola RSUD Sumbawa; dan
 - b. Staf Medik dan Fungsional tertentu lainnya.

Bagian Kedua

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 11

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati karena :
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum berakhir masa jabatannya oleh Bupati berdasarkan penilaian kinerja melalui usulan Direktur.
- (5) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), apabila :
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;

- b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit; dan/atau
- d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
- e. mengundurkan diri; dan
- f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara dan/atau daerah.

Bagian Ketiga

Ketua Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usul Direktur Rumah Sakit;
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Bupati mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan sampai dengan selesainya masa jabatan atas usul Direktur Rumah Sakit;
- (3) Ketua Dewan Pengawas memiliki tugas :
 - a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
 - b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal (*Hospital Bylaws/Statuta*) RSUD Sumbawa melalui Rapat Dewan Pengawas;
 - c. bekerja sama dengan Pengelola Rumah Sakit untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas, dan apabila rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka Ketua Dewan Pengawas dapat memberikan wewenang kepada Direktur Rumah Sakit untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu; dan
 - d. melaporkan pada rapat rutin berikutnya mengenai tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial;

Bagian Keempat

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 13

- (1) Untuk kelancaran tugas Dewan Pengawas, Bupati dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas atas usulan Direktur RSUD Sumbawa dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertugas dalam menyelenggarakan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

BAB IX
TUGAS DAN WEWENANG DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu
Tugas Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas memiliki tugas :
- a. Memantau perkembangan kegiatan Pejabat Pengelola RSUD Sumbawa;
 - b. Menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan RSUD Sumbawa dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola RSUD Sumbawa;
 - c. Memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksaan eksternal pemerintah;
 - d. Memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - e. Memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai :
 1. Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 2. Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan RSUD Sumbawa; dan
 3. Kinerja RSUD Sumbawa.
- (2) Penilaian kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, diukur paling sedikit meliputi :
- a. Memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (*rentabilitas*);
 - b. Memenuhi kewajiban jangka pendeknya (*likuiditas*);
 - c. Memenuhi seluruh kewajibannya (*solvabilitas*); dan
 - d. Kemampuan penerimaa dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Penilaian kinerja non keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran dan pertumbuhan.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (5) Dewan Pengawas sewaktu-waktu dapat menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah, antara lain terkait dengan:
- a. penurunan kinerja BLUD RSUD Sumbawa;
 - b. pemberhentian pimpinan BLUD RSUD Sumbawa sebelum berakhirnya masa jabatan;
 - c. pergantian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas; dan
 - d. berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
- (6) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) ditandatangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas.

Bagian Ketiga
Wewenang Dewan Pengawas
Pasal 15

Dewan Pengawas memiliki wewenang :

- a. memeriksa buku-buku, surat-surat dan dokumen;
- b. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD Sumbawa dengan sepengetahuan Direktur RSUD Sumbawa sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- c. meminta pejabat pengelola dan/atau pejabat dengan sepengetahuan pembina RSUD Sumbawa untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
- d. mengajukan anggaran untuk keperluan tugas Dewan Pengawas;
- e. mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen lainnya jika diperlukan;
- f. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- g. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
- h. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban RSUD Sumbawa;
- i. mengawasi keputusan penerapan etika RSUD Sumbawa, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
- j. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSUD Sumbawa; dan
- k. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal RSUD Sumbawa dengan sepengetahuan Direktur RSUD Sumbawa dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut.

BAB X
TATA KERJA DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu
Rapat Rutin
Pasal 16

- (1) Rapat rutin merupakan setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas, tidak termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di RSUD Sumbawa.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 10 (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, Pejabat Pengelola, Komite Medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas

sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:

- a. 1 (satu) salinan agenda;
- b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
- c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Bagian Kedua

Rapat Khusus

Pasal 17

- (1) Rapat khusus merupakan 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 2 (dua) orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (4) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (5) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Bagian Ketiga

Rapat Tahunan

Pasal 18

- (1) Rapat Tahunan merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional RSUD Sumbawa.
- (2) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dalam rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan RSUD Sumbawa, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Bagian Keempat

Undangan Rapat

Pasal 19

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

Bagian Kelima

Peserta Rapat

Pasal 20

Setiap rapat rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh Pejabat Pengelola, Komite Medik dan pihak lain yang ada di lingkungan RSUD Sumbawa atau dari luar lingkungan RSUD Sumbawa apabila diperlukan.

Bagian Keenam

Pejabat Ketua

Pasal 21

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka apabila 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.

Bagian Ketujuh

Kuorum

Pasal 22

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila kuorum terpenuhi.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 (dua per tiga) dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Apabila kuorum tidak terpenuhi dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat hari dan jam yang sama minggu berikutnya.
- (4) Apabila kuorum tidak juga terpenuhi dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Bagian Kedelapan

Risalah Rapat

Pasal 23

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan/ditandatangani oleh ketua Dewan Pengawas dalam waktu paling lama 14 (empat belas) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut yang berupa rekomendasi agar dilaksanakan oleh RSUD Sumbawa.

Bagian Kesembilan

Pemungutan Suara

Pasal 24

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau apabila 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.

Bagian Kesepuluh

Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 25

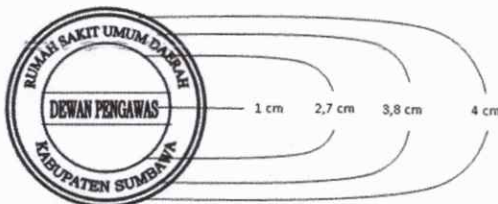
- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal (*Hospital Bylaws/Statuta*) 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

Bagian Kesebelas

Cap

Pasal 26

Cap Dewan Pengawas berbentuk seperti gambar berikut:



Bagian Keduabelas

Peran Dewan Pengawasa Terhadap Staf Medis Fungsional

Pasal 27

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan SMF untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan Visi, Misi dan Tujuan RSUD Sumbawa.
- (2) Peran terhadap SMF 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 melalui Subkomite Kredensial, Subkomite Mutu Profesi dan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

Bagian Ketigabelas
Biaya Dewan Pengawas

Pasal 28

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pegawai dibebankan pada BLUD dan dimuat dalam RBA.

BAB XI
PEJABAT PENGELOLA DAN PEGAWAI

Pasal 29

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola RSUD Sumbawa ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu memiliki kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh pejabat pengelola berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
- (3) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kepentingan RSUD Sumbawa untuk meningkatkan kinerja keuangan dan non keuangan berdasarkan kaedah-kaedah manajemen yang baik.
- (4) Pejabat Pengelola dan Pegawai RSUD Sumbawa dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil dan/atau Non Pegawai Negeri Sipil yang profesional sesuai dengan kebutuhan.
- (5) Pejabat Pengelola dan Pegawai RSUD Sumbawa yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana ayat (4), dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (6) Pengangkatan dan pemberhentian Pejabat Pengelola dan Pegawai RSUD Sumbawa berasal dari Pegawai Negeri Sipil disesuaikan dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (7) Pengangkatan dan pemberhentian Pejabat Pengelola dan Pegawai RSUD Sumbawa yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.
- (8) Pengangkatan dan pemberhentian Pejabat Pengelola dan Pegawai RSUD Sumbawa yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil diatur lebih lanjut oleh Bupati.
- (9) Pejabat Pengelola RSUD Sumbawa terdiri atas seluruh pejabat struktural baik Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi maupun Kepala Subbagian pada Rumah Sakit yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada RSUD Sumbawa.
- (10) Pejabat Pengelola RSUD Sumbawa diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (11) Direktur RSUD Sumbawa bertanggungjawab terhadap operasional rumah sakit kepada Kepala Dinas.
- (12) Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis RSUD Sumbawa bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Sumbawa.
- (13) Komposisi Pejabat Pengelola RSUD Sumbawa dapat dilakukan perubahan,

baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

- (14) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Bupati.

BAB XII

TUGAS DAN FUNGSI PEJABAT PENGELOLA

Bagian Kesatu

Direktur

Pasal 30

- (1) Direktur mempunyai tugas memimpin penyelenggaraan RSUD.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direktur menyelenggarakan fungsi :
 - a. pembinaan, pengawasan dan pengendalian penyusunan rencana strategis (Renstra), akuntabilitas kinerja instansi pemerintah (AKIP) RSUD sesuai dengan rencana pembangunan jangka menengah daerah (RPJMD);
 - b. perumusan kebijakan, penyelenggaraan, pemantauan dan evaluasi, pembinaan dan pengembangan sumber daya manusia serta pengawasan pelayanan medis dan non medis serta pengelolaan sistem informasi;
 - c. pelaksanaan koordinasi dan pembinaan terhadap seluruh kegiatan RSUD yang meliputi Bagian Tata Usaha, Bidang Pembangunan dan Pengembangan, Bidang Layanan dan Rujukan;
 - d. pengoordinasian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
 - e. pelaksanaan koordinasi dengan instansi terkait tentang pelaksanaan kegiatan RSUD baik secara horizontal maupun vertikal;
 - f. penetapan kebijakan penyelenggaraan RSUD sesuai dengan kewenangannya;
 - g. penyelenggaraan tugas dan fungsi RSUD;
 - h. pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
 - i. pengoordinasian administrasi RSUD;
 - j. pelaksanaan evaluasi, pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan kebijakan, program dan kegiatan RSUD kepada Kepala Dinas;
 - k. pembinaan kelompok jabatan fungsional di bawah koordinasi RSUD; dan
 - l. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang dan tugasnya.

- (3) Dalam menyelenggarakan fungsinya, Direktur mempunyai tugas :
- a. menyusun dan merumuskan rencana kebijakan/strategi RSUD dalam rangka penerapan kebijakan Bupati dan kebijakan operasional RSUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program dan kegiatan penyelenggaraan pelayanan pencegahan, pengobatan, penyembuhan, pemulihan kesehatan, pelayanan rujukan serta pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan;
 - c. memimpin pelaksanaan program dan kegiatan RSUD;
 - d. memberikan petunjuk dan bimbingan teknis kepada para bawahan agar pelaksanaan tugas berjalan sesuai yang direncanakan dan diharapkan;
 - e. mengawasi, mengendalikan dan membina pelaksanaan tugas-tugas RSUD, agar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. mengevaluasi hasil kegiatan RSUD secara keseluruhan;
 - g. membuat laporan hasil kegiatan RSUD sebagai bahan informasi dan pertanggungjawaban kepada atasan;
 - h. melaksanakan koordinasi lintas sektor dalam rangka penerapan kebijakan; dan
 - i. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (4) Dalam melaksanakan tugas, Direktur mempunyai wewenang :
- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD agar lebih efisien dan produktivitas;
 - b. merumuskan penetapan kebijakan teknis BLUD serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh kepala daerah;
 - c. menyusun rencana strategis RSUD;
 - d. menyiapkan Rencana Biaya Anggaran (RBA);
 - e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Bupati sesuai dengan ketentuan;
 - f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundangan-undangan;
 - g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan BLUD yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggung-jawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada Bupati; dan
 - h. melaksanakan tugas lainnya yang ditetapkan oleh Bupati sesuaidengan kewenangannya.
- (5) Evaluasi/penilaian kinerja Direktur RSUD Sumbawa dilakukan oleh Bupati paling sedikit 1 (satu) kali dalam setahun.
- (6) Direktur RSUD Sumbawa yang merupakan aparatur sipil negara menjadi

pejabat kuasa pengguna anggaran/barang daerah.

- (7) Dalam hal Direktur RSUD Sumbawa sebagaimana dalam ayat (6) berasal dari non aparatur sipil negara, pejabat keuangan RSUD Sumbawa wajib dari aparatur sipil negara yang merupakan pejabat kuasa pengguna anggaran/barang daerah.

Bagian Kedua

Bagian Tata Usaha

Pasal 31

- (1) Bagian Tata Usaha dipimpin oleh seorang Kepala Bagian yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas menyelenggarakan penyusunan perencanaan, pengelolaan keuangan serta urusan umum dan kepegawaian.
- (3) Kepala Bagian Tata Usaha dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), menyelenggarakan fungsi:
 - a. penyelenggaraan penyusunan perencanaan kegiatan bagian tata usaha;
 - b. penyelenggaraan pengelolaan administrasi perkantoran, administrasi keuangan dan administrasi kepegawaian;
 - c. pelaksanaan urusan umum dan perlengkapan, keprotokolan dan hubungan masyarakat;
 - d. penyelenggaraan ketatalaksanaan dan pengelolaan kearsipan;
 - e. penyelenggaraan pengadaan sarana dan prasarana RSUD;
 - f. pelaksanaan pemeliharaan sarana dan prasarana RSUD;
 - g. pengoordinasian, pembinaan, pengendalian, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan kegiatan unit kerja; dan
 - h. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Paragraf 1

Subbagian Perencanaan dan Pelaporan

Pasal 32

- (1) Subbagian Perencanaan dan Pelaporan dipimpin oleh seorang Kepala Subbagian yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Tata Usaha.
- (2) Kepala Subbagian Perencanaan dan Pelaporan mempunyai tugas melaksanakan kegiatan perencanaan dan pelaporan kegiatan RSUD.
- (3) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Subbagian Perencanaan dan Pelaporan mempunyai fungsi:
 - a. pelaksanaan penyusunan rencana dan program kerja RSUD;
 - b. penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis program perencanaan RSUD;

- c. penghimpunan dan pengelolaan data penyusunan program;
- d. pelaksanaan pengawasan dan evaluasi kegiatan perencanaan dan pelaporan; dan
- e. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 33

Rincian tugas Kepala Subbagian Perencanaan dan Pelaporan adalah sebagai berikut:

- a. menyusun rencana kerja Subbagian Perencanaan dan Pelaporan;
- b. menyusun rencana kerja dan program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang;
- c. menyusun rencana strategis BLUD;
- d. menyusun laporan akuntabilitas kinerja, laporan akhir tahun dan penyusunan bahan pendukung RUP, SiRUP, Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah, Laporan Keterangan Pertanggungjawaban dan pelaporan program kegiatan RSUD;
- e. membuat laporan hasil pelaksanaan tugas Subbagian Perencanaan dan Pelaporan; dan
- f. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Paragraf 2

Subbagian Keuangan

Pasal 34

- (1) Subbagian Keuangan dipimpin oleh seorang Kepala Subbagian yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Tata Usaha.
- (2) Kepala Subbagian Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), juga bertindak sebagai Pejabat Keuangan.
- (3) Kepala Subbagian Keuangan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan administrasi keuangan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Subbagian Keuangan mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan rencana kegiatan pengelolaan administrasi keuangan RSUD;
 - b. pelaksanaan pengelolaan administrasi keuangan RSUD;
 - c. pengoordinasian pelaksanaan tugas pengelolaan keuangan;
 - d. pelaksanaan pengawasan dan evaluasi dalam pengelolaan administrasi keuangan RSUD; dan
 - e. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 35

Rincian tugas Kepala Subbagian Keuangan adalah sebagai berikut:

- a. menyusun rencana kerja Subbagian Keuangan;
- b. melaksanakan kegiatan perbendaharaan, verifikasi dan pembukuan keuangan anggaran belanja langsung dan belanja tidak langsung;
- c. melaksanakan penyusunan laporan prognosis realisasi keuangan;
- d. melaksanakan penyusunan laporan keuangan semesteran;
- e. melaksanakan penyusunan laporan keuangan akhir tahun;
- f. melaksanakan pengawasan, evaluasi dan pelaporan kegiatan Subbagian Keuangan;
- g. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 36

- (1) Pejabat Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (2) dalam melaksanakan tugasnya mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab keuangan yang dalam pelaksanaannya dibantu oleh bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Subbagian Keuangan mempunyai rincian tugas sebagai berikut:
 - a. merumuskan kebijakan terkait pengelolaan keuangan RSUD;
 - b. mengoordinasikan penyusunan Rencana Biaya Anggaran;
 - c. menyiapkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran;
 - d. melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja;
 - e. menyelenggarakan pengelolaan kas;
 - f. melakukan pengelolaan utang, piutang, dan investasi;
 - g. menyusun kebijakan pengelolaan barang milik daerah yang berada dibawah penguasaannya;
 - h. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
 - i. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan; dan
 - j. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Paragraf 3

Subbagian Umum dan Kepegawairan

Pasal 37

- (1) Subbagian Umum dan Kepegawairan dipimpin oleh seorang Kepala Subbagian yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Tata Usaha.
- (2) Kepala Subbagian Umum dan Kepegawairan mempunyai tugas melaksanakan urusan umum dan pengelolaan administrasi kepegawairan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Subbagian Umum dan Kepegawairan mempunyai fungsi:

- a. Penyusunan rencana kegiatan urusan umum dan pengelolaan administrasi kepegawaian;
- b. Penyelenggaraan urusan umum dan pengelolaan administrasi kepegawaian;
- c. pelaksanaan pengawasan dan evaluasi kegiatan urusan umum dan pengelolaan administrasi kepegawaian; dan
- d. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 38

Rincian tugas Kepala Subbagian Umum dan Kepegawaian adalah sebagai berikut:

- a. melaksanakan urusan keprotokolan, hubungan masyarakat, penyiapan rapat-rapat dinas dan pendokumentasian kegiatan RSUD;
- b. melakukan pengelolaan kearsipan dan perpustakaan RSUD;
- c. melaksanakan urusan rumah tangga, ketertiban, keamanan dan kebersihan di lingkungan RSUD;
- d. melaksanakan pengadaan sarana dan prasarana RSUD;
- e. melaksanakan pemeliharaan dan perawatan kendaraan dinas, peralatan dan perlengkapan kantor dan aset lainnya;
- f. melaksanakan penyiapan rencana kebutuhan perlengkapan kantor;
- g. melaksanakan pengurusan pengadaan, penyimpanan, pendistribusian dan inventarisasi barang-barang inventaris;
- h. melaksanakan pengelolaan administrasi perkantoran;
- i. melaksanakan pengumpulan, pengelolaan, penyimpanan dan pemeliharaan data dan kartu kepegawaian di lingkungan RSUD;
- j. melaksanakan penyiapan dan pengusulan pegawai yang akan pensiun, serta pemberian penghargaan;
- k. melaksanakan penyiapan bahan kenaikan pangkat, Sasaran Kerja Pegawai, Daftar Urut Kepangkatan, sumpah/janji pegawai, gaji berkala dan peningkatan kesejahteraan pegawai;
- l. melaksanakan penyiapan pegawai untuk mengikuti pendidikan/pelatihan kepemimpinan, teknis dan fungsional;
- m. melaksanakan penyiapan rencana pegawai yang akan mengikuti ujian dinas;
- n. melaksanakan penyiapan bahan pembinaan kepegawaian dan disiplin pegawai;
- o. melaksanakan penyiapan bahan standar kompetensi pegawai, tenaga teknis dan fungsional;
- p. melakukan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan kegiatan Subbagian Umum dan Kepegawaian; dan
- q. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Bagian Ketiga
Bidang Pelayanan
Pasal 39

- (1) Bidang Pelayanan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Bidang Pelayanan mempunyai tugas melaksanakan kebijakan, mengoordinasikan dan mengendalikan pengelolaan pelayanan medis dan keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Pelayanan menyelenggarakan fungsi:
 - a. perumusan kebijakan teknis pengelolaan pelayanan kesehatan;
 - b. pelaksanaan pembinaan dan koordinasi dalam pengelolaan pelayanan kesehatan;
 - c. penyelenggaraan pengelolaan pelayanan kesehatan;
 - d. pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal RSUD dan memastikan layanan sesuai dengan standar operasional prosedur;
 - e. penyelenggaraan sistem kendali mutu dan biaya RSUD;
 - f. pelaksanaan akreditasi dan peningkatan mutu RSUD;
 - g. pengoordinasian pelaksanaan program dan kegiatan pelayanan penunjang pada instalasi rawat jalan, instalansi rawat inap, instalansi gawat darurat, ICU/ICCU, Instalasi Bedah Sentral, Pemulasaran Jenazah;
 - h. pengendalian dan evaluasi pelaksanaan pengelolaan pelayanan kesehatan; dan
 - i. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Paragraf 1
Seksi Pelayanan Medis
Pasal 40

- (1) Seksi Pelayanan Medis dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan.
- (2) Kepala Seksi Pelayanan Medis mempunyai tugas melaksanakan kebijakan pelayanan medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Pelayanan Medis mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan bahan perumusan kebijakan teknis pelayanan medis;
 - b. penyusunan bahan pembinaan, koordinasi dan fasilitasi dalam pelayanan medis;
 - c. penyelenggaraan pelayanan medis;
 - d. pengawasan dan evaluasi pelaksanaan pelayanan medis; dan

- e. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 41

Rincian tugas Kepala Seksi Pelayanan Medis adalah sebagai berikut:

- a. menyusun rencana kerja Seksi Pelayanan Medis;
- b. menyusun rencana kebutuhan tenaga dan sarana pelayanan medis;
- c. menyusun rencana kebutuhan dan operasional peralatan medik/nonmedik;
- d. menyusun rencana kebutuhan dan penggunaan peralatan habis pakai;
- e. menyusun rencana kebutuhan dan pemanfaatan sarana fisik alat kesehatan/kedokteran;
- f. menyusun rencana kebutuhan dan operasional *ambulance*;
- g. mengendalikan dan memantau pelaksanaan kegiatan pelayanan medis;
- h. mengoordinasikan penyelenggaraan pelayanan instalasi yang ada di bawahnya antara lain Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi/Unit Pemulasaran Jenazah;
- i. monitoring dan pengujian terhadap kelayakan penggunaan alat kesehatan/alat kedokteran;
- j. melaksanakan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan kegiatan Seksi Pelayanan Medis; dan
- k. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Paragraf 2

Seksi Keperawatan

Pasal 42

- (1) Seksi Keperawatan dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan.
- (2) Kepala Seksi Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan kebijakan teknis pengelolaan keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Keperawatan mempunyai fungsi:
 - a. perumusan kebijakan teknis pengelolaan keperawatan;
 - b. penyusunan perencanaan kegiatan di bidang keperawatan;
 - c. pelaksanaan pembinaan dan koordinasi dalam pengelolaan keperawatan;
 - d. penyelenggaraan pengelolaan kegiatan di bidang keperawatan;
 - e. pengendalian dan evaluasi pelaksanaan pengelolaan keperawatan; dan
 - f. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan sesuai

dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 43

Rincian tugas Kepala Seksi Keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. menyusun rencana kerja Seksi Keperawatan;
- b. menyusun rencana kebutuhan tenaga dan sarana pelayanan keperawatan;
- c. melakukan evaluasi kegiatan keperawatan;
- d. melaksanakan pembinaan, pengawasan dan monitoring pelaksanaan tindakan keperawatan;
- e. melaksanakan pembentukan kelompok gugus kendali mutu di bidang keperawatan;
- f. melaksanakan kegiatan diskusi gugus kendali mutu dan menyusun rencana kerja dan tindak lanjut hasil diskusi;
- g. melaksanakan pengawasan terhadap etika, mutu dan perilaku tindakan keperawatan;
- h. melaksanakan monitoring, evaluasi dan pelaporan kegiatan pembinaan etika dan mutu keperawatan; dan
- i. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Bagian Keempat

Bidang Penunjang Medis dan Non Medis

Pasal 44

- (1) Bidang Penunjang Medis dan Non Medis dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis mempunyai tugas mengoordinasikan dan mengendalikan penyusunan rencana kegiatan pelayanan penunjang medis dan non medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis menyelenggarakan fungsi:
 - a. penyusunan rencana kegiatan pelayanan penunjang medis dan non medis;
 - b. penyusunan rencana kebutuhan tenaga, sarana pelayanan penunjang serta pendidikan dan peningkatan kompetensi untuk tenaga kesehatan pelayanan penunjang;
 - c. pengoordinasian, pengarahan, mengendalikan dan memantau pelaksanaan kegiatan pelayanan penunjang;
 - d. pengoordinasian penyelenggaraan pelayanan instalasi yang ada di bawahnya antara lain Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium dan Unit Bank Darah Rumah Sakit (BDRS), Instalasi Farmasi, Instalasi/Unit Rehabilitasi Medik, Instalasi/Unit Rekam Medik (*Medical Record*), Instalasi Gizi, Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit/IPS-RS, Instalasi/Unit CSSD dan Laundry;

- e. penyusunan laporan pertanggungjawaban kegiatan penunjang medis dan non medis; dan
- f. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan sesuai tugas dan fungsi

Paragraf 1

Seksi Penunjang Medis

Pasal 45

- (1) Seksi Penunjang Medis dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis.
- (2) Kepala Seksi Penunjang Medis mempunyai tugas melaksanakan kegiatan penunjang medis RSUD.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Penunjang Medis mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan bahan perumusan kebijakan kegiatan penunjang medis;
 - b. penyusunan bahan pembinaan, koordinasi dan fasilitasi penunjang medis;
 - c. penyelenggaraan pelayanan instalasi yang ada di bawahnya antara lain Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium dan Unit Bank Darah Rumah Sakit (BDRS), Instalasi Farmasi, Instalasi/Unit Rehabilitasi Medik;
 - d. pengawasan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan penunjang medis; dan
 - e. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan sesuai tugas dan fungsi.

Pasal 46

Rincian tugas Kepala Seksi Penunjang Medis adalah sebagai berikut:

- a. menyusun rencana Seksi Penunjang Medis;
- b. menyusun rencana kebutuhan sarana pelayanan penunjang medis;
- c. memantau pelaksanaan kegiatan pelayanan penunjang medis;
- d. mengoordinasikan penyelenggaraan pelayanan instalasi yang ada di bawahnya antara lain Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium dan Unit Bank Darah Rumah Sakit (BDRS), Instalasi Farmasi, Instalasi/Unit Rehabilitasi Medik;
- e. menyusun laporan pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan Seksi Penunjang Medis; dan
- f. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Paragraf 2
Seksi Penunjang Non Medis
Pasal 47

- (1) Seksi Penunjang Non Medis dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis.
- (2) Kepala Seksi Penunjang Non Medis mempunyai tugas melaksanakan kegiatan penunjang non medis RSUD.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Penunjang Non Medis menyelenggarakan fungsi:
 - a. penyusunan rencana kerja Seksi Penunjang Non Medis;
 - b. penyusunan bahan perumusan kebijakan teknis penunjang non medis;
 - c. penyusunan bahan koordinasi dan fasilitasi kegiatan penunjang non medis;
 - d. pengawasan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan penunjang non medis; dan
 - e. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan sesuai tugas dan fungsi.

Pasal 48

Rincian tugas Kepala Seksi Penunjang Non Medis adalah sebagai berikut:

- a. menyusun rencana kerja Seksi Penunjang Non Medis;
- b. menyusun rencana kebutuhan sarana pelayanan penunjang non medis;
- c. memantau pelaksanaan kegiatan pelayanan penunjang non medis;
- d. mengoordinasikan penyelenggaraan pelayanan Instalasi yang ada di bawahnya; (Instalasi/Unit Rekam Medik (*Medical Record*), Instalasi Gizi, Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit/IPS-RS, Instalasi/ Unit CSSD/Laundry);
- e. melaksanakan kegiatan monitoring dan evaluasi sesuai dengan tanggungjawabnya;
- f. menyusun laporan pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan Seksi Penunjang Non Medis; dan
- g. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Bagian Kelima
Persyaratan Pejabat Pengelola dan Pejabat Teknis

Pasal 49

- (1) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:
 - a. tenaga medik yang mempunyai kemampuan, keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahnya;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha

- guna kemandirian rumah sakit; dan
- c. memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan.
- (2) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Bagian Tata Usaha adalah :
- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian keuangan;
 - c. cakap melakukan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
 - d. memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan; dan
 - e. diutamakan memiliki latar belakang pendidikan paling rendah sarjana strata 1 (satu) dan mempunyai pengalaman di bidang keuangan atau akuntansi dan administrasi.
- (3) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Pelayanan adalah :
- a. eorang dokter/ dokter gigi atau latar belakang pendidikan bidang kesehatan yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman di bidang pelayanan rumah sakit;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk pengembangan rumah sakit;
 - c. memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan; dan
 - d. diutamakan memiliki latar belakang pendidikan paling rendah sarjana strata 1 (satu) bidang kesehatan dan pengalaman di bidang perumahsakitan.
- (4) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis adalah:
- a. seseorang yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan rumah sakit;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk pengembangan rumah sakit;
 - c. memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan; dan
 - d. diutamakan memiliki latar belakang pendidikan paling rendah Sarjana Strata 1 (satu) bidang kesehatan dan pengalaman di bidang perumahsakitan.
- (5) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Subbagian Perencanaan dan Pelaporan adalah seseorang yang mempunyai kriteria keahlian, integritas dalam kepemimpinan, memiliki latar belakang pendidikan paling rendah Diploma 3 (tiga) dan mempunyai pengalaman di bidang perencanaan dan pelaporan rumah sakit.
- (6) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Subbagian Keuangan adalah seseorang yang mempunyai kriteria keahlian, integritas dalam kepemimpinan, memiliki latar belakang pendidikan paling rendah Diploma 3 (tiga) dan mempunyai pengalaman di bidang keuangan.
- (7) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Subbagian Umum dan Kepegawaian adalah seseorang yang mempunyai kriteria keahlian, integritas dalam kepemimpinan, memiliki latar belakang pendidikan paling rendah Diploma 3 (tiga) dan mempunyai pengalaman di bagian umum dan kepegawaian.
- (8) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Seksi Pelayanan Medis adalah seseorang yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan, memiliki latar belakang pendidikan paling rendah Diploma 3 (tiga) dan

mempunyai pengalaman di bidang perumahsakitan.

- (9) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Seksi Keperawatan adalah seseorang yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan, memiliki latar belakang pendidikan paling rendah Diploma 3 (tiga) dan mempunyai pengalaman di bidang perumahsakitan.
- (10) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Seksi Penunjang Medis adalah seseorang yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, memiliki latar belakang pendidikan paling rendah Diploma 3 (tiga) dan mempunyai pengalaman di bidang perumahsakitan.
- (11) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Seksi Penunjang Non Medis adalah seseorang yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan, memiliki latar belakang pendidikan paling rendah Diploma 3 (tiga) dan mempunyai pengalaman di bidang perumahsakitan.

BAB XIII

SATUAN PENGAWAS INTERNAL (SPI)

Pasal 50

- (1) Satuan Pengawas Internal (SPI) adalah kelompok jabatan fungsional yang membantu Direktur dalam melaksanakan pengawasan dan pengendalian terhadap pendayagunaan dan pengelolaan sumber daya RSUD Sumbawa;
- (2) Satuan Pengawas Internal (SPI) dibentuk dengan tujuan agar setiap unit organisasi kerja yang ada di RSUD Sumbawa lebih meningkatkan kinerja melalui umpan balik hasil audit.
- (3) Satuan Pengawas Internal (SPI) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Sumbawa;
- (4) Satuan Pengawas Internal (SPI) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (5) Satuan Pengawas Internal (SPI) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (6) Satuan Pengawas Internal (SPI) mempunyai tugas :
 - a. mengawasi pelaksanaan dan operasional rumah sakit;
 - b. menilai pengendalian pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit; dan
 - c. memberikan saran perbaikan kepada direktur.
- (7) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (6), Satuan Pengawas Internal (SPI) menyelenggarakan fungsi :
 - a. pemeriksaan kegiatan pengelolaan administrasi ketatausahaan, keuangan, pelayanan medik, penunjang medik dan keperawatan;
 - b. pengujian dan penilaian laporan setiap unsur kegiatan rumah sakit;
 - c. penelusuran kebenaran laporan dan informasi terhadap penyalahgunaan wewenang dalam pengelolaan sumber daya rumah sakit;
 - d. pengusulan alternatif pemecahan terhadap penyimpangan wewenang dalam pengelolaan sumber daya rumah sakit; dan
 - e. pemantauan tindak lanjut hasil temuan pengawasan fungsional
- (8) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (6) dan (7) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur;

- (9) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (8), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB XIV KOMITE-KOMITE

Pasal 51

- (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) Pembentukan komite-komite yaitu:
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan;
 - c. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
 - d. Komite Farmasi dan Terapi;
 - e. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - f. Komite Keselamatan Pasien; dan
 - g. Komite PKRS.
- (3) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Kesatu KOMITE MEDIK

Pasal 52

- (1) Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tatakelola klinis agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu prfesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis
- (2) Komite Medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan medik dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindung;
- (3) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit;
- (4) Komite Medik ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit; dan
- (5) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.

Pasal 53

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur RSUD Sumbawa;
- (2) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:

- a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Subkomite.
- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku;
 - (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di rumah sakit;
 - (5) Anggota Komite Medik terbagi kedalam Subkomite.

Pasal 54

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit;
- (2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua-ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di rumah sakit.

Pasal 55

- (1) Komite Medik mempunyai tugas:
 - a. membantu Direktur menyusun standar pelayanan medik dan memantau pelaksanaannya;
 - b. melaksanakan pembinaan etik profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;
 - c. mengatur kewenangan profesi antar kelompok staf medik;
 - d. membantu Direktur menyusun peraturan internal staf medik dan memantau pelaksanaannya;
 - e. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan medico-legal;
 - f. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan etico-legal;
 - g. melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Pelayanan dan Kepala Bidang Penunjang Medik dan Non Medik dalam melaksanakan dan membina kelompok tugas sfat medik;
 - h. meningkatkan program pelayanan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medik; dan
 - i. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medik, meliputi :
 - 1) monitoring dan evaluasi kasus bedah;
 - 2) penggunaan obat;
 - 3) farmasi dan terapi;
 - 4) ketepatan;
 - 5) kelengkapan dan keakuratan rekam medik;
 - 6) catatan diagnostik;
 - 7) angka tingkat kematian dan angka keakitan; dan
 - 8) prosedur tetap atau audit medik melalui pembentukan subkomite.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Medik menyelenggarakan fungsi:

- a. pemberi masukan kepada Direktur terkait dengan praktek dokter;
- b. pelaksanaan kegiatan pelayanan medik;
- c. penanganan hal yang berkaitan dengan etik kedokteran, dengan membentuk subkomite etik di bawah komite medik;
- d. penanganan masalah etik dalam bidang lain dengan membentuk etik tersendiri di luar komite medik; dan
- e. penyusunan kebijakan pelayanan medik sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf medik di rumah sakit.

Pasal 56

Komite Medik mempunyai wewenang :

- a. mengusulkan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medik;
- b. memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan peralatan medik dan penunjang medik serta pengembangan pelayanan medik;
- c. monitoring mutu pelayanan medik sesuai yang tercantum di dalam tugas komite medik;
- d. monitoring efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran;
- e. melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur profesi kewenangan antar kelompok staf medik;
- f. membentuk tim klinis yang mempunyai tugas menangani kasus pelayanan medik yang melakukan koordinasi lintas profesi, antara lain :
 - 1) penanggulangan kanker terpadu;
 - 2) penanggulangan nyeri;
 - 3) pelayanan jantung terpadu; dan
 - 4) pelayanan geriatri
- g. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis/ *delineation of clinical privilege*.
- h. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis/ *clinical appointment*.
- i. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis/ *clinical privilege*.
- j. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis/ *delineation of clinical privilege*.
- k. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis.
- l. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan.
- m. memberikan rekomendasi pendampingan/ *proctoring*.
- n. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin
- o. memberikan rekomendasi kerjasama antar rumah sakit dengan fakultas kedokteran atau fakultas kedokteran gigi atau institusi pendidikan lainnya.

Pasal 57

- (1) Komite medik bertanggungjawab kepada Direktur terhadap mutu pelayanan medik, pembinaan etik kedokteran dan pengembangan profesi medik.
- (2) Komite medik mempunyai kewajiban :

- a. menyusun peraturan internal medik;
- b. membuat format standarisasi untuk standar pelayanan medik;
- c. standar operasional prosedur dibidang manajerial administrasi dan bidang keilmuan / profesi;
- d. standar profesi dan standar kompetensi;
- e. membuat format standarisasi pengumpulan, pemantauan, dan pelaporan indikator mutu klinis; dan
- f. melakukan pemantauan mutu klinis, etika kedokteran dan pengembangan profesi medik

Pasal 58

- (1) Tata kerja komite medik secara administratif, meliputi:
 - a. rapat rutin komite medik yang dilaksanakan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan;
 - b. rapat komite medik dengan semua kelompok staf medik yang dilaksanakan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan;
 - c. rapat komite medik dengan Direktur dan Kepala Bidang Pelayanan yang dilaksanakan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan;
 - d. rapat darurat diselenggarakan untuk membahas masalah mendesak yang dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan; dan
 - e. menetapkan tugas dan kewajiban subkomite, termasuk pertanggungjawaban terhadap suatu program
- (2) Tata kerja komite medik secara teknis meliputi :
 - a. menjabarkan hubungan antara komite medik sebagai kompetensi dan etika profesi dengan manajemen rumah sakit sebagai pemegang kewenangan pengelolaan RSUD Sumbawa; dan
 - b. koordinasi antara komite medik dengan Direksi dalam menangani masalah tenaga dokter serta pengaturan penyampaian informasi kepada pihak luar perkumpulan profesi dan pihak non profesi seperti kepolisian dan jajaran penegak hukum lainnya
- (3) Untuk memperlancar tugas sehari-hari dibentuk tenaga administrasi yang dapat membantu Komite

Bagian Kedua

SUB KOMITE

Pasal 59

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Komite Medik dibantu oleh Sub Komite.
- (2) Susunan Sub Komite terdiri dari :
 - a. ketua merangkap anggota;
 - b. sekretaris merangkap anggota; dan
 - c. anggota
- (3) Ketua Sub Komite dapat dijabat dari salah seorang ketua, wakil ketua, sekretaris atau anggota komite medik.
- (4) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan

dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.

- (5) Dalam melaksanakan tugasnya Sub Komite menyusun kebijakan, program dan prosedur kerja;
- (6) Sub Komite membuat laporan berkala dan laporan akhir tahun kepada komite medik;
- (7) Laporan akhir tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (6) berisi :
 - a. evaluasi kerja selama 1 (satu) tahun; dan
 - b. rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya
- (8) Sub Komite yang ada di RSUD Sumbawa terdiri dari :
 - a. Sub Komite Kredensial;
 - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

Paragraf 1

SUB KOMITE KREDENSIAL

Pasal 60

- (1) Untuk memproteksi masyarakat, Komite Medik memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf medik di rumah sakit melalui Sub Komite Kredensial.
- (2) Sub Komite Kredensial bertugas untuk profesionalisme staf medik.
- (3) Seorang staf medik dinyatakan kompeten melalui proses kredensial
- (4) Mekanisme kredensial dan rekredensial adalah tanggungjawab komite medik yang dilaksanakan oleh sub komite kredensial.

Pasal 61

- (1) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial terdiri dari:
 - a. ketua merangkap anggota;
 - b. sekretaris merangkap anggota; dan
 - 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 Sumbawa 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 62

- (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 Subkomite 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;
 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 deng
 - c. menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
 - d. 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*).

Paragraf 2
SUB KOMITE MUTU PROFESI

Pasal 63

- (1) 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;
- (2) Sub Komite Mutu Profesi bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medik;
- (3) Sub Komite Mutu Profesi melakukan pemantauan kualitas

Pasal 64

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari :

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

Pasal 65

- (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 :
 - 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;
 - g. rencana reaudit.
- (3) Subkomite 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;
 - 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;
 - b. komite medik berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

Paragraf 3

SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 66

- (1) Peran Komite Medik dalam upaya pendisiplinan staf medis dilakukan oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi;
- (2) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi bertugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (3) Pelaksanaan keputusan sub komite etika dan disiplin profesi merupakan upaya pendisiplinan oleh komite medik terhadap staf medik.

Pasal 67

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

- 1. ketua merangkap anggota;
- 2. sekretaris merangkap anggota; dan
- 3. anggota.

Pasal 68

- (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;
 - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika;
- (2) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi bertugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik;
- (3) 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;
 - h. standar prosedur operasional asuhan medis.
- (4) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi. Panel terdiri dari 3 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 Sumbawa atau Direktur Rumah Sakit terlapor
- (5) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut:
 - a. sumber laporan:
 1. perorangan:
 - 1) manajemen rumah sakit;
 - 2) staf medis lain;
 - 3) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
 - 4) pasien atau keluarga pasien;
 2. non perorangan:
 - 1) hasil konferensi kematian;
 - 2) 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;
 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;
 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. Bilamana 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 Sumbawa 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;
 4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.
- f. pelaksanaan keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur RSUD Sumbawa oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.
- (6) 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.
- (7) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Paragraf 4
Rapat Komite Medik
Pasal 69

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
 - a. rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan staf medis yang diselenggarakan setiap 1(satu) bulan sekali;
 - b. rapat koordinasi dengan pejabat pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
 - c. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya urgent; dan
 - d. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahunan.
- (2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris apabila ketua tidak dapat hadir;
- (3) Rapat Rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum;
- (4) Setiap Rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik;
- (5) Keputusan rapat komite medik didasarkan atas suara terbanyak;
- (6) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang;
- (7) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir;
- (8) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat;
- (9) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Paragraf 5
Rapat Khusus
Pasal 70

- (1) Rapat khusus diadakan apabila :
 - a. ada permintaan dan tanda tangan paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh komite medik; dan
 - c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik, atau dalam hal kourum, tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua komite medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum

rapat dilaksanakan;

- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut;
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf a harus dilakukan 7(tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Paragraf 6

Rapat Tahunan

Pasal 71

- (1) Rapat Tahunan Komite Medik diselenggarakan sekali dalam setahun;
- (2) Rapat Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Bagian Ketiga

KOMITE KEPERAWATAN

Pasal 72

- (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 73

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur RSUD Sumbawa;
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Sub Komite;
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan terbagi kedalam Subkomite.

Pasal 74

- (1) Ketua Komite Organisasi Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit lainnya;
- (2) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD Sumbawa.

Pasal 75

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur Rumah Sakit dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin, etika profesi dan perilaku profesi tenaga keperawatan dan bidan serta pengembangan profesi berkelanjutan;
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), Komite

Keperawatan mempunyai fungsi :

- 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;
- f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

Pasal 76

- (1) Membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (Panitia Ad Hoc) secara mandiri maupun bersama Bidang Pelayanan;
- (2) Mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
- (3) Mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- (4) Membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir;
- (5) Memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

Bagian Keempat

Sub Komite

Pasal 77

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur RSUD Sumbawa berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite yang ada di RSUD Sumbawa terdiri atas :
 - a. Sub Komite Kredensial;
 - b. Sub Komite Mutu Profesi;
 - c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.

Paragraf 1

Sub Komite Kredensial

Pasal 78

- (1) Sub Komite Kredensial mempunyai tugas ;
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
 - b. menyusun buku putih;
 - c. melakukan 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 Rumah Sakit.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya team ad hoc, kepada semua komite keperawatan.

Paragraf 2

Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 79

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

Paragraf 3

Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

Pasal 80

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mempunyai tugas :
- 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;
 - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi, komite keperawatan membentuk team ad hoc baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja team ad hoc dibawa dalam rapat pleno.

Paragraf 4

Rapat

Pasal 81

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Pelayanan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari: Rapat Kerja, Rapat Rutin, Rapat Pleno, dan Sidang tahunan.
- (3) Rapat Kerja :
 - a. rapat Kerja Keperawatan dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Pelayanan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, sub komite, kasi keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan;
 - c. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat Rutin
 - a. rapat rutin keperawatan dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali diikuti oleh Bidang Pelayanan , Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota Komite Keperawatan; agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah Keperawatan;
 - b. rapat rutin Keperawatan dipimpin oleh Kepala Bidang Pelayanan atau Ketua Komite Keperawatan.
- (5) Rapat Pleno
 - a. rapat pleno keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
 - b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Pelayanan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan Kasi Keperawatan;
 - c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.
- (6) Sidang Tahunan
 - a. sidang tahunan Keperawatan diadakan satu kali dalam setahun;
 - b. sidang Tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Pelayanan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Kasi Keperawatan, Panitia-Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan;
 - c. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu;
 - d. keputusan yang diambil harus disetujui sekurangkurangnya oleh 2/3 peserta yang hadir.

Bagian Kelima

KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

Pasal 82

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dibentuk guna membantu Direktorat dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai tugas dan tanggungjawab :
 - a. mengunjungi ruangan setiap hari untuk memonitor kejadian infeksi yang terjadi di lingkungan kerjanya, baik rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya;
 - b. memonitor pelaksanaan PPI, penerapan Standar Prosedur Operasional (SPO), kepatuhan petugas dalam menjalankan kewaspadaan isolasi;
 - c. melaksanakan surveilans infeksi dan melaporkan kepada Komite PPI;
 - d. bersama Komite PPI melakukan pelatihan petugas kesehatan tentang PPI di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya;
 - e. melakukan investigasi terhadap Kejadian Luar Bisa (KLB) dan bersama-sama Komite PPI memperbaiki kesalahan yang terjadi;
 - f. memonitor kesehatan petugas kesehatan untuk mencegah penularan infeksi dari petugas kesehatan ke pasien atau sebaliknya;
 - g. bersama komite menganjurkan prosedur isolasi dan memberi konsultasi tentang pencegahan dan pengendalian infeksi yang diperlukan pada kasus yang terjadi di rumah sakit;
 - h. audit pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk terhadap penatalaksanaan limbah, laundry, gizi dan lain-lain dengan menggunakan daftar tilik;
 - i. memonitor kesehatan lingkungan;
 - j. memonitor terhadap pengendalian penggunaan antibiotika yang rasional;
 - k. mendesain, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi surveilans infeksi yang terjadi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya;
 - l. membuat laporan surveilans dan melaporkan ke Komite PPI;
 - m. memberikan motivasi dan teguran tentang pelaksanaan kepatuhan PPI;
 - n. memberikan saran desain ruangan rumah sakit agar sesuai dengan prinsip PPI;
 - o. meningkatkan kesadaran pasien dan pengunjung rumah sakit tentang PPIRS;
 - p. memprakarsai penyuluhan bagi petugas kesehatan, pengunjung dan keluarga tentang topik infeksi yang sedang berkembang di masyarakat, infeksi dengan insiden tinggi;
 - q. sebagai koordinator antara departemen/ unit dalam mendeteksi, mencegah dan mengendalikan infeksi di rumah sakit;
 - r. menerima laporan atas kegiatan tim PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktorat;
- (3) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktorat.

- (4) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari staf yang bekerja di rumah sakit

Bagian Keenam

KOMITE FARMASI DAN TERAPI

Pasal 83

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

Bagian Ketujuh

KOMITE TENAGA KESEHATAN LAINNYA

Pasal 84

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggungjawab kepada Direktur;
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka meningkatkan mutu dan profesionalisme pelayanan;
- (3) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lainnya.

X

Paragraf 1
Organisasi dan Keanggotaan Komite
Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 85

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dibentuk oleh Direktur RSUD Sumbawa
- (2) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Sub Komite
- (3) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terbagi kedalam Sub Komite

Paragraf 2
Pemilihan Pengurus Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 86

- (1) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari para staf yang bekerja di RSUD Sumbawa;
- (2) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari para staf yang bekerja di RSUD Sumbawa.

Paragraf 3
Tugas dan Fungsi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 87

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya meliputi mempunyai tugas dan fungsi :

- a. meningkatkan mutu dan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya;
- b. melaksanakan kredensial terhadap tenaga kesehatan lainnya;
- c. menjaga disiplin, etika dan perilaku tenaga kesehatan lainnya.

Paragraf 4
Wewenang Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 88

- (1) memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
- (2) memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
- (3) memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
- (4) memberikan rekomendasi Surat Penugasan Klinis;
- (5) memberikan rekomendasi tindak lanjut audit;
- (6) memberikan rekomendasi pendidikan tenaga kesehatan berkelanjutan;
- (7) memberikan rekomendasi pendampingan;
- (8) memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin

Bagian Keenam

Sub Komite

Pasal 89

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur RSUD Sumbawa berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di rumah sakit
- (2) Sub Komite yang ada di RSUD Sumbawa, terdiri dari :
 - a. Sub Komite Kredensial;
 - b. Sub Komite Mutu dan Profesi;
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin

Paragraf 1

Sub Komite Kredensial

Pasal 90

- (1) Sub Komite Kredensial mempunyai tugas :
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga kesehatan lainnya;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis tenaga kesehatan lainnya;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk diteruskan kepada Direktur RSUD Sumbawa
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya team ad hoc, kepada Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Paragraf 2

Sub Komite Mutu dan Profesi

Pasal 91

- (1) Sub Komite Mutu dan Profesi mempunyai tugas :
 - a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lainnya sesuai area praktek;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lainnya;
 - c. melakukan audit profesi pendampingan sesuai kebutuhan
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Mutu dan Profesi dapat mengusulkan dibentuknya team ad hoc, kepada Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Paragraf 3
Sub Komite Etika dan Disiplin
Pasal 92

- (1) Sub Komite Etika dan Disiplin mempunyai tugas :
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik profesi;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis;
 - e. memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Etika dan Disiplin dapat mengusulkan dibentuknya team ad hoc, kepada Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Bagian Ketujuh
KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN

Pasal 93

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk sebagai penggerak dalam hal mutu dan keselamatan pasien
- (2) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur

Pasal 94

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk oleh Direktur RSUD Sumbawa.
- (2) Susunan organisasi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Sub Komite
- (3) Keanggotaan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien terbagi ke dalam sub komite.

Pasal 95

- (1) Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien melaksanakan tugas :
 - a. menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja Manajemen Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - b. memimpin, mengkoordinir, dan mengevaluasi pelaksanaan operasional Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien secara efektif, efisien dan bermutu;

- c. mengumpulkan data indikator baik dari Koordinator Peningkatan Mutu maupun dari Koordinator Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan unit kerja terkait;
 - d. menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator mutu klinis rumah sakit maupun indikator mutu manajerial rumah sakit serta indikator keselamatan pasien;
 - e. mengevaluasi terhadap implementasi SPO Pelayanan dan administrasi, program peningkatan mutu serta menjalankan peran dan monivator, edukator, konsultasi, monitoring, evaluasi implementasi program keselamatan pasien rumah sakit;
 - f. melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi;
 - g. mengikuti rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik dan manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
 - h. melakukan validasi data Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien secara internal dan dilakukan secara periodik;
 - i. menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara regular melalui rapat staf;
 - j. meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- (2) Sekretaris Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien melaksanakan tugas :
- a. mengatur rapat dan jadwalrapat Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - b. menyiapkan ruang rapat dan perlengkapan yang diperlukan;
 - c. membantu meminta laporan indikator kepada unit kerja terkait;
 - d. menganalisis data Peningkatan Mutu dan Keselamatan bersama ketua dan anggota Komite;
 - e. mendokumentasikan hasil pencapaian indikator area klinis, manajerial dan indikator sasaran keselamatan pasien;
 - f. menjadi notulen di setiap kegiatan pertemuan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - g. mengorganisir kebutuhan logistik Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - h. membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - i. mengerjakan tugas- tugas administratif dan kesekretariatan lainnya
- (3) Sub Komite Peningkatan Mutu melaksanakan tugas :
- a. melaksanakan kegiatan program peningkatan mutu di RSUD Sumbawa;
 - b. menyusun panduan indikator mutu;
 - c. membuat metode pemantauan indikator mutu klinis dan manajerial;
 - d. menyusun formulir pemantauan indikator mutu;
 - e. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan clinical pathway;
 - f. menganalisa hasil pencapaian indikator mutu;

- g. membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu;
 - h. melakukan perbandingan hasil pemantauan indikator mutu secara periodik dengan standar nasional serta rumah sakit lain yang sejenis;
 - i. melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian mutu dan pelaksanaan clinical pathway kepada unit kerja di lingkungan dan pihak luar melalui surat tertulis, email dan telepon;
 - j. membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - k. menyusun panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu;
 - l. membuat alat ukur validasi khusus indikator mutu;
 - m. menyelenggarakan kegiatan validasi hasil pencapaian indikator mutu berkoordinasi dengan unit terkait;
 - n. melaksanakan analisis komparatif hasil validasi internal dengan data unit terkait ;
 - o. mengikuti rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik dan manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
 - p. membuat laporan hasil validasi internal khusus indikator mutu;
 - q. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (4) Sub Komite Mutu Keselamatan Pasien melaksanakan tugas :
- a. memberi masukan pada Direktur penyusunan Kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit sesuai dengan standar akreditasi;
 - b. menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - c. membuat laporan tahunan/ laporan pelaksanaan program;
 - d. melaksanakan monitoring dan evaluasi program melalui pertemuan berkala;
 - e. menyusun indikator keselamatan pasien rumah sakit;
 - f. menganalisa hasil pencapaian indikator keselamatan pasien;
 - g. membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator keselamatan pasien;
 - h. menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator keselamatan pasien;
 - i. mendesiminasikan bahan rekomendasi hasil pemantauan indikator keselamatan pasien dan pelaksanaan manajemen esiko ke unit terkait;
 - j. mengikuti rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik dan manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
 - k. mengkoordinasikan pendokumentasian, evaluasi dan upaya tindak lanjut atas Kejadian Nyaris Cedera (KNC) /Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Sentinel;
 - l. melaksanakan koordinasi antar unit bila terjadi KTD dan KNC;
 - m. melakukan koordinasi tentang program Patient Safety dan manajemen resiko dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA;
- (5) Sub Komite manajemen resiko melaksanakan tugas :

- a. melakukan monitoring perencanaan risk manajemen;
- b. melakukan monitoring pelaksanaan program;
- c. melakukan pendidikan/edukasi staf tentang manajemen risiko rumah sakit;
- d. monitoring insiden/kecelakaan karena fasilitas;
- e. mengikuti rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik dan manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
- f. mengevaluasi implementasi SPO administrasi dan sumber daya;
- g. melakukan evaluasi dan revisi program secara berkala;
- h. memberikan laporan tahunan kepada pemilik RS tentang pencapaian program;
- i. melakukan pengorganisasian dan pengelolaan secara konsisten dan terus menerus;

Pasal 96

(1) Wewenang Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, meliputi :

- a. Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai wewenang :
 - 1) memerintahkan dan menugaskan staf dalam melaksanakan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - 2) meminta laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari unit kerja terkait;
 - 3) melakukan koordinasi dengan unit-unit kerjadi lingkungan RSUD Sumbawa terkait pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - 4) memberikan pengarahan dalam hal penyusunan, pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut rekomendasi dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - 5) meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD Sumbawa;
- b. Sekretaris Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien mempunyai wewenang :
 - 1) meminta laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari unit kerja terkait
 - 2) melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja dilingkungan RSUD Sumbawa terkait pelaksanaan program peningkatan mutudan keselamatan pasien
 - 3) meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD Sumbawa
 - 4) melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit kerja dilingkungan RSUD Sumbawa dan pihak luar melalui surat tertulis,email, dan telepon
- c. Sub Komite Peningkatan Mutu mempunyai wewenang:
 - 1) meminta laporan pelaksanaan pemantauan program indicator mutu penjaminan mutu dan pelaksanaan clinical pathways dari unit

X

kerjater kait;

- 2) melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja dilingkungan RSUD Sumbawa terkait pelaksanaan pemantauan indikator mutu serta pelaksanaan clinical pathway dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan mutu rumah sakit;
 - 3) meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan clinical pathway rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD Sumbawa.
- d. Sub Komite Mutu Keselamatan Pasien mempunyai wewenang :
- 1) mengusulkan konsep atau perubahan kebijakan keselamatan pasien;
 - 2) meminta laporan pelaksanaan pemantauan indikator mutu keselamatan pasien dan penjaminan mutu dari unit kerja terkait;
 - 3) melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja dilingkungan RSUD Sumbawa terkait pelaksanaan pemantauan indikator keselamatan pasien dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan keselamatan pasien;
 - 4) meminta data dan informasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit dari unit-unit kerja dilingkungan RSUD Sumbawa.
- e. Sub Komite manajemen resiko mempunyai wewenang:
- 1) mengelola tim manajemen risiko Rumah Sakit;
 - 2) melakukan pengawasan dan melaksanakan manajemen risiko diseluruh unit kerja rumah sakit;
 - 3) memberi masukan dan rekomendasi kepada Direktur rumah sakit dengan tugas kegiatan manajemen risiko.
- (2) Tanggungjawab Komite Mutu dan Keselamatan Pasien meliputi :
- a. Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tanggungjawab:
- 1) bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
 - 2) bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien;
 - 3) bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Direktur RSUD Sumbawa;
 - 4) bertanggung jawab terhadap ketersediaan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
 - 5) bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
 - 6) bertanggung jawab terhadap disiplin dan kinerja kerja staf di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- b. Sekretaris Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien mempunyai tanggungjawab :
- 1) bertanggung jawab terhadap kegiatan administratif di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - 2) bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien;
 - 3) bertanggung jawab melaporkan hasil kegiatan administratif kepada

Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

c. Sub Komite Peningkatan Mutu mempunyai tanggungjawab:

- 1) bertanggung jawab terhadap pemantauan Program Indikator Mutu dan pelaksanaan *clinical pathway*;
- 2) bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
- 3) bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan inovasi mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* dan Manajemen resiko di rumah sakit;
- 4) bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* serta kegiatan-kegiatan mutu lainnya kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
- 5) bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* rumah sakit.

d. Sub Komite Mutu Keselamatan Pasien mempunyai tanggungjawab :

- 1) bertanggung jawab terhadap pemantauan Program Keselamatan Pasien;
- 2) bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan indikator Keselamatan Pasien di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
- 3) bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan pemantauan program Keselamatan Pasien dan kegiatan-kegiatan mutu lainnya kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
- 4) bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit;
- 5) bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan keselamatan pasien rumah sakit

e. Sub Komite manajemen resiko mempunyai tanggungjawab :

- 1) bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program manajemen risiko rumah sakit;
- 2) bertanggung jawab terhadap pemenuhan prosedur-prosedur pelaksanaan dan layanan yang menjamin pelaksanaan risiko di rumah sakit;
- 3) bertanggung jawab terhadap pengendalian kondisi-kondisi yang berpotensi membahayakan pasien, staf, maupun pengunjung serta mendukung pelaksanaan manajemen risiko di rumah sakit;
- 4) bertanggung jawab terhadap komitmen karyawan terhadap manajemen risiko di rumah sakit

X/

BAB IX
STAF MEDIS FUNGSIONAL (SMF)
Bagian ke satu
Persyaratan

Pasal 97

Untuk dapat bekerja sebagai staf medik di RSUD Sumbawa, maka dokter spesialis, dokter umum atau dokter gigi harus memenuhi persyaratan :

- a. memiliki kompetensi yang dibutuhkan;
- b. memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP);
- c. sehat jasmani dan rohani;
- d. memiliki prilaku dan moral yang baik;

Bagian Kedua
Kategori

Pasal 98

- (1) Organisasi SMF RSUD Sumbawa terdiri atas :
 - a. Kelompok SMF, dan
 - b. Komite Medik
- (2) Kategori SMF berdasarkan jenis kompetensi meliputi :
 - a. Dokter umum;
 - b. Dokter gigi;Dokter spesialis, dan
 - c. Dokter sub spesialis
- (3) Kategori SMF berdasarkan status kepegawaian meliputi :
 - a. Dokter tetap;
 - b. Dokter paruh waktu;
 - c. Dokter tamu, atau
 - d. Dokter konsultan
- (4) Dokter tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, yakni dokter yang direkrut oleh pemilik atau yang mewakili RSUD Sumbawa sebagai pegawai tetap dan berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama RSUD Sumbawa serta bertanggungjawab kepada Direktur dengan kualifikasi sesuai dengan kompetensi dibidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan
- (5) Dokter paruh waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b, yakni dokter yang bekerja tidak penuh waktu dalam seminggu dengan kualifikasi sesuai dengan kompetensi dan bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai peraturan perundang-undangan
- (6) Dokter tamu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, yakni dokter karena reputasi atau keahliannya diundang secara khusus oleh Direktur untuk menangani atau membantu menangani kasus yang tidak dapat ditangani oleh SMF lain yang ada atau untuk mendemonstrasikan suatu teknologi baru dengan kualifikasi sesuai dengan kompetensi dibidangnya

serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai peraturan perundang-undangan

- (7) Dokter konsultan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d, yakni dokter yang karena keahliannya direkrut oleh Direktur untuk memberikan konsultasi yang tidak secara langsung menangani pasien dengan kualifikasi sesuai kompetensi dan bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai peraturan perundang-undangan

Baigan Ketiga

Tujuan

Pasal 99

- (1) Tujuan umum pengorganisasian SMF yakni untuk meningkatkan mutu pelayanan medik di RSUD Sumbawa
- (2) Tujuan khusus pengorganisasian SMF yakni untuk meningkatkan mutu pelayanan medik di RSUD Sumbawa, meliputi :
- (3) Tercapainya kerjasama yang baik antara SMF, pemilik dan Direktur
- (4) Tercapainya sinergi antara manajemen dan SMF untuk kepentingan pasien; dan
- (5) Terciptanya tanggung jawab SMF terhadap mutu pelayanan medik dan pendidikan di RSUD Sumbawa

Bagian Keempat

Pengorganisasi Staf Medik Fungsional

Pasal 100

- (1) Dokter spesialis, dokter gigi spesialis purna waktu dan paruh waktu, dokter umum, dan dokter gigi yang bekerja di unit pelayanan RSUD Sumbawa wajib menjadi anggota SMF;
- (2) Dalam melaksanakan tugas, SMF dikelompokkan sesuai spesialisasi atau keahliannya atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus;
- (3) Setiap kelompok SMF paling sedikit terdiri dari 2 (dua) orang dokter;
- (4) Pengelompokan SMF berdasarkan spesialisasi/ keahlian bagi tenaga dokter dengan spesialisasi/ keahlian yang sama dikelompokkan ke dalam 1 (satu) kelompok medik;
- (5) Pengelompokan SMF dapat dilakukan cara lain dengan pertimbangan khusus, melalui :
 - a. penggabungan tenaga dokter spesialis dengan spesialisasi/keahlian yang berbeda, yang dilakukan karena jumlah dokter spesialis tersebut kurang dari 2 (dua) orang sehingga tidak memungkinkan untuk membentuk staf medik sendiri dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu dan wajib diikuti dengan pembagian dan tugas serta wewenang yang jelas serta dituangkan di dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medik di RSUD Sumbawa;
 - b. pembentukan SMF untuk dokter umum dapat dilakukan dengan

- membentuk SMF dokter umum sendiri atau bergabung dengan kelompok staf medik, dimana dokter umum tersebut membeikan pelayanan;
- c. penggabungan dokter spesialis dengan dokter umum dapat dilakukan apabila jumlah dokter spesialis masih kurang, sehingga tidak memungkinkan membentuk Kelompok SMF sendiri yang diikuti dengan pembagian tugas dan kewenangan yang jelas dan dituangkan dalam kebijakan serta prosedur pelayanan medik di RSUD Sumbawa; dan
 - d. dokter gigi dapat menjadi kelompok SMF sendiri atau bergabung dengan Kelompok SMF bedah atau kelompok SMF dokter umum atau dokter spesialis lainnya dengan pembagian tugas dan wewenang yang dituangkan di dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medik di RSUD Sumbawa

Bagian Kelima Kepengurusan Staf Medik Fungsional

Pasal 101

- (1) Kelompok SMF dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih anggotanya.
- (2) Ketua kelompok SMF dapat dijabat oleh dokter purna waktu atau dokter paruh waktu.
- (3) Pemilihan ketua Kelompok SMF diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komit Medik.
- (4) Proses pemilihan wajib melibatkan komite medik dan Direktur.
- (5) Hasil pemilihan dan penetapan sebagai ketua Kelompok SMF disahkan oleh Direktur.
- (6) Masa jabatan ketua Kelompok SMF adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali hanya untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.
- (7) Penempatan dokter ke dalam Kelompok SMF ditetapkan oleh Direktur atas usul Komite medik yang dilengkapi perjanjian kerja masing-masing dokter untuk mewujudkan kejelasan fungsi, tugas dan kewenangannya.

Bagian Keenam Hubungan Kerja, Tugas dan Fungsi Staf Medik Fungsional

Pasal 102

- (1) Kelompok SMF secara administrasi bertanggungjawab kepada Direktur sedangkan secara fungsional sebagai profesi bertanggungjawab kepada Komite Medik melalui Ketua Kelompok SMF.
- (2) Staf Medis Fungsional adalah kelompok dokter yang bekerja dibidang medis dalam jabatan fungsional.
- (3) Staf Medis Fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya staf medis fungsional menyelenggarakan fungsi :

- a. pelaksana pelayanan medik;
- b. pendidikan dan pelatihan;
- c. penelitian dan pengembangan di bidang medik

Bagian Ketujuh
Wewenang Staf Medik Fungsional

Pasal 103

- (1) Memerikan rekomendasi kepada Direktur melalui ketua komite medik, sub komite kredensial terhadap permohonan penempatan dokter baru dan/atau penempatan ulang dokter di RSUD Sumbawa
- (2) Melakukan evaluasi penampilan kinerja praktik dokter berdasarkan data yang komprehensif melalui prosedur tetap, audit medik dan program uji mutu; dan
- (3) Memberikan masukan kepada Direktur melalui komite medik terkait dengan praktek dokter

BAB XV
INSTALASI

Pasal 104

- (1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa membentuk Instalasi yang terdiri dari :
 - a. instalasi rawat jalan;
 - b. instalasi rawat inap;
 - c. instalasi gawat darurat;
 - d. instalasi farmasi.
- (3) Setiap penyusunan dan tata kerja instalasi rumah sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.
- (4) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Keputusan Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilaporkan secara tertulis kepada Bupati
- (6) Instalasi dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi dari jabatan fungsional tertentu yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (7) Kepala Instalasi dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (8) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kabid Pelayanan.
- (9) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi

dan kebutuhan.

BAB XVI KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

Pasal 105

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas RSUD sesuai dengan keahlian dan kebutuhan.
- (2) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dalam melaksanakan tugasnya

Pasal 106

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional dimaksud dalam Pasal 105, terdiri dari sejumlah tenaga dalam jenjang Jabatan Fungsional yang terbagi dalam berbagai kelompok sesuai dengan bidang keahliannya.
- (2) Jumlah Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja RSUD.
- (3) Jenis dan jenjang Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Kelompok fasilitas penyelenggaraan pelayanan fungsional terdiri atas:
 - a. Instalasi/Unit Gawat Darurat;
 - b. Instalasi/Unit Rawat Jalan;
 - c. Instalasi/Unit Rawat Inap;
 - d. Instalasi/Unit Radiologi;
 - e. Instalasi/Unit Laboratorium dan Unit Bank Darah Rumah Sakit;
 - f. Instalasi/Unit Farmasi;
 - g. Instalasi/Unit Kamar Operasi dan Perawat Intensif;
 - h. Instalasi/Unit Gizi;
 - i. Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPS-RS);
 - j. Instalansi/Unit Rehabilitasi Medik;
 - k. Instalansi/Unit Pemulasaran Jenazah;
 - l. Instalansi/Unit Rekam Medik (*Medical Record*);
 - m. Kelompok Staf Medik; dan
 - n. Paramedis Fungsional.
- (5) Setiap kelompok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipimpin oleh seorang Kepala/Ketua dalam jabatan fungsional yang diangkat dengan Keputusan Direktur diantara tenaga fungsional yang ada di lingkungan RSUD.

BAB XVII TATA KERJA

Pasal 107

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, RSUD memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, barang milik daerah serta bidang kepegawaian sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur ditetapkan selaku kuasa pengguna anggaran dan kuasa pengguna barang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pelaksanaan tugas dan fungsi sebagai organisasi yang melaksanakan kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis penunjang tertentu pada RSUD, kegiatan operasionalnya diselenggarakan oleh Kepala Bidang dan Kepala Seksi menurut bidang tugas masing-masing.
- (4) Direktur baik secara teknis operasional maupun teknis administratif berada di bawah, dibina dan bertanggungjawab kepada Kepala Dinas dan dalam melaksanakan tugasnya menyelenggarakan hubungan fungsional dapat berkoordinasi dengan instansi yang berkaitan dengan fungsinya.
- (5) Setiap pimpinan unit kerja dalam satuan kerja RSUD dan kelompok Jabatan Fungsional, wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik dalam lingkungan unit kerja masing-masing maupun antar unit kerja dalam lingkungan RSUD serta instansi lain sesuai dengan tugas masing-masing.

Pasal 108

- (1) Apabila Direktur berhalangan dalam melaksanakan tugasnya, maka dapat diwakili oleh Kepala Bagian Tata Usaha.
- (2) Apabila Kepala Bagian Tata Usaha berhalangan dalam melaksanakan tugasnya, maka dapat diwakili oleh Kepala Bidang dalam lingkungan RSUD dengan memperhatikan senioritas kepangkatan.

Pasal 109

Setiap pimpinan unit kerja dalam lingkungan RSUD, wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan bila terjadi penyimpangan agar mengambil langkah-langkah yang di perlukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan

Pasal 110

Setiap pimpinan unit kerja dalam lingkungan RSUD bertanggungjawab dalam memimpin dan membina bawahan masing-masing dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.



Pasal 111

Setiap pimpinan unit kerja dalam lingkungan RSUD dalam menyelenggarakan tugas dan fungsi, wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan bertanggung jawab kepada atasan masing-masing dan hasil pelaksanaan tugas dilaporkan tepat pada waktunya.

Pasal 112

Direktur dan pimpinan unit kerja dalam lingkungan RSUD wajib mengadakan rapat staf secara berkala dalam rangka pemberian arahan, petunjuk dan bimbingan kepada bawahan untuk kelancaran pelaksanaan tugas.

Pasal 113

Direktur dalam melaksanakan tugas, wajib menyampaikan laporan kepada Kepala Dinas dan tembusan laporan disampaikan kepada perangkat daerah dan instansi lainnya yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

BAB XVIII

PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Tujuan Pengelolaan

Pasal 114

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

Paragraf 1

Pasal 108

Pengangkatan Pegawai

- (1) Pegawai RSUD Sumbawa dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan pegawai RSUD Sumbawa yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai RSUD Sumbawa yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2

Pasal 109

Perpindahan Pegawai

- (1) Perpindahan Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil di

X/

lingkungan rumah sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.

- (2) Perpindahan dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
- penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
 - masa kerja diunit tertentu;
 - pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - kegunaannya dalam menunjang karir;
 - kondisi fisik dan psikis pegawai.

Paragraf 3

Pemberhentian Pegawai

Pasal 110

- Pemberhentian pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian pegawai negeri sipil.
- Pemberhentian pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - meninggal dunia;
 - atas permintaan sendiri;
 - mencapai batas usia 58 tahun;
 - perampingan organisasi Rumah Sakit;
 - tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban pegawai Non PNS;
 - tidak tersedia anggaran untuk memberi nafkah kepada pegawai Non PNS

paragraf 4

Penghargaan dan Sanksi Pegawai

Pasal 111

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktifitas pegawai RSUD Sumbawa menerapkan kebijakan mengenai penghargaan bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi atau melanggar peraturan perundang-undangan.

Paragraf 5

Disiplin Pegawai

Pasal 112

- Disiplin pegawai merupakan suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai prestasi, dedikasi, loyalitas dan tidak tercela.
- Pelanggaran terhadap disiplin pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenakan hukuman disiplin berdasarkan peraturan perundang-undangan

4

Paragraf 6
Pendidikan Staf
Pasal 113

- (1) Pendidikan staf dimaksud adalah program pendidikan staf professional;
- (2) Pendidikan staf bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan pada rumah sakit;
- (3) Rumah sakit memberikan pendidikan yang relevan dan terus menerus sesuai dengan kemampuan staf;
- (4) Penyusunan perencanaan pendidikan staf mengacu pada misi rumah sakit, keragaman pasien, jenis pelayanan, teknologi dan perundang-undangan yang berlaku;
- (5) Rumah sakit mengidentifikasi kebutuhan pendidikan staf serta merencanakan program pendidikan berdasarkan data dan informasi dari semua instalasi;
- (6) Penyiapan staf untuk mengikuti pendidikan staf dilakukan oleh Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
- (7) Persetujuan, pembinaan dan pengawasan pendidikan staf professional dilakukan oleh Direktur mengetahui Dewan Pengawas;

BAB XIX
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK
(*MEDICAL STAFF BYLAWS*)
MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 114

- (1) Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Medis adalah agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- (2) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medik meliputi:
 - a. tercapainya kerjasama yang baik antara staf medik dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili diantara staf medis dengan Direktur Rumah Sakit;
 - b. tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
 - c. terciptanya tanggung jawab staf medik terhadap mutu pelayanan medis di Rumah Sakit;
 - d. untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik yang dilandasi semangat bahwa hanya staf medik yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

BAB XX
KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)
Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)

Pasal 115

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur RSUD Sumbawa.
- (2) Kewenangan Klinis seperti dimaksud pada ayat (1) adalah berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur RSUD Sumbawa atas rekomendasi Komite Medik melalui Subkomite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota SMF.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota SMF untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) adalah Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur RSUD Sumbawa berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit, asal dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di RSUD Sumbawa kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Subkomite Kredensial Komite Medik.

Paragraf 1

Proses Penilaian Kewenangan Klinis

Pasal 116

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis :

- a. pendidikan:
 1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi;
 2. menyelesaikan program pendidikan kedokteran
- b. perizinan (lisensi):
 1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
 2. memiliki ijin praktek dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
- c. kegiatan penjaminan mutu profesi:
 1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya;
 2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. kualifikasi personal:
 1. riwayat disiplin dan etik profesi;
 2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
 3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
 4. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;

5. memiliki asuransi proteksi profesi.
- e. pengalaman di bidang keprofesian:
 1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
 2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Paragraf 2

Pembatasan Kewenangan Klinis

Pasal 117

- (1) Komite Medik bila memandang perlu dapat memberi rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit agar Kewenangan Klinis anggota SMF dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Subkomite Kredensial;
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota SMF tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di RSUD Sumbawa dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum;
- (3) Subkomite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota SMF setelah terlebih dahulu:
 - a. ketua SMF mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
 - b. komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Subkomite Kredensial untuk meneliti kinerja klinik, etika dan disiplin profesi medis anggota SMF yang bersangkutan;
 - c. subkomite Kredensial berhak memanggil anggota SMF yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran / penyimpangan yang telah dilakukan;
 - d. subkomite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

Paragraf 3

Pencabutan Kewenangan Klinis

Pasal 118

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur RSUD Sumbawa atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila:
 - a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
 - b. adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi;
 - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

Paragraf 4

Pengakhiran Kewenangan Klinis

Pasal 119

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur RSUD Sumbawa atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (SPK):
 - a. habis masa berlakunya;
 - b. dicabut sesuai pasal 110 ayat (2).

BAB XXI

PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

Pasal 120

- (1) Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan Klinis (SPK) dari Direktur RSUD Sumbawa berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap staf medis yang direkomendasikan Komite Medik.
- (2) Tanpa Surat Penugasan Klinis (SPK) maka seorang staf medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (member) staf medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di RSUD Daerah Sumbawa.

BAB XXII

PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 121

Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan aturan-aturan profesi bagi staf medis secara tersendiri diluar Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*). Aturan profesi tersebut antara lain:

- a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai;
- c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

BAB XXIII

TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Pasal 122

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) dapat dilakukan berdasarkan adanya perubahan peraturan perundang-undangan yang mendasarinya;
- (2) Waktu perubahan peraturan internal staf medis ini dilakukan paling lama

setiap 3 (tiga) tahun;

- (3) Perubahan yang dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medik RSUD Sumbawa;
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis dan staf manajemen terkait melalui lokakarya dan terakhir disahkan oleh Direktur RSUD Sumbawa.

BAB XXIV

KERAHASIAN INFORMASI MEDIS

Kerahasian Pasien

Pasal 123

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien;
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan direktur/kepala bidang pelayanan medis.

Paragraf 1

Informasi Medis

Pasal 124

- (1) Hak-hak pasien yang dimaksud adalah hak-hak pasien sebagaimana yang terdapat didalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia;
- (2) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai :
 - a. keadaan kesehatan pasien;
 - b. rencana terapi dan alternatifnya;
 - c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
 - d. prognosis; dan
 - e. kemungkinan Komplikasi.

Paragraf 2

Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 125

- (1) Hak pasien meliputi :
 - a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di RSUD Sumbawa;
 - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
 - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
 - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
 - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;

- g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
 - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
 - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
 - k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
 - l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
 - m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
 - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
 - o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
 - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 - q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana, dan
 - r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kewajiban Pasien meliputi :
- a. mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b. mematuhi segala instruksi dokter dan perawat dalam pengobatannya;
 - c. memberikan informasi dengan jujur dan selengkapny tentang penyakit yang diderita kepada dokter yang merawat; dan
 - d. melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter;

Paragraf 3

Hak dan Kewajiban Dokter

Pasal 126

- (1) Hak dokter meliputi :
- 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 dari pasien; dan
 - d. hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di RSUD Sumbawa.

- e. Kewajiban Dokter meliputi :
- f. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
- g. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
- h. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
- i. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
- j. menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

Paragraf 4

Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 127

(1) Hak Rumah Sakit meliputi :

- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit
- b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
- g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di RSUD Sumbawa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan

(2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi :

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit Indera kepada masyarakat;
- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan

kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa sebagai acuan dalam melayani pasien

- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (hospital by laws);
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

BAB XXV

KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

Pasal 128

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan;
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional;
- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bagian Tata Usaha RSUD Sumbawa
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bidang Pelayanan RSUD Sumbawa;
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku;
- (6) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit

pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Kepala Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali;

- (7) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/ panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarkhi struktural;
- (8) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana;
- (9) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan Dokumen melalui catatan formulir Master List Dokumen Eksternal;
- (10) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi Dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis;
- (11) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan master list yang dikelola oleh Kepala Bagian Tata Usaha

BAB XXVI

KERJASAMA / KONTRAK

Pasal 129

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama/kontrak;
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu;
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat:
 - a. subjek kerja sama/kontrak.
 - b. objek kerja sama/kontrak.
 - c. ruang lingkup kerja sama/kontrak.
 - d. hak dan kewajiban para pihak.
 - e. jangka waktu kerja sama/kontrak.
 - f. pengakhiran kerja sama/kontrak.
 - g. keadaan memaksa.
 - h. penyelesaian perselisihan
- (4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat para pejabat yang berwenang yaitu :
 - a. kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi pelayanan. Kepala Bidang Pelayanan RSUD Sumbawa berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis.
 - b. kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi

sumber daya secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi administrasi sumber daya, Kepala Bagian Tata Usaha RSUD Sumbawa berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen.

- (5) Setelah dibubuhi paraf/fiat pada kedua belah pihak dan lanjut diberi nomor oleh para pihak.
- (6) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (7) Hasil kerja sama/kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau nonmaterial berupa keuntungan.
- (8) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa uang harus menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (9) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa barang harus dicatat sebagai aset rumah sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (10) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerja sama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
- (11) Evaluasi kerja sama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarkhi pejabat yang berwenang.
- (12) Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

BAB XXVII

PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

Bagian kesatu

Perencanaan

Pasal 130

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Strategis (Renstra) Bisnis rumah sakit;
- (2) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan rumah sakit;
- (3) Visi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan;
- (4) Misi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan rumah sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik;
- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul;

- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisa dan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja;
- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun;
- (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Bagian Kedua

Penganggaran

Pasal 131

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran tahunan yang berpedoman kepada renstra bisnis rumah sakit;
- (2) Penyusunan Renstra Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan sumber-sumber pendapatan rumah sakit lainnya.

Pasal 132

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 131, memuat:
 - a. ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - b. rincian anggaran pendapatan, belanja dan
a. pembiayaan;
 - b. perkiraan harga;
 - c. besaran persentase ambang batas; dan
 - d. perkiraan maju atau *forward estimate*
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat 1, disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Pasal 133

- (1) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud Pasal 95 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran Pasal 97 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan rumah sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit

BAB XXVIII
Bagian kesatu
AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN
Akuntansi

Pasal 134

- (1) RSUD Sumbawa menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan RSUD Sumbawa harus dicatat dalam dokumen pendukungnya dikelola secara tertib.
- (3) RSUD Sumbawa menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.
- (4) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.
- (5) RSUD Sumbawa mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk Rumah Sakit.
- (6) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (7) Kebijakan akuntansi RSUD Sumbawa digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

Bagian Kedua
Pelaporan dan Pertanggungjawaban

Pasal 135

- (1) Laporan keuangan RSUD Sumbawa terdiri dari :
 - a. laporan neraca;
 - b. laporan operasional;
 - c. laporan arus kas;
 - d. laporan realisasi anggaran; dan
 - e. catatan atas laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran rumah sakit.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Setiap tri wulan RSUD Sumbawa menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.

- (5) Setiap semesteran dan tahunan RSUD Sumbawa wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah melalui Direktur untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

BAB XXIX

PEMBINAAN , PENGAWASAN, EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 136

- (1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (2) Pengawasan Operasional rumah sakit dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur RSUD Sumbawa.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh Bupati, PPKD, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

Pasal 137

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi RSUD Sumbawa. Review / perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik RSUD Sumbawa.
- (2) Review / perubahan Visi dan Misi RSUD Sumbawa diajukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi RSUD Sumbawa.
- (3) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Bupati dan dipublikasikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha RSUD Sumbawa.
- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur RSUD Sumbawa dilaksanakan melalui DP3 (Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan), dan selanjutnya berdasarkan Petunjuk Teknis Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan melalui SKP (Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil) yang mulai diterapkan pada tahun 2014.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA. Sesuai pula yang tercantum dalam BAB IV Laporan Akuntabilitas Kinerja Pasal 12 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, menyebutkan bahwa laporan Akuntabilitas Kinerja adalah laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggungjawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi.
- (7) Hasil pengukuran kinerja RSUD Sumbawa dilaporkan dalam bentuk

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Bupati.

- (8) LAKIP RSUD Sumbawa berpedoman kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

BAB XXX TUNTUTAN UMUM

Pasal 138

- (1) Dalam hal pegawai RSUD Sumbawa dituntut berkaitan dengan hukum pidana, maka itu didasarkan pada tuntutannya.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka RSUD Sumbawa bertanggungjawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka RSUD Sumbawa tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan.

BAB XXXI KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 139

- (1) Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam Hospital Bylaws ini ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD Sumbawa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan RSUD Sumbawa ditetapkan Direktur RSUD Sumbawa sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

BAB XXXII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 140

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 85 Tahun 2017 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa (Berita Daerah Kabupaten Sumbawa Tahun 2017 Nomor 85), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 141

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Sumbawa Besar
pada tanggal 30 Desember 2022

 BUPATI SUMBAWA 

 MAHMUD ABDULLAH

Diundangkan di Sumbawa Besar
pada tanggal 30 Desember 2022

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SUMBAWA,


HASAN BASRI

BERITA DAERAH KABUPATEN SUMBAWA TAHUN 2022 NOMOR 130