

BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON



NOMOR 1 TAHUN 2017 SERI E.1

**PERATURAN BUPATI CIREBON
NOMOR 1 TAHUN 2017**

**TENTANG
PENETAPAN PEDOMAN PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
(HOSPITAL BY LAWS) PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WALED
KABUPATEN CIREBON**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI CIREBON,

- Menimbang : a. bahwa sehubungan dengan keberadaan Rumah Sakit Umum Daerah Waled merupakan institusi pelayanan kesehatan milik pemerintah Kabupaten Cirebon yang melaksanakan tugas pelayanan kesehatan perorangan secara berdayaguna dan berhasilguna, sesuai standar normatif pelayanan rumah sakit dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan secara serasi, serta dengan upaya peningkatan pencegahan dan pelaksanaan rujukan sesuai peraturan perundang-undangan;
- b. bahwa dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Waled dengan memperhatikan aspek efisiensi, efektivitas dan kualitas pelayanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada huruf a, maka perlu mengatur pedoman peraturan internal rumah sakit (Hospital By Laws) pada Rumah Sakit Umum Daerah Waled sesuai Visi dan Misinya;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, maka penetapan Pedoman peraturan internal rumah sakit (Hospital By Laws) pada Rumah Sakit Umum Daerah Waled, perlu ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 152, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5071);

4. 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 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
6. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
7. 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 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 147 / MENKES / PER/I/2010 tentang perijinan Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464 / MENKES / PER/X/ 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 501);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/ MENKES / PER / VIII / 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755 / MENKES / PER / IV/ 2014 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;

15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/ MENKES/ SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631 / MENKES / SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws) di Rumah Sakit;
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 938 /MENKES/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Keperawatan;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1575 / Menkes /Per/XI/2005/ tentang Organisasi dan Tata Kerja Dilingkungan Departemen Kesehatan;
19. Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 4 Tahun 2009 Tentang Pembentukan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon (Lembaran Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 4 Tahun 2009 Seri, D.1);
20. Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 6 Tahun 2009 tentang Pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 6 Tahun 2009 Seri E.4);
21. Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 4 Tahun 2009 tentang Pembentukan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon (Lembaran Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 4 Tahun 2009 Seri, D. 1);
22. Peraturan Bupati Cirebon Nomor 63 Tahun 2009 tentang Rincian Tugas Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon Berita Daerah Kabupaten Cirebon Tahun 2009 Seri. D.35).

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN BUPATI CIREBON TENTANG PEDOMAN PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BY LAWS) PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WALED

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Rumah Sakit Umum Daerah waled awalnya bernama "Poliklinik Leuweung Gajah" yang didirikan oleh Pemerintah Belanda pada Tahun 1931, merupakan unit dibawah kendali Pabrik Gula Leuweung Gajah dan pada Tahun 1945 dihibahkan kepada Pemerintah Indonesia Kepemilikan Pemerintah Daerah, mulai difungsikan/dioperasionalkan menjadi Rumah Sakit setara Kelas D sekitar Tahun 1978, Klasifikasi RSUD Kelas C Tahun 1993, RSUD Kelas B Non Pendidikan pada tanggal 3 Desember 2008 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1135 / MENKES / SK /XII/2008, kemudian mendapat Akreditasi RS Tahun 1999 terakreditasi 5 pelayanan, pada Tahun 2003 terakreditasi 12 pelayanan,

pada Tahun 2012 terakreditasi 16 Standar Pelayanan RS Tingkat Lengkap. RSUD Waled Kabupaten Cirebon lokasinya berada di jl Prabu Kiansantang Nomor 4 Waled Kab. Cirebon.

Pada dasarnya pengelolaan rumah sakit ditentukan oleh tiga unsur atau organ fungsional yang berbeda kewenangan, tugas dan tanggung jawab masing-masing, namun semua harus bekerja sama secara integratif dalam menjalankan misi rumah sakit. Ketiga unsur tersebut.

1. **Pemilik** atau yang mewakili, sebagai otoritas *steering*. (Bertanggung jawab untuk menetapkan kebijakan dan objektif rumah sakit, menjaga penyelenggaraan asuhan pasien yang bermutu, dan menyediakan perencanaan serta manajemen institusi);
2. **Pengelola**, dalam hal ini pimpinan rumah sakit, mempunyai fungsi sebagai motor penggerak.
(Diangkat oleh Pemilik dan bertanggung jawab untuk pengoperasian rumah sakit dengan cara yang sesuai dengan kewenangan yang diberikan oleh Pemilik);
3. **Komite Medik**, sebagai pelaku utama *core business* rumah sakit.
(Bertanggung jawab secara menyeluruh untuk mutu jasa profesional yang diberikan oleh Staf Medis yang mendapatkan *clinical privileges*).

Tidak satupun dari ketiga unsur tersebut akan berfungsi, jika tidak ada dua yang lain. Mereka adalah tritunggal yang bersama-sama secara fungsional memimpin rumah sakit dan bertanggung jawab bersama tentang layanan kepada masyarakat (*shared accountability*).

Di masa lalu rumah sakit sering dianggap sebagai lembaga sosial yang kebal hukum berdasarkan *doctrin of charitable immunity*. Perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomi, dimana rumah sakit tetap mempunyai tanggung jawab sosial tetapi dalam pengelolaan keuangannya menerapkan prinsip-prinsip ekonomi, diikuti dengan perubahan peraturan penyelenggaraan rumah sakit membuat rumah sakit dapat dijadikan sebagai subyek hukum karena masyarakat semakin kritis dan sebagai target gugatan atas perilakunya yang dinilai merugikan.

Dengan adanya perubahan rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomi berdampak juga pada semakin kompleksnya rumah sakit (padat modal, padat teknologi, padat tenaga dengan berbagai disiplin ilmu) sehingga pengelolaan rumah sakit tidak bisa semata-mata hanya sebagai lembaga sosial, dan hal ini berpotensi menimbulkan konflik antar pihak yang berkepentingan baik internal (antara pemilik dengan pengelola, antara pengelola dengan staf medis apabila hubungan antara pemilik, pengelola dan staf medis tidak diatur dengan baik) maupun eksternal (antara rumah sakit selaku pemberi pelayanan dengan pelanggan selaku pengguna jasanya).

Oleh karena itu dalam rangka menuju *Good Governance*, rumah sakit perlu mengantisipasi dengan adanya kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit, baik pemilik, pengelola dan staf medis di rumah sakit, serta mengatur hubungan ketiga unsur tersebut dalam **Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws)**.

Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) :

- Merupakan **konstitusi** bagi pengelolaan rumah sakit.
- Merupakan **perangkat hukum tertinggi** dalam bentuk aturan tertulis yang disusun sendiri dan berlaku internal, dengan tujuan untuk

melindungi semua pihak yang terkait secara baik dan benar berdasarkan rasa keadilan.

- Merupakan **'perpanjangan tangan'** dari **ketentuan-ketentuan hukum yang ada di atasnya**, dan karena itu tidak boleh bertentangan dengan ketentuan-ketentuan itu.
- Memuat ketentuan tentang tugas, fungsi, hak, wewenang, kewajiban, tanggung jawab, serta hubungan kerja antara Pemilik, Pengelola dan Staf Medis/ Komite Medik.
- Lebih merupakan **Anggaran Rumah Tangga** rumah sakit, yaitu seperangkat aturan atau norma yang menjadi dasar bagi kegiatan harian rumah sakit yang bersangkutan.
- Menjadi efektif dan mempunyai kekuatan hukum setelah **disetujui dan ditetapkan oleh pemilik atau yang mewakili**.
- **Bukan kebijakan teknis manajerial/ operasional**, tetapi lebih mengatur pemilik, pengelola dan staf Medis dengan pengaturan yang jelas agar fungsi bisnis dan fungsi iptek dapat berjalan selaras, yang pada akhirnya dapat tercapainya efisiensi, efektivitas dan kualitas pelayanan.

Dengan meningkatnya kesadaran hukum dan kepekaan masyarakat terhadap tuntutan secara hukum yang sering terjadi akhir-akhir ini, maka Peraturan Internal Rumah Sakit menjadi acuan tertulis yang sangat penting bagi rumah sakit.

Sebelumnya, RSUD Waled Kabupaten Cirebon disusun berpedoman kepada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tanggal 21 Juni 2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Dengan ditetapkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, serta dengan terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit, maka RSUD Waled Kabupaten Cirebon membuat juga *Medical Staff by Laws*.

Manajemen rumah sakit dapat dipilah dalam dua bidang utama, yaitu *Corporate governance*, yang mengatur aspek institusional dan aspek bisnis dalam penyelenggaraan rumah sakit. (bertujuan menunjang terlaksananya *Good Corporate Governance*) dan *Clinical governance*, yang mengatur aspek pemberian layanan dan asuhan klinis langsung kepada pasien. (bertujuan menunjang terlaksananya *Good Clinical Governance*). Dengan demikian, Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) terdiri atas dua komponen, yaitu :

1. Peraturan Internal Institusi (*Corporate By laws*),
2. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By laws*), khusus mengatur tenaga profesi Medis yang memberikan pelayanan Medis kepada pasien.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, maka Peraturan Internal RSUD Waled Kabupaten Cirebon meliputi Peraturan Internal Korporasi dan Peraturan Internal Staf Medis dan diharapkan dapat mengakomodasi perubahan situasi dan perkembangan rumah sakit.

B. Tujuan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) RSUD Waled

(1) Tujuan Umum :

Dimilikinya suatu tatanan peraturan dasar yang mengatur tentang Pemilik, Pengelola, Staf Medis, Satuan Pemeriksaan Internal (SPI), Komite Medik, dan Komite-Komite lainnya, sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat berjalan secara efisien, efektif dan berkualitas.

(2) Tujuan Khusus :

- a. Dimilikinya pedoman dalam hubungannya dengan Pemilik, Pengelola, Staf Medis, Komite Medik, Satuan Pemeriksaan Internal (SPI), dan Komite-Komite lainnya.
- b. Dimilikinya pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial/ operasional RSUD Waled Kabupaten Cirebon.
- c. Dimilikinya pedoman dalam pengaturan Staf Medis.

C. Fungsi Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) RSUD Waled

Mengacu kepada pengertian tersebut diatas maka fungsi Peraturan Internal RSUD Waled Kabupaten Cirebon adalah :

1. Sebagai acuan bagi pemilik rumah sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD Waled Kabupaten Cirebon melalui Dewan Pengawas
2. Sebagai acuan bagi Pengelola (Direktur dan Jajajaran Struktural lainnya) dalam mengelola RSUD Waled Kabupaten Cirebon dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis manajerial/ operasional (*rules and regulations*) yang pada umumnya terdiri dari kebijakan dan prosedur di bidang administrasi, klinis / medis, penunjang medis, keperawatan, uraian tugas/ *job description* tenaga kesehatan dan petugas rumah sakit, *technical task* tertentu, dan perangkat peraturan pengelola lainnya untuk menyelenggarakan kegiatan RSUD Waled Kabupaten Cirebon.
3. Sarana untuk menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu RSUD Waled Kabupaten Cirebon.
4. Sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan RSUD Waled Kabupaten Cirebon.
5. Sebagai acuan bagi penyelesaian konflik di RSUD Waled Kabupaten Cirebon antara Pemilik atau yang mewakili, Pengelola dan Staf Medis.
6. Untuk memenuhi persyaratan akreditasi rumah sakit.

D. Manfaat Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) RSUD Waled Kabupaten Cirebon

1. Manfaat untuk RSUD Waled Kabupaten Cirebon :
 - a. Sebagai acuan hukum dalam mengelola rumah sakit.
 - b. Sebagai acuan untuk mendapatkan kepastian hukum dalam pembagian kewenangan dan tanggungjawab baik eksternal maupun internal yang dapat menjadi alat / sarana perlindungan hukum bagi rumah sakit atas tuntutan / gugatan.
 - c. Sebagai alat / sarana untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.
 - d. Dimilikinya kejelasan arah dan tujuan dalam melaksanakan kegiatannya.
 - e. Sebagai alat / sarana untuk menunjang persyaratan akreditasi rumah sakit.
2. Manfaat untuk Pengelola (Direktur, Wakil Direktur dan Jajaran Struktural lainnya) :
 - a. Sebagai acuan tentang batas kewenangan, hak, kewajiban dan tanggungjawab yang jelas sehingga memudahkan dalam menyelesaikan masalah yang timbul serta dapat menjaga hubungan yang serasi dan selaras.

- b. Sebagai pedoman resmi untuk menyusun kebijakan teknis manajerial / operasional
- 3. Manfaat untuk Dewan Pengawas :
 - a. Sebagai alat / sarana untuk mengetahui tugas dan kewajibannya.
 - b. Sebagai acuan dalam menilai kinerja pengelola rumah sakit.
- 4. Manfaat Untuk Pemilik :
 - a. Sebagai alat / sarana untuk mengetahui tugas dan kewajibannya.
 - b. Sebagai acuan dalam menyelesaikan konflik internal.
 - c. Sebagai acuan dalam menilai kinerja direktur rumah sakit.
- 5. Manfaat untuk Masyarakat :
 - a. Sebagai alat / sarana untuk mengetahui tujuan sesuai visi, misi RSUD Waled Kabupaten Cirebon.
 - b. Sebagai alat/sarana untuk mengetahui dan memahami pengelolaan dalam memberikan pelayanan kesehatan di RSUD Waled Kabupaten Cirebon.

BAB II

KETENTUAN UMUM

Pengertian Pasal 1

Dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) RSUD Waled ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Cirebon;
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Cirebon;
3. Bupati adalah Bupati Cirebon;
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Cirebon;
5. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon;
6. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon, yang organisasinya diatur dalam Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 4 Tahun 2009 tanggal 25 Juni 2009;
7. Pemilik adalah Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon yaitu Pemerintah Daerah Kabupaten Cirebon dalam hal ini Bupati Cirebon;
8. Dewan Pengawas adalah Dewan Pengawas yang ditunjuk oleh Bupati Cirebon;
9. Pengelola adalah pengelola Rumah Sakit, dalam hal ini adalah pimpinan / manajemen Rumah Sakit yang menjalankan fungsi manajemen dan bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit, adalah Direktur Rumah Sakit;
10. Direktur adalah pejabat struktural tertinggi di Rumah Sakit Umum Daerah Waled, yaitu seseorang yang diangkat oleh Bupati Cirebon untuk menjadi pimpinan dan bertanggung jawab atas pengelolaan rumah sakit yang dipimpinnya;
11. Wakil Direktur adalah pejabat struktural di Rumah Sakit yang diangkat oleh Bupati Cirebon untuk membantu Direktur dalam mengelola rumah sakit sesuai dengan bidang tugasnya;
12. Pejabat Struktural (Kepala Bagian/ Kepala Bidang, Kepala Sub.Bagian/ Kepala Seksi) adalah pejabat di Rumah Sakit yang diangkat oleh Bupati

- Cirebon untuk membantu Direktur dalam mengelola rumah sakit sesuai dengan bidang tugasnya;
13. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;
 14. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
 15. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dan keanggotaannya dipilih serta diangkat oleh Direktur;
 16. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah wadah non-struktural yang melakukan monitoring dan evaluasi mutu dan keselamatan pasien secara berkala dan insidental sesuai kebutuhan;
 17. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPI) adalah wadah non-struktural yang melakukan monitoring dan evaluasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit secara berkala dan Intensif;
 18. Satuan Pengawas Internal adalah wadah non-struktural perangkat BLUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu pemimpin BLUD untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis sehat;
 19. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis yang ditetapkan oleh pemilik;
 20. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By laws*) adalah aturan yang mengatur agar Tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola, dan Staf Medik di rumah sakit;
 21. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit;
 22. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/ atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas;
 23. Dokter adalah dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi umum dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah RI sesuai dengan peraturan perundang-undangan, memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP) yang sah, serta telah mendapatkan penempatan atau terikat perjanjian dengan Rumah Sakit dan oleh karenanya diberi kewenangan untuk melakukan pelayanan dan/ atau tindakan medis di Rumah Sakit;
 24. Kelompok Jabatan Fungsional adalah Kelompok Pegawai Negeri Sipil yang diberi tugas, wewenang secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan kegiatan yang sesuai dengan profesinya dalam rangka mendukung kelancaran tugas pemerintah;

25. Staf Medis Fungsional adalah orang yang bergelar dokter umum (dr.), dokter gigi (drg.), dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis, yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional, melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan, pendidikan dan penelitian secara penuh waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku;
26. Kelompok Staf Medis adalah staf medis yang dikelompokkan berdasarkan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktek (SIP), terdiri dari kelompok staf medis dokter umum, dokter gigi umum, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis. Kelompok tersebut dinamakan Staf Medis Fungsional (SMF);
27. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis;
28. Instalasi adalah satuan kerja non-struktural yang menyelenggarakan pelayanan dan menyediakan fasilitas antara lain rawat jalan, gawat darurat, rawat inap, rawat intensif, kamar operasi, dan penunjang medis serta penunjang non medis;
29. Tim adalah wadah kegiatan terintegrasi yang dibentuk sesuai kebutuhan untuk mendukung pelayanan di rumah sakit;
30. Pelayanan Medis adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, yang dapat berupa pelayanan promotif, preventif, diagnostik, konsultatif, kuratif atau rehabilitatif;
31. Tindakan Medis adalah suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilakukan terhadap pasien, baik untuk tujuan preventif, diagnostik, terapeutik ataupun rehabilitatif;
32. 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*);
33. Penugasan Klinis (*Clinical appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan;
34. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
35. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan;
36. Telaah Keprofesian (*Clinical Appraisal*) adalah telaah yang ditinjau dari segi *knowledge* (pengetahuan), *skill* (ketrampilan) dan kompetensi yang bersangkutan dibidang keahlian profesinya;
37. Dokter Tetap atau Dokter Purna Waktu adalah Dokter Spesialis/ Dokter Gigi Spesialis atau Dokter/ Dokter Gigi dengan status pegawai Rumah Sakit yang bekerja memberikan pelayanan dan/ atau tindakan medis secara penuh waktu (sepenuhnya) pada jam kerja yang telah ditetapkan;
38. Dokter Tamu adalah dokter atau dokter gigi yang status kepegawaiannya bukan sebagai pegawai Rumah Sakit, yang karena kompetensinya diundang/ ditunjuk untuk melakukan/ memberikan pelayanan dan/ atau tindakan medis di Rumah Sakit untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu atas tanggung jawab Staf Medis Fungsional/ Komite Medik;

39. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) adalah dokter yang bertugas mengelola rangkaian tata kelola medis seorang pasien;
40. Personalia Komite Medik adalah pegawai yang aktif kegiatan di Komite Medik, meliputi Ketua, Sekretaris dan Anggota;

BAB III IDENTITAS

Bagian Kesatu Kedudukan Rumah Sakit

Nama, Alamat, Jenis dan Tipe Pasal 2

1. Nama : Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon (selanjutnya cukup disingkat dengan RSUD Waled Kabupaten Cirebon);
2. Alamat : Jl. Prabu Kiansantang Nomor 4 Waled Kabupate Cirebon 45187;
3. Jenis : Rumah Sakit Umum;
4. Tipe : B Non Pendidikan.

Kepemilikan Pasal 3

RSUD adalah Rumah Sakit milik pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan, dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Kewenangan Pemilik RSUD Waled Kabupaten Cirebon :

1. Melakukan pembinaan teknis kepada BLUD-RSUD melalui Sekretaris Daerah;
2. Membentuk tim penilai untuk meneliti dan menilai usulan penerapan, peningkatan, penurunan dan pencabutan status PPK-BLUD;
3. Berdasarkan pertimbangan hasil penilaian tim penilai, berwenang dalam hal penerapan, peningkatan, penurunan dan pencabutan status PPK-BLUD;
4. Mengangkat dan memberhentikan pejabat pengelola BLUD;
5. Membentuk Dewan Pengawas atas usulan pemimpin BLUD;
6. Menetapkan dan melakukan perubahan atas tarif layanan BLUD-RSUD dan menyampaikan kepada pimpinan DPRD untuk mendapatkan persetujuan;
7. Menandatangani DPA-BLUD sebagai perjanjian kerja dengan pemimpin BLUD;
8. Menetapkan dan memberikan arahan tentang Rencana Strategis Rumah Sakit melalui Sekretaris Daerah.
9. Menetapkan kebijakan dan prosedur.
10. Menetapkan Visi dan Misi Rumah Sakit.
11. Mengalokasikan Sumber Daya (SDM dan Keuangan)
12. Pengawasan mutu program pelayanan Rumah Sakit melalui Sekretaris Daerah.

13. Memberikan persetujuan atas ketentuan pengadaan barang dan/ atau jasa yang ditetapkan oleh pemimpin BLUD;
14. Memberikan persetujuan melalui Sekretaris Daerah atas penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi BLUD.
15. Dapat mengambil alih penagihan dan penghapusan piutang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Klasifikasi dan Status Pasal 4

- (1) Klasifikasi RSUD Waled Kabupaten Cirebon merupakan Rumah Sakit Umum Kelas B Non Pendidikan yang memberikan pelayanan kesehatan pada beberapa spesialisik, pelayanan rawat inap, rawat inap khusus psikiatri, rawat jalan, gawat darurat, pelayanan penunjang medik.
- (2) Status RSUD Waled adalah Satuan Organisasi Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang menerapkan PPK-BLUD.

Bagian Kedua Visi, Misi, Motto, Tujuan dan Slogan Pasal 5

- Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon
- (1) Visi RSUD Waled Kabupaten Cirebon adalah :
Menjadi pusat pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan di wilayah timur Jawa Barat Tahun 2019.
 - (2) Misi RSUD Waled Kabupaten Cirebon adalah :
 - a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit
 - b. Meningkatkan mutu pendidikan dan penelitian kesehatan di rumah sakit
 - (3) Rumusan Visi dan Misi RSUD Waled mengacu kepada Visi dan Misi Daerah.
 - (4) Pelaksanaan operasional visi dan misi RSUD ditetapkan lebih lanjut dengan keputusan Direktur RSUD.
 - (5) Review atas visi dan misi RSUD dilakukan 5 (lima) tahun sekali oleh Dewan Pengawas dan Direktur RSUD, atau dilakukan apabila terdapat ketentuan lain yang menghendaki dilakukannya perubahan.
 - (6) Visi dan misi RSUD dipublikasikan oleh Direktur RSUD melalui Penanggung Jawab Humas RSUD.

Pasal 6 Motto Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon

Motto Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kab. Cirebon adalah :

S E H A T
 S = Siaga
 E = Efektif & Efisien
 H = Harmonis
 A = Aman
 T = Tertib

Pasal 7

Tujuan Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon

Tujuan RSUD Waled Kabupaten Cirebon adalah :

- (1) Peningkatan kapasitas ruang perawatan,
- (2) Tersedianya tenaga sesuai kompetensi yang dibutuhkan,
- (3) Tercapainya standard pelayanan minimal (SPM) sesuai standard.

Pasal 8

Slogan Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon Melayani Dengan Sepenuh Hati

Bagian Ketiga

Strategi, Kebijakan dan Logo Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon

Pasal 9

Strategi dan Kebijakan Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon

- (1) Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah secara efektif dan efisiensi.
- (2) Pemenuhan sumber daya RS (sarana, prasarana dan ketenagaan) secara tepat guna dan berdaya guna.
- (3) Penguatan sistem rujukan secara vertical dan horizontal melalui kerjasama pendidikan, pelatihan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya.

Pasal 10

Logo Institusi Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon

- (1) Logo RSUD Waled adalah sebagai berikut :



- (2) Deskripsi logo sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:

Buku Terbuka:

Memiliki arti sebagai penyedia informasi dan sumber penerang bagi civitas RSUD WALED.

Gapura:

Tempat terbuka tidak memandang golongan atau ras tertentu/membumi, tenang bagi semua kalangan bawah-menengah-dan atas.

Bulan Sabit:

Kenetralan dan Keteguhan dalam menyikapi masalah dengan selalu memohon pertolongan kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Palang dan Uluran Tangan:

Lambang Palang hijau adalah pertolongan medis dan kesehatan pada masyarakat yang memerlukan dan informasi tentang kesehatan.

Lambang dua uluran tangan berwarna putih memberimakna ikhlas menolong sesama dalam situasi apapun.

Air:

Air adalah kebutuhan hidup yang yang sampai kapanpun akan selalu dibutuhkan.

Arti Warna:

Warna hijau adalah warna yang identik dengan alam dan mampu memberi suasana tenang, santai dan dapat memberi kesan segar dan membumi.

Warna Hitam melambangkan perlindungan, pengusiran sesuatu yang negatif.

Warna Biru Memberikan kesan Komunikasi yang baik dan kasih sayang.

Warna Kuning Melambangkan energi sosial, kerjasama, kebahagiaan, kegembiraan, kehangatan dan loyalitas.

**BAB IV
DEWAN PENGAWAS**

Unsur-unsur Dewan Pengawas
Pasal 11

Dewan Pengawas terdiri dari :

- (1) Susunan keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari;
 - a. Ketua;
 - b. Anggota; dan
 - c. Sekretaris, bukan anggota.
- (2) Unsur-unsur Dewan Pengawas;
 - a. Pejabat satuan organisasi perangkat daerah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit;
 - b. Pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
 - c. Tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan usaha dan diperlukan berdasarkan keilmuan oleh Rumah Sakit.

Kedudukan, Tugas dan Wewenang
Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit non struktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk pada Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 13

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

Pasal 14

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13, Dewan Pengawas bertugas:
 - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menyetujui kebijakan dan prosedur;
 - d. menyetujui pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian;
 - e. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - f. mengawasi pelaksanaan kendali mutu program dan kendali biaya;
 - g. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - h. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
 - i. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
- (2) Dewan Pengawas yang dibentuk pada Rumah Sakit yang menerapkan PPK BLU/BLUD, selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) juga melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada pemilik Rumah Sakit paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan pemilik Rumah Sakit.

Pasal 15

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

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

Pasal 16

- (1) Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas dewan pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun atau sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Pasal 17

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

Keanggotaan Dewan Pengawas Pasal 18

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

Pasal 19

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

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

Pasal 20

Ketentuan mengenai keanggotaan Dewan Pengawas bagi Rumah Sakit yang menerapkan PPK BLU/BLUD ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pembentukan, Pemberhentian, dan Penggantian

Pasal 21

Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Pasal 22

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

Pasal 23

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (2), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 sampai dengan Pasal 20.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Pengangkatan Dewan Pengawas Pasal 24

- (1) Dewan Pengawas diusulkan oleh Direktur RSUD Waled dan di tetapkan dengan Keputusan Bupati Cirebon.
- (2) Dewan pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati berdasarkan kriteria yang ditetapkan dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dewan Pengawas bertanggung jawab kepada Bupati Cirebon

Pasal 25

Dewan Pengawas memberikan persetujuan terhadap kebijakan-kebijakan yang dibuat oleh Direktur RS dalam hal :

1. Menetapkan visi, misi, motto, nilai-nilai, logo, tujuan, dan masterplan rumah sakit;
2. Menetapkan kebijakan rumah sakit dalam arti yang seluas-luasnya.
3. Memilih dan menetapkan Pejabat-pejabat baik struktural maupun fungsional rumah sakit
4. Melaksanakan tindakan yang dapat memiliki dampak luas terhadap kelangsungan hidup rumah sakit
5. Memantau kualitas pelayanan rumah sakit
6. Menjaga citra rumah sakit.

Tugas dan Wewenang Ketua Dewan Pengawas
Pasal 26

1. Memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas
2. Memutuskan berbagai hal yang berkaitan prosedur dan tata cara pada setiap rapat Dewan Pengawas yang tidak diatur dalam Peraturan Internal ini atau dalam peraturan rumah sakit/dalam peraturan lainnya.
3. Bekerjasama dengan Direktur untuk menangani berbagai hal yang mendesak, yang seharusnya ditetapkan oleh putusan rapat Dewan Pengawas dan belum sempat diselenggarakan, serta memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu.
4. Melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil berdasarkan Peraturan Internal ini sebagaimana dimaksud pada butir 3 diatas disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.
5. Melaporkan setiap tugas yang telah ditetapkan oleh Dewan pengawas.

Rapat-rapat Dewan Pengawas
Pasal 27

1. Rapat Dewan Pengawas dihadiri oleh Ketua, Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas; dilaksanakan pada waktu dan tempat yang ditetapkan Dewan Pengawas.
2. Rapat Dewan Pengawas dapat dihadiri oleh pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas.
3. Rapat Dewan Pengawas dipimpin oleh Ketua Dewan Pengawas.
4. Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, rapat dipimpin oleh salah satu dari Anggota Dewan Pengawas.
5. Risalah rapat Dewan Pengawas dibuat oleh Sekretaris Dewan Pengawas dan menjadi tanggung jawab Ketua Dewan Pengawas. Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu maksimal 7 hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.
6. Pengambilan keputusan rapat diupayakan melalui musyawarah mufakat.
7. Dalam hal pengambilan keputusan tidak dapat diupayakan melalui musyawarah mufakat, maka dapat dilakukan dengan pemungutan suara dengan jumlah suara terbanyak.

BAB V
DIREKSI/ PEJABAT PENGELOLA

Bagian Kesatu
Umum
Pasal 28

- (1) Pejabat pengelola RSUD adalah pimpinan Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional RSUD, terdiri dari:
 - a. Pemimpin yaitu Direktur;
 - b. Pejabat Keuangan yaitu Wakil Direktur Umum dan Keuangan; dan
 - c. Pejabat Teknis yaitu Wakil Direktur Pelayanan.

- (2) Pejabat pengelola RSUD diangkat dan ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Bagian Kedua
Tugas dan Wewenang Pejabat Pengelola
Pasal 29

Tugas dan wewenang pejabat pengelola adalah :

- a. Memimpin dan mengelola rumah sakit sesuai dengan tujuan rumah sakit dan berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. Mewakili rumah sakit didalam dan diluar pengadilan maupun dalam hubungan kerja sama dengan pihak lain;
- c. Melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mngelola rumah sakit sebagaimana yang telah ditetapkan oleh Bupati dan Dewan Pengawas;
- d. Menentukan kebijakan operasional rumah sakit;
- e. Menyiapkan rencana strategis dan rencana bisnis anggaran;
- f. Melaksanakan fungsi penyelenggaraan rumah sakit;
- g. Mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai dengan prinsip-prinsip tata kelola keuangan rumah sakit;
- h. Mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- i. Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban rumah sakit, termasuk kewenangan klinis (clinical previlage) bagi dokter, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- j. Menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala; dan
- k. Mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan.

BAB VI
UNSUR, SUSUNAN DAN TUGAS UNSUR ORGANISASI

Bagian Kesatu
Unsur Organisasi

Pasal 30

Unsur Organisasi RSUD, terdiri dari:

- a. Pimpinan adalah Direktur;
- b. Pembantu Pimpinan adalah Wakil Direktur; dan
- c. Pelaksana adalah Bidang, Bagian, Sub.Bagian, Seksi, Instalasi, Komite Rumah Sakit, Kelompok Jabatan Fungsional, dan Satuan Pengawas Internal.

Bagian Kedua
Susunan Organisasi
Pasal 31

Susunan Organisasi RSUD adalah sebagai berikut :

- a. Direktur ;
- b. Wakil Direktur Umum dan Keuangan ;
- c. Wakil Direktur Pelayanan ;

- d. Bagian Perencanaan & Informasi ;
- e. Bagian Kesekretariatan ;
- f. Bagian Keuangan ;
- g. Bidang Pelayanan Medik ;
- h. Bidang Penunjang Pelayanan Medik ;
- i. Bidang Pelayanan Keperawatan ;
- j. Instalasi ;
- k. Jabatan Fungsional.

Bagian Ketiga Tugas Unsur Organisasi

Direktur
Pasal 32

- (1) RSUD dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui sekretaris Daerah.
- (2) Direktur RSUD mempunyai tugas menyelenggarakan penyusunan kebijakan, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengawasi, mengendalikan dan mengevaluasi serta melaporkan pelaksanaan kegiatan RSUD.
- (3) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur RSUD mempunyai fungsi :
 - a. Perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan;
 - b. Penyelenggaraan pengendalian kegiatan RSUD;
 - c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas bidang administrasi umum dan pelayanan medis di RSUD;
 - d. Pelaksanaan pelayanan ketatausahaan RSUD; dan
 - e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati, sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Direktur mempunyai uraian tugas:
 - a. Membantu Bupati dalam melaksanakan tugas, baik perencanaan maupun pelaksanaan kegiatan di RSUD;
 - b. Memimpin, mengoordinasikan, membina dan mengendalikan seluruh kegiatan RSUD;
 - c. Mengkaji dan merumuskan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan;
 - d. Merumuskan, menyusun rencana dan program kerja RSUD sebagai pedoman kerja sesuai kebijakan RSUD;
 - e. Menyusun, melaporkan, dan mempertanggungjawabkan tugas kedinasan sesuai dengan bidang tugas baik secara operasional maupun administrasi kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah;
 - f. Membagi tugas kepada Wakil Direktur, sesuai dengan tugas dan fungsinya;
 - g. Memberi petunjuk kepada Wakil Direktur, untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - h. Mengkaji dan merumuskan kebijakan teknis RSUD;
 - i. Merumuskan, menyusun rencana dan program kerja RSUD sebagai pedoman kerja sesuai kebijakan RSUD;

- j. Menelaah, menyusun dan merumuskan peraturan dan perundang – undangan daerah di RSUD Waled;
- k. Menyelenggarakan urusan pelayanan umum di RSUD;
- l. Menyelenggarakan pembinaan dan pelaksanaan tugas bidang administrasi umum dan pelayanan medis serta kelompok jabatan fungsional;
- m. Menyelenggarakan bimbingan, pengawasan dan pengendalian kegiatan RSUD;
- n. Melaksanakan administrasi ketatausahaan RSUD;
- o. Menyelenggarakan pembinaan teknis, pengawasan dan pengendalian terhadap kegiatan RSUD;
- p. Member informasi, saran dan bahan pertimbangan kepada Bupati di bidang RSUD sebagai bahan penetapan kebijakan daerah;
- q. Menyelenggarakan pembinaan fungsional terhadap unit-unit organisasi dilingkup RSUD;
- r. Menyelenggarakan penerapan budaya kerja aparatur dilingkup RSUD;
- s. Menyelenggarakan pengawasan terhadap tercapainya kepuasan masyarakat di RSUD;
- t. Melaksanakan tindak lanjut pengaduan masyarakat di lingkup RSUD;
- u. Menyelenggarakan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas/kegiatan RSUD, sesuai ketentuan yang berlaku; dan
- v. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Bupati, sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan
Pasal 33

- (1) Administrasi Umum dan Keuangan dipimpin oleh seorang Wakil Direktur adalah unsur staf yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Administrasi Umum dan Keuangan mempunyai tugas mengelola administrasi umum, yang meliputi kesekretariatan, perencanaan dan informasi, dan keuangan.
- (3) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), administrasi umum dan keuangan mempunyai fungsi:
 - a. perumusan kegiatan teknis dibidang administrasi umum dan keuangan;
 - b. pengoordinasian urusan administrasi umum meliputi kesekretariatan, perencanaan dan informasi, dan keuangan RSUD;
 - c. pengelolaan evaluasi dan pelaporan RSUD; dan
 - d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur, sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (4) Dalam pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan mempunyai uraian tugas:
 - a. membantu Direktur, dalam melaksanakan tugas dibidang Administrasi Umum dan Keuangan;
 - b. mengelola penyusunan rencana dan program kerja Administrasi Umum dan Keuangan, sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - c. mendistribusikan dan memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada para Kepala Bagian, sesuai tugas dan fungsinya;
 - d. membina dan memotivasi bawahan dalam rangka pelaksanaan tugas, peningkatan produktivitas dan pengembangan karier bawahan;

- e. memantau, mengendalikan, mengevaluasi, dan menilai pelaksanaan tugas bawahan;
- f. mewakili Direktur dalam hal Direktur berhalangan untuk melakukan koordinasi eksternal yang berkaitan dengan tugas-tugas administrasi umum dan keuangan RSUD;
- g. mengoordinasikan kegiatan di bidang kesekretariatan, perencanaan dan informasi dan keuangan;
- h. mengoordinasikan dan mengendalikan pelaksanaan administrasi kearsipan, naskah dinas baik yang masuk maupun keluar;
- i. mengoreksi surat-surat atau naskah dinas dilingkup RSUD;
- j. mengatur pelaksanaan layanan dibidang administrasi umum dan keuangan kepada unit organisasi di lingkup RSUD;
- k. menyusun dan menelaah peraturan dan perundang-undangan yang berhubungan dengan RSUD;
- l. memantau kegiatan bawahan lingkup Administrasi Umum dan Keuangan;
- m. memantau, mengoordinasikan dan melaporkan setiap kegiatan administrasi Umum dan Keuangan kepada Direktur;
- n. mengelola pengadaan dan perlengkapan serta rumah tangga yang menjadi kebutuhan RSUD;
- o. mengelola administrasi kepegawaian dan pengembangan SDM RSUD;
- p. menyusun rencana strategis dan rencana kerja tahunan dibidang kesekretariatan, perencanaan dan informasi serta keuangan;
- q. membuat RAB tahunan dibidang kesekretariatan, perencanaan dan informasi serta keuangan;
- r. melakukan analisis jabatan RSUD;
- s. membuat kebijakan operasional dibidang kesekretariatan, perencanaan dan informasi serta keuangan;
- t. membuat standar pelayanan dibidang kesekretariatan, perencanaan dan informasi serta keuangan meliputi desain jasa pelayanan umum dan keuangan, rencana kapitasi
- u. melakukan penilaian kualitas pelayanan umum dan keuangan;
- v. menyusun tarif RSUD;
- w. membuat system imbalan RSUD;
- x. membuat laporan berkala kegiatan bidang kesekretariatan, perencanaan dan informasi serta keuangan;
- y. membuat laporan penilaian kinerja RSUD;
- z. menyusun rencana pengembangan bidang kesekretariatan, perencanaan dan informasi serta keuangan;
- aa. mengelola hubungan masyarakat dan keprotokolan RSUD;
- bb. mengelola penyusunan rencana dan program 5 (lima) tahunan dan tahunan RSUD, sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- cc. menyusun rancangan RAPB Tahunan;
- dd. mengelola administrasi dan penatausahaan keuangan RSUD;
- ee. melaksanakan koordinasi dalam pengusulan/penunjukan kuasa pengguna anggaran, pejabat pembuat komitmen, pejabat penatausahaan keuangan, pejabat pelaksana teknis kegiatan dan bendahara;
- ff. melaksanakan pembinaan, pengarahan, dan pengawasan kepada bendahara;
- gg. mengelola perencanaan dan program RSUD;
- hh. mengelola dan mengoordinasikan penyusunan rencana anggaran dan pelaksanaan anggaran lingkup RSUD;

- ii. memberikan sarana dan pertimbangan kepada Direktur, yang berkaitan dengan kegiatan bidang administrasi umum dan keuangan, dalam rangka pengambilan keputusan/kebijakan RSUD;
- jj. mengelola evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas/kegiatan RSUD, sesuai ketentuan yang berlaku, dan
- kk. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur, sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Wakil Direktur Pelayanan
Pasal 34

- (1) Bidang pelayanan dipimpin oleh Wakil Direktur adalah unsur pelaksana yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur;
- (2) Wakil Direktur pelayanan mempunyai tugas mengelola pelayanan yang meliputi pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan pelayanan penunjang medis;
- (3) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Wakil Direktur Pelayanan mempunyai fungsi :
 - a. Perumusan kegiatan teknis di bidang pelayanan;
 - b. Pengoordinasian urusan pelayanan meliputi pelayanan medis, pelayanan keperawatan dan pelayanan penunjang medis;
 - c. Pengelolaan pelayanan RSUD dan
- (4) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya ;
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2) dan ayat (3), Wakil Direktur Pelayanan Medis mempunyai uraian tugas:
 - a. Membantu Direktur dalam melaksanakan tugas di bidang pelayanan;
 - b. Mengelola penyusunan rencana dan program kerja direktorat pelayanan sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - c. Mendistribusikan dan memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada para kepala bagian sesuai dengan tugas dan fungsinya;
 - d. Membina dan memotivasi bawahan dalam rangka pelaksanaan tugas peningkatan produktivitas dan pengembangan karir bawahan;
 - e. Memantau, mengendalikan, mengevaluasi dan menilai pelaksanaan tugas pada kepala bidang sesuai dengan bidang tugasnya;
 - f. Mewakili Direktur di bidang pelayanan dalam hal Direktur berhalangan untuk melakukan koordinasi eksternal yang berkaitan dengan tugas-tugas pelayanan RSUD;
 - g. Mengoordinasikan kegiatan di bidang pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan pelayanan penunjang medis;
 - h. Menyusun rencana srattegis dan rencana kerja di bidang pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan pelayanan penunjang medis;
 - i. Menyusun RAB tahunan pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan pelayanan penunjang medis;
 - j. Menyusun formasi staf pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan penunjang pelayanan medis;
 - k. Menyusun standar pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan pelayanan penunjang medis;
 - l. Melaksanakan penilaian kualitas pelayanan;
 - m. Menyusun sistem imbalan staf pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan pelayanan penunjang medis;

- n. Menyusun program pelayanan medis, pelayanan keperawatan dan pelayanan penunjang medis;
 - o. Menyiapkan peraturan-peraturan pelaksanaan sebagai dasar guna mendukung kelancaran tugas pelayanan;
 - p. Membuat usulan panitia-panitia bagi penyelenggaraan pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan pelayanan penunjang medis;
 - q. Memberikan saran dan pertimbangan kepada Direktur yang berkaitan dengan kegiatan bidang pelayanan dalam rangka pengambilan keputusan/kebijakan RSUD;
 - r. Mengelola Evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas/kegiatan bidang pelayanan RSUD sesuai ketentuan yang berlaku; dan
- (6) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

BAB VII
PENGELOLAAN, PENGANGKATAN, PEMINDAHAN, PEMBERHENTIAN DAN
KOORDINASI PEJABAT STRUKTURAL

Bagian Kesatu
Pengelolaan
Pasal 35

- (1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit secara keseluruhan dilakukan oleh 1 (satu) orang Direktur, 2 (dua) orang Wakil Direktur, 6 orang Kepala Bagian/ Kepala Bidang, 15 orang Kepala Sub Bagian/ Kepala Seksi.
- (2) Direktur bertanggung jawab kepada Bupati Cirebon dalam hal pengelolaan dan pengawasan rumah sakit beserta fasilitasnya, sumber daya manusia dan sumber daya terkait.
- (3) Direktur, Wakil Direktur dan pejabat struktural RSUD Waled bertugas untuk melaksanakan kebijakan pengelolaan Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Pemilik sesuai dengan ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan peraturan kebijakan serta segala ketentuan umum yang berlaku, dan berbagai aturan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini, serta memperhatikan hasil pelaksanaan tindakan/ audit yang dilaksanakan oleh Komite Medik dan Satuan Pengawas Internal di Rumah Sakit.
- (4) Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Direktur, Wakil Direktur dan pejabat struktural diatur dalam peraturan Bupati Cirebon diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis.
- (5) Penilaian Kinerja Direktur dilakukan oleh Bupati Cirebon.
- (6) Penilaian Kinerja Wakil Direktur dan Pejabat Struktural dilakukan oleh atasan langsung.

Bagian Kedua
Pengangkatan, Pemindahan dan Pemberhentian
Pasal 36

- (1) Direktur dan pejabat struktural (Kabag/Kabid, Kasubag/ Kasie) diangkat, dipindahkan dan diberhentikan oleh Bupati Cirebon sesuai dengan kebijakan Bupati Cirebon.
- (2) Kedudukan sebagai Direktur pejabat struktural (Kabag/Kabid, Kasubag/ Kasie) berakhir dengan dikeluarkannya Keputusan Bupati.

Bagian Ketiga
Koordinasi antar Direktur dan Pejabat Struktural
Pasal 37

- (1) Dalam menjalankan tugas-tugasnya maka :
 - a. Direktur dapat bertindak atas nama Pengelola berdasarkan persetujuan Wakil Direktur dan pejabat struktural lainnya.
 - b. Wakil Direktur berhak dan berwenang bertindak atas nama Pengelola untuk masing-masing bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya berdasarkan persetujuan Wakil Direktur lainnya;
- (2) Dalam menjalankan tugas dan kewenangan Direktur dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada :
 - a. Seorang atau beberapa Wakil Direktur;
 - b. Seorang atau beberapa orang Pejabat Rumah Sakit, baik secara sendiri maupun bersama-sama; atau
 - c. Orang atau badan lain, yang khusus ditunjuk untuk hal tersebut.
- (3) Apabila Direktur, Wakil Direktur dan Pejabat Struktural RSUD berhalangan dalam menjalankan pekerjaannya atau apabila jabatan itu terluang dan penggantinya belum memangku jabatan, maka kekosongan jabatan tersebut dipangku oleh Pejabat lainnya yang ditunjuk sementara oleh Bupati Cirebon.
- (4) Dalam jangka waktu paling lambat 2 (dua) bulan terhitung sejak terjadinya keadaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Bupati Cirebon dapat menunjuk Pejabat yang baru untuk memangku jabatan yang terluang.
- (5) Apabila semua Pejabat Struktural berhalangan tetap melakukan pekerjaannya atau jabatan terluang seluruhnya dan belum diangkat penggantinya, maka pengelolaan Rumah Sakit untuk sementara dijalankan oleh Dewan Pengawas.

BAB VIII
UNIT NON STRUKTURAL

Bagian Kesatu
Komite Medik
Umum
Pasal 38

Komite Medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi ;

Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik
Pasal 39

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit oleh Direktur.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.
- (3) Komite Medis merupakan kelompok tenaga medis yang keanggotaannya terdiri dari Ketua-ketua SMF.
- (4) Komite Medis dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggotanya dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur untuk masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (5) Komite Medis mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun Standar Pelayanan, memantau pelaksanaannya, melaksanakan pembinaan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota SMF dan mengembangkan program pelayanan proses klinik yang merupakan inti dari pelayanan RSUD;
- (6) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Medik dapat dibantu oleh panitia medic yang anggotanya terdiri dari staf medic fungsional dan tenaga profesi lainnya secara ex-officio.
- (7) Panitia sebagaimana dimaksud pada ayat (6) adalah kelompok kerja khusus yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus.
- (8) Pembentukan panitia ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (9) Susunan organisasi Komite Medik sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Subkomite.
- (10) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Subkomite.
- (11) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terdiri dari :
 - a. Subkomite Kredensial yang bertugas menilai profesionalisme staf medis;
 - b. Subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis ; dan
 - c. Subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (12) Tata kerja subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Hubungan Direktur dengan Komite Medik
Pasal 40

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur..
- (2) Komite Medik dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik.
- (4) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di RSUD Waled.
- (5) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di RSUD.
- (6) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.

- (7) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di RSUD.

**Tugas dan Fungsi Komite Medik
Pasal 41**

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
- a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Fungsi Komite Medis:
- a. Pengoordinasian semua kegiatan medic fungsional di RSUD;
 - b. Penyusunan Standar Pelayanan Medis;
 - c. Penyusunan Standar Terapi dan Farmasi;
 - d. Pemantauan pelaksanaan standar pelayanan medic, terapi dan farmasi;
 - e. Pelaksanaan pembinaan etika profesi anggota SMF;
 - f. Pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi anggota SMF;
 - g. Pengoordinasian kegiatan penelitian dan pengembangan oleh anggota SMF;
 - h. Pengaturan kewenangan profesi anggota SMF;
 - i. Pengembangan program pelayanan proses klinik yang merupakan inti dari pelayanan RSUD;
 - j. Menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan medikolegal dan etikolegal;
 - k. Melaksanakan koordinasi untuk kelancaran tugas komite medic dengan Wakil Direktur Pelayanan;
 - l. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur, sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (3) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat.
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan

- h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

**Kewenangan Komite Medik
Pasal 42**

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

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

**Bagian Kedua
Komite Keperawatan
Pasal 43**

- (1) Dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik, setiap Rumah Sakit harus membentuk Komite Keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan.
- (3) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

Susunan Organisasi dan Keanggotaan
Pasal 44

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. ketua Komite Keperawatan;
 - b. sekretaris Komite Keperawatan; dan
 - c. subkomite.
- (3) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya dapat terdiri dari ketua dan sekretaris merangkap subkomite.

Pasal 45

- (1) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah personil keanggotaan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah tenaga keperawatan di Rumah Sakit.

Pasal 46

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Sekretaris Komite Keperawatan dan ketua subkomite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

Pasal 47

- (1) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam pasal 7 ayat (1) terdiri dari:
 - a. subkomite Kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (2) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bertugas merekomendasikan Kewenangan Klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (3) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan

kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.

- (4) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

- 7 -

Fungsi, Tugas, dan Kewenangan
Pasal 48

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

**Kewenangan Komite Keperawatan
Pasal 49**

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

**Hubungan Komite Keperawatan dengan Direktur
Pasal 50**

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

**Bagian Ketiga
Komite Etik dan Hukum
Pasal 51**

Komite Etika dan Hukum merupakan unsur pelayanan yang membantu Direktur dalam menetapkan prinsip-prinsip profesionalisme kedokteran/ kinerja profesionalisme kedokteran dan melaksanakan kegiatan pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum.

**Susunan Organisasi dan Keanggotaan
Pasal 52**

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Susunan Komite Etik dan Hukum terdiri dari :
 - a. ketua Komite Etik dan Hukum;
 - b. sekretaris Komite Etik dan Hukum;
 - c. anggota Komite Etik dan Hukum.
- (3) Anggota Komite Etik dan Hukum terdiri dari unsur tenaga medis, paramedis, apoteker, hubungan masyarakat dan satuan pengawas internal.
- (4) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum diangkat dan diberhentikan oleh Direktur RSUD Waled untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (5) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataannya ketua dan anggota Komite Etik dan Hukum:
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;

- b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit;
- (6) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan;

Hubungan Direktur dengan Komite Etik dan Hukum Pasal 53

Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSUD

Tugas Komite Etik dan Hukum Pasal 54

- (1) Tugas secara terperinci dari Komite Etik dan Hukum adalah:
- a. memberikan pertimbangan dan saran kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan kebijakan dalam aspek hukum dan etika pelayanan di RSUD serta etika penyelenggaraan organisasi RSUD;
 - b. membantu Direktur dalam penyelesaian masalah yang terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan di RSUD serta etika penyelenggaraan organisasi RSUD;
 - c. membantu Direksi melakukan pembinaan dan pemeliharaan dalam aspek hukum dan etika pelayanan di RSUD serta etika penyelenggaraan organisasi dalam penyelenggaraan fungsi rumah sakit, yang terkait dengan *hospital by laws* RSUD. Apabila diperlukan, menyiapkan gugus bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di RSUD;
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Etik dan Hukum berfungsi:
- a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi dalam aspek hukum dan etika pelayanan di RSUD serta etika penyelenggaraan organisasi RSUD baik internal maupun eksternal.
 - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan tentang aspek hukum dan etika pelayanan di RSUD serta etika penyelenggaraan organisasi bagi petugas di RSUD.
 - c. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan di RSUD serta etika penyelenggaraan organisasi terhadap masalah-masalah etika dan hukum di RSUD;
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Keempat
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
Pasal 55

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di RSUD yang berupaya meningkatkan mutu pelayanan RSUD sesuai standar yang ditetapkan yang berfokus pada keselamatan pasien.

Susunan Organisasi dan Keanggotaan
Pasal 56

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Susunan Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari :
 - a. ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - b. sekretaris Komite Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - c. PIC data;
 - d. sub komite Medikal;
 - e. sub komite Bedah;
 - f. sub komite obgyn dan anak;
 - g. sub komite penunjang

Pengangkatan dan Pemberhentian Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
Pasal 57

- (1) Ketua dan Anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Ketua dan Anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataannya ketua dan anggota Komite Pengembangan dan Mutu:
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit;
- (3) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan;

Hubungan Kerja Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
Pasal 58

- (1) komite Mutu dan Keselamatan Pasien bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSUD
- (2) a. hubungan Kerja Internal :
 1. Para Kepala Instalasi, Kepala Seksi, Kepala Bagian Rumah Sakit Umum Daerah waled;
 2. Kepala Ruangan/Kepala instalasi;
 3. Bagian umum dan Sekretariat Rumah Sakit Umum Daerah Waled;
 4. Staf Administrasi Bidang Medis dan Bidang Umum.

- b. Hubungan Kerja Eksternal :
Dinas Kesehatan dan Dinas terkait Mutu Pelayanan Rumah Sakit

**Tugas dan Tanggungjawab Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
Pasal 59**

- (1) Tugas komite Mutu dan Keselamatan Pasien yaitu Mengelola dan mengendalikan kegiatan yang terkait mutu pelayanan (sesuai Standar Mutu yang ditetapkan) dan keselamatan pasien serta pengelolaan risiko Rumah Sakit Umum Daerah waled mengkoordinir penyusunan rumusan mutu pelayanan di RSUD;
- (2) Tanggung Jawab komite Mutu dan Keselamatan Pasien yaitu Terselenggaranya kegiatan-kegiatan Rumah Sakit Umum Daerah waled dalam rangka pengendalian mutu pelayanan (standard dan survei mutu pelayanan), kegiatan akreditasi dan pengelolaan risiko (identifikasi, analisa, penanganan risiko, implementasi dan monitoring).

**Uraian Tugas Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
Pasal 60**

- (1) Pengendalian Mutu Pelayanan dan keselamatan pasien:
 - a. menyusun program mutu pelayanan yang mampu dilaksanakan oleh setiap unit kerja;
 - b. memonitoring pelaksanaan program mutu pelayanan di unit kerja dan memvalidasi data;
 - c. mengumpulkan hasil penilaian mutu pelayanan dari unit kerja;
 - d. menganalisa masalah yang terdapat pada standar mutu pelayanan yang tidak tercapai;
 - e. menyusun perbaikan standar mutu pelayanan, SPO bila diperlukan;
 - f. menyusun laporan hasil penilaian standar mutu pelayanan untuk diajukan kepada.
- (2) Kegiatan Akreditasi :
 - a. mengkoordinasikan penyusunan jadwal self assessment (SA) dengan kelompok kerja akreditasi;
 - b. membantu Tim Akreditasi RS dalam pelayanan dan pencatatan hasil pencapaian SA akreditasi;
 - c. menyampaikan hasil rekomendasi dari Ketua Tim Akreditasi RS kepada masing-masing kelompok kerja;
 - d. membantu kelompok kerja dalam memenuhi kelengkapan dokumen sesuai rekomendasi dari Ketua Tim Akreditasi RS;
 - e. membuat laporan berkala (setiap 6 bulan) tentang pencapaian SA Akreditasi RS dan mengirimkannya ke KARS Kemkes RI;
 - f. menyusun jadwal pelaksanaan survei akreditasi, sesuai hasil koordinasi dengan KARS Kemkes RI.
- (3) Kegiatan pengelolaan risiko :
 - a. Melakukan identifikasi risiko di Rumah Sakit Umum Daerah waled:
 1. memperkirakan risiko yang mungkin terjadi dalam suatu aktivitas usaha;
 2. melakukan identifikasi risiko secara akurat dan komplek (penting dalam manajemen risiko);
 3. menginventarisir risiko yang mungkin terjadi sebanyak mungkin (aspek penting dalam identifikasi risiko).

- (4) Melakukan analisa :
 - a. melakukan analisa pengukuran risiko dengan cara melihat potensi terjadinya risiko (seberapa besar severity/kerusakan) dan probabilitas terjadinya risiko;
 - b. menentukan probabilitas terjadinya suatu kejadian/event;
 - c. Menentukan dugaan dalam prioritas penanganan risiko.
- (5) Implementasi/penanganan risiko :
 - a. menentukan pemilihan respon yang akan dilaksanakan;
 - b. menerapkan penanganan risiko sesuai metode yang dipilih.
- (6) Monitoring risiko :
 - a. melakukan pemantauan penanganan risiko yang dilaksanakan;
 - b. Melaporkan setiap kegiatan pengelolaan risiko yang telah dilaksanakan kepada Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Waled.

**Kewenangan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
Pasal 61**

- (1) memberikan masukan/usulan kepada Kepala Rumah Sakit Umum Daerah waled tentang mutu pelayanan dan keselamatan pasien, kegiatan akreditasi dan pengelolaan risiko;
- (2) melakukan pembinaan terhadap bawahan langsung;
- (3) melakukan penilaian kinerja dan pelaksana bagian mutu dan risiko.

**Bagian Kelima
Satuan Pengawas Internal
Pasal 62**

- (1) SPI adalah satuan kerja fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan intern RSUD, meliputi pengawasan: kegiatan operasional, pengelolaan, keuangan dan sumber daya RSUD;
- (2) SPI berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur;
- (3) SPI dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur untuk masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (4) SPI berkewajiban membuat laporan hasil pengawasan secara periodik setiap tahun kepada Direktur;
- (5) ketua Satuan Pengawas Internal mempunyai tugas membantu pimpinan BLUD dalam pengawasan dan pengendalian internal untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan social sekitarnya (social responsibility) dalam menyelenggarakan bisnis sehat;
- (6) dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), ketua SPI mempunyai fungsi sebagai berikut:
 - a. pengawasan dan pengendalian operasional umum, keuangan dan sumber daya manusia;
 - b. pemantauan pelaksanaan tugas setiap unit kerja dan instalasi di lingkungan RSUD serta tindak lanjut Laporan Hasil Audit (LHA) pengawasan internal; dan
 - c. menindaklanjuti laporan penyimpangan ketentuan peraturan perundang-undangan dari dalam maupun masyarakat.
- (7) Ketua Satuan Pengawas Internal diangkat dari pegawai Badan Layanan Umum Daerah yang memenuhi syarat dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

**Hubungan Direktur dan Satuan Pengawas Internal
Pasal 63**

Satuan Pemeriksaan Intern bertanggungjawab langsung kepada Direktur RSUD

**Bagian Keenam
Instalasi
Pasal 64**

- (1) Instalasi merupakan unit penyelenggaraan pelayanan fungsional di RSUD.
- (2) Instalasi dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional.
- (3) Kepala Instalasi mempunyai tugas membantu dan bertanggung jawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur dalam penyelenggaraan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (4) Jumlah dan jenis Instalasi disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan RSUD dan perubahannya diatur lebih lanjut dengan peraturan Bupati.
- (5) Kepala instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional dan/atau nonmedis.
- (6) Kepala Instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

**Bagian Ketujuh
Kelompok Jabatan Fungsional
Pasal 65**

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing berdasarkan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai dengan keahliannya.
- (3) Jumlah tenaga fungsional berada di lingkungan unit kerja RSUD sesuai dengan kompetensinya.
- (4) Jumlah tenaga fungsional ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.
- (5) Jenis dan jenjang kepangkatan Jabatan Fungsional diatur berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

**Bagian ke Delapan
Staf Medis
Pasal 66**

- (1) Staf Medis adalah dokter (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis) yang bergabung dalam salah satu kelompok staf medis yang dinamakan Staf Medis Fungsional (SMF).
- (2) Staf Medis dalam melaksanakan profesinya wajib mengikuti Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) di tingkat Kelompok staf medis, serta Staf Medis bertanggung jawab kepada Ketua Staf Medis .

Bagian Kesembilan
Kelompok Staf Medis (KSM)
Pasal 67

- (1) Kelompok staf Medis (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis) berdasarkan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP).
- (2) Kelompok Staf Medis dan organisasinya dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Kelompok Staf Medis (KSM) terdiri dari minimal 3 (tiga) dokter dengan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP) yang sama. Bila kurang dari 3 (tiga) dokter, maka dokter tersebut bergabung dengan Staf Medis Fungsional lain.

Bagian Kesepuluh
Mitra Bestari (*Peer Group*)
Pasal 68

- (1) Merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Mitra bestari dapat dibentuk atas kebutuhan rumah sakit.
- (3) Staf medis dalam mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal tidak terbatas dari staf medis yang telah ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit perhimpunan spesialisasi kolegium atau fakultas kedokteran).
- (4) Direktur bersama Komite Medik dapat membentuk panitia adhoc yang terdiri dari mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) untuk menjalankan fungsi kredensial penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.

Bagian Kesebelas
Hubungan Direktur dan Staf Medis Fungsional
Pasal 69

- (1) Staf Medis Fungsional dipimpin oleh Ketua SMF.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua SMF dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan mempertimbangkan masukan dari anggota Staf Medis
- (3) Ketua SMF bertanggung jawab kepada Direktur Utama melalui Direktur Medik dan Keperawatan.

Bagian Keduabelas
Tugas Staf Medis Fungsional
Pasal 70

- (1) Tugas Ketua SMF adalah menyusun dan melaksanakan Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) berdasarkan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By laws*), pendidikan dokter/dokter spesialis dan penelitian di tingkat Staf Medis Fungsional.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya, Ketua SMF dapat dibantu oleh :
 1. Koordinator Pelayanan Medik;
 2. Koordinator Etik dan Mutu Profesi;
 3. Koordinator Pendidikan.

Bagian Ketigabelas
Ketua Staf Medis Fungsional
Pasal 71

- (1) Pemilihan Calon Ketua SMF dilakukan sesuai prosedur yang telah ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Ketua SMF diangkat oleh Direktur dari calon yang diajukan.
- (3) Dalam menentukan pilihan Ketua SMF, Direktur dapat meminta pendapat dari Komite Medik.
- (4) Ketua SMF mempunyai kewenangan mengatur anggota SMF yang mempunyai jabatan rangkap di jajaran struktural, dan bila dianggap perlu maka ketua SMF dapat membebastugaskan yang bersangkutan sebagai anggota SMF
- (5) Anggota SMF yang dibebaskan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dapat diterima kembali sebagai anggota setelah yang bersangkutan selesai dari tugas/ jabatan strukturalnya dengan melakukan proses rekredensial.

Bagian Keempatbelas
TIM
Pasal 72

1. Tim dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
2. Tim bersifat Adhoc

BAB IX
RAPAT

Rapat Direksi
Pasal 73

- (1) Rapat Direksi adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan Pejabat Struktural untuk membahas hal - hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit ;
- (2) Rapat Direksi diselenggarakan sekurang-kurangnya 1(satu) bulan sekali ;
- (3) Keputusan Rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat ;

Rapat Direktur-Komite-Satuan Pengawas Internal
Pasal 74

Rapat Direktur-Komite-Satuan Pengawas Internal adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direktur untuk pertemuan dengan Komite – Komite dan Satuan Pengawas Internal, guna membahas segala urusan terkait, termasuk keprofesian medis dalam hubungannya dengan Rumah Sakit ;

Rapat Rutin
Pasal 75

Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan antara Direktur dan Wakil Direktur dengan Pejabat terkait di lingkungan RSUD untuk membahas masalah pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan, monitoring dan evaluasi ;

Rapat Khusus
Pasal 76

Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direktur diluar jadwal rapat rutin untuk mengambil putusan terhadap hal-hal yang dianggap khusus

BAB X
PROSEDUR KERJA

Bagian Kesatu
Umum
Pasal 77

- (1) Hal-hal yang menjadi tugas pokok RSUD merupakan satu kesatuan yang satu sama lain tidak dapat dipisahkan.
- (2) Kegiatan operasional untuk melaksanakan fungsi RSUD sebagai lembaga teknis daerah diselenggarakan oleh Bidang, Subbidang, Instalasi, Komite dan Kelompok Jabatan Fungsional menurut tugas masing-masing.
- (3) Direktur secara teknis fungsional bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah dan secara teknis operasional mempunyai hubungan koordinatif, kooperatif dan fungsional dengan Dinas Kesehatan.
- (4) Setiap pimpinan unit kerja di lingkungan RSUD, dalam melaksanakan tugasnya wajib menetapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan simplifikasi.
- (5) Setiap pimpinan unit kerja di lingkungan RSUD, wajib memimpin dan memberikan bimbingan serta petunjuk pelaksanaan kepada bawahan.

Bagian Kedua
Pelaporan
Pasal 78

- (1) tugasnya secara teratur, jelas serta Direktur wajib memberikan laporan pelaksanaan tepat pada waktunya kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah dengan tembusan kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Setiap pimpinan unit kerja di lingkungan RSUD wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasannya masing-masing serta memberikan laporan tepat pada waktunya.
- (3) Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan unit kerja dan bawahan wajib diolah dan dipergunakan sebagai pertimbangan lebih lanjut untuk memberikan petunjuk kepada bawahan.
- (4) Pengaturan mengenai jenis laporan dan cara penyampaiannya berpedoman pada peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga
Hal Mewakili
Pasal 79

Dalam hal Direktur berhalangan dapat menunjuk Wakil Direktur/Kepala Bidang/Bagian, Kepala Subbagian/Seksi dan/atau Instalasi untuk mewakili sesuai bidang tugasnya.

BAB XI
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Bagian Kesatu
Pejabat Pengelola dan Pegawai
Pasal 80

- (1) Pejabat Pengelola RSUD terdiri atas Direktur dan Wakil Direktur.
- (2) Pejabat Pengelola RSUD diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usul Sekretaris Daerah.
- (3) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat pengelola RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan dalam memenuhi tujuan).
- (4) Direktur berkewajiban mempertanggungjawabkan dalam mempersiapkan bahan rancangan kebijakan Bupati di bidang kepegawaian.
- (5) Pejabat lainnya di lingkungan RSUD diangkat dan diberhentikan oleh pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (6) Pejabat Pengelola dan pegawai RSUD dapat berasal dari pegawai negeri sipil dan/atau non pegawai negeri sipil yang profesional sesuai dengan kebutuhan.
- (7) Pejabat Pengelola dan pegawai RSUD yang berasal dari non pegawai negeri sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (6), dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (8) Pengangkatan, pembinaan karir dan pemberhentian pejabat pengelola dan pegawai RSUD yang berasal dari pegawai negeri sipil disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (9) Pengangkatan dan pemberhentian pegawai RSUD yang berasal dari non pegawai negeri sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.
- (10) Dalam hal Direktur berasal dari non pegawai negeri sipil maka Wakil Direktur yang bertanggungjawab dibidang keuangan wajib berasal dari pegawai negeri sipil yang merupakan pejabat pengguna anggaran

Bagian Kedua
Remunerasi
Pasal 81

- (1) Pejabat pengelola, Dewan Pengawas dan pegawai RSUD dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme,
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) (merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan atau pension),
- (3) Remunerasi bagi Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk honorarium,
- (4) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati berdasarkan usulan yang disampaikan oleh Direktur melalui Sekretaris Daerah.

BAB XII
TARIF PELAYANAN
Pasal 82

- (1) RSUD dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa yang diperoleh.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar unit cost masing-masing pelayanan.

- (3) tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Bupati berdasarkan usulan Direktur melalui Sekretaris Daerah,
- (4) Perubahan tarif dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan keadaan dengan tetap memperhatikan daya beli masyarakat, kontinuitas pelayanan serta kompetisi yang sehat.

BAB XIII PENDAPATAN DAN BIAYA RSUD

Bagian Kesatu Pendapatan Pasal 83

- (1) Pendapatan RSUD berasal dari:
 - a. jasa layanan;
 - b. Hibah
 - c. Hasil Kerjasama dengan pihak lain
 - d. APBD
 - e. APBN, dan
 - f. Lain-lain pendapatan yang sah
- (2) Penerimaan lain-lain, pendapatan yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Bagian Kedua Biaya Pasal 84

- (1) Biaya RSUD merupakan biaya operasional dan biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup seluruh biaya yang menjadi beban RSUD dalam rangka menjalankan fungsi dan tugas.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup seluruh biaya yang menjadi beban RSUD dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.
- (4) Biaya RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan

Bagian Ketiga Biaya Operasional dan Non Operasional Pasal 85

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 ayat (2) terdiri atas :
 - a. biaya pelayanan; dan
 - b. biaya umum dan administrasi.
- (2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (3) Biaya Umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (4) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari :
 - a. biaya pegawai;
 - b. biaya bahan;

- c. biaya jasa pelayanan;
 - d. biaya pemeliharaan;
 - e. biaya barang dan jasa; dan
 - f. biaya pelayanan lain-lain
- (5) biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri dari :
- a. biaya pegawai;
 - b. biaya administrasi kantor;
 - c. biaya pemeliharaan;
 - d. biaya barang dan jasa;
 - e. biaya promosi; dan
 - f. biaya umum dan administrasi lain-lain.
- (6) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 ayat (3), terdiri dari :
- a. biaya bunga;
 - b. biaya administrasi bank;
 - c. biaya kerugian penjualan aset tetap;
 - d. biaya kerugian penurunan nilai; dan
 - e. biaya non operasional lain-lain.

BAB XIV PENATAUSAHAAN KEUANGAN RUMAH SAKIT

Pasal 86

- (1) Direktur selaku pimpinan RSUD menetapkan kebijakan penatausahaan keuangan RSUD.
- (2) Penetapan kebijakan penatausahaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada pejabat pengelola keuangan daerah.
- (3) Penatausahaan keuangan RSUD paling sedikit memuat:
 - a. pendapatan/biaya;
 - b. penerimaan/pengeluaran;
 - c. utang/piutang;
 - d. persediaan, aset tetap dan investasi; dan
 - e. ekuitas dana.
- (4) Penatausahaan keuangan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (3) didasarkan pada prinsip pengelolaan keuangan bisnis yang sehat.
- (5) Penatausahaan keuangan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan secara tertib, efektif, efisien, transparan dan dapat dipertanggung jawabkan,

BAB XV AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN

Bagian Kesatu Akuntansi Pasal 87

- (1) RSUD menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan RSUD dicatat dalam dokumen pendukung yang dikelola secara tertib.

- (3) Penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan RSUD menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.
- (4) RSUD menyelenggarakan akuntansi dan pelaporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Penyelenggaraan standar akuntansi yang diterapkan oleh RSUD diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.

Bagian Kedua
Pelaporan dan Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 88

- (1) Laporan Keuangan RSUD terdiri dari:
 - a. neraca yang menggambarkan posisi keuangan mengenai aset, kewajiban dan ekuitas dana pada tanggal tertentu;
 - b. laporan operasional yang berisi informasi jumlah pendapatan dan biaya RSUD selama satu periode
 - c. laporan arus kas yang menyajikan informasi kas berkaitan dengan aktivitas operasional, investasi, dan aktivitas pendanaan dan/atau pembiayaan yang menggambarkan saldo awal, penerimaan, pengeluaran dan saldo akhir kas selama satu periode tertentu; dan
 - d. catatan atas laporan keuangan yang berisi penjelasan naratif atau rincian dari angka yang tertera dalam laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisi informasi pencapaian hasil/keluaran RSUD.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 89

- (1) Setiap triwulan RSUD menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada PPKD. paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.
- (2) Setiap semesteran dan tahunan RSUD wajib dan 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 untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lambat 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir.
- (3) Penyusunan laporan keuangan dimaksud untuk kepentingan konsolidasi dilakukan berdasarkan standar akuntansi pemerintahan.

BAB XVI
PENGELOLAAN LIMBAH RUMAH SAKIT

Pasal 90

- (1) Pengelolaan limbah rumah sakit diselenggarakan dalam rangka melindungi masyarakat dari dampak merugikan yang ditimbulkan serta untuk memelihara kelestarian lingkungan hidup
- (2) RSUD berkewajiban membuat kebijakan pengelolaan limbah yang berasal dan operasional rumah sakit, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

BAB XVII
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 91

- (1) Pembinaan teknis RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah, dan pembinaan keuangan dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
- (2) Pengawasan operasional dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal.
- (3) Pembinaan dan pengawasan juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

BAB XVIII
EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pasal 92

- (1) Kinerja RSUD Waled di evaluasi dan dinilai oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan RSUD sebagaimana ditetapkan dalam rencana strategis serta rencana bisnis dan anggaran.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja aspek keuangan diukur berdasarkan tingkat kemampuan RSUD dalam rentabilitas, likuiditas, solvabilitas dan kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran
- (3) Evaluasi dan kinerja aspek non keuangan diukur berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan pembelajaran dan pertumbuhan.
- (4) RSUD membuat dan menyampaikan laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XIX
PERUBAHAN DAN PENINJAUAN
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Pasal 93

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai dengan kebutuhan,
- (2) Peraturan Internal Rumah Sakit ditinjau kembali setiap 5 (lima) tahun.
- (3) Setiap perubahan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit sebagai akibat peninjauan kembali atau sesuai dengan kebutuhan, sah bila telah disetujui dalam rapat pleno Direksi Rumah Sakit.

BAB XX
PAKTA INTEGRITAS

Pasal 94

- (1) Pakta Integritas adalah surat pernyataan yang berisi ikrar untuk mencegah dan tidak melakukan kolusi, korupsi dan nepotisme dalam pelaksanaan tugas jabatan.
- (2) Setiap pejabat dilingkungan RSUD Waled berkewajiban menandatangani Pakta Integritas untuk menjamin loyalitas dan dedikasi terhadap rumah sakit.

BAB XXI
PENUTUP
Pasal 95

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, semua peraturan mengenai RSUD yang sudah ada masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Bupati ini.

Pasal 96

Dengan berlakunya Peraturan Bupati ini maka, Peraturan Bupati Cirebon Nomor 2.a Tahun 2011 tentang Pedoman Dasar Penyelenggaraan (Hospital By Laws) pada Rumah Sakit Umum Daerah Waled Kabupaten Cirebon, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 97

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Sumber
pada tanggal 3 Januari 2017

BUPATI CIREBON,

TTD

SUNJAYA PURWADISASTRA

Diundangkan di Sumber
pada tanggal 5 Januari 2017

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIREBON,

Yayat Ruhyat

YAYAT RUHYAT

BERITA DAERAH KABUPATEN CIREBON TAHUN 2017 NOMOR SERI