



BUPATI KONAWE  
PROVINSI SULAWESI TENGGARA

PERATURAN BUPATI KONAWE  
NOMOR **39** TAHUN 2023  
TENTANG  
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
RUMAH SAKIT KONAWE

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KONAWE,

- Menimbang :
- a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, maka dari itu perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
  - b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional maka perlu adanya peraturan internal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Kabupaten Konawe yang nantinya menjadi acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan Rumah Sakit;
  - c. bahwa untuk melaksanakan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2023 tentang Kesehatan, setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
  - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, huruf b dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Kabupaten Konawe;
- Mengingat :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang - Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
  2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tk. II di Sulawesi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1822);
  3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);

PARAF KOORDINASI

g l t

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 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023, Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2019, Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6402);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5888) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang perubahan atas peraturan Pemerintah nomor 72 tahun 2019 nomor 18 tahun 2016 tentang perangkat daerah (lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2019 Nomor 1877);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;

PARAF KOORDINASI

4 1 1

10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 671);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 tahun 2013 Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 tahun 2018 Tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1291);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
15. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 Tahun 2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020, Nomor 1046) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/PMK.05/2022 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022, Nomor 1046);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT KONAWE.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Konawe.
2. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom. (*Vide Psl 1 angka 40 UU No. 7/2023*)

PARAF KOORDINASI

g b t

3. Bupati adalah Bupati Konawe.
4. Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat PD adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah kabupaten dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat dengan RS adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Konawe yang memberikan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat dengan 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.
7. Pemilik BLUD RS Konawe adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Konawe.
8. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
9. Direktur adalah pimpinan tertinggi yaitu seseorang yang diangkat menjadi Direktur BLUD RS Konawe oleh Bupati Konawe.
10. Pegawai BLUD RS Konawe adalah Aparatur Sipil Negara dan Pegawai Non Aparatur Sipil Negara.
11. Pola Pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek- praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
12. Peraturan Internal atau biasa disebut dengan *Hospital by Laws* adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
13. Peraturan internal korporasi atau biasa disebut dengan *Corporate By Laws* adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.

PARAF KOORDINASI

f b t

14. Peraturan internal staf medis atau biasa disebut dengan *Medical Staff Bylaws* adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
15. Peraturan internal staf keperawatan atau biasa disebut dengan *Nursing Staff by Laws* adalah aturan yang mengatur tata kelola keperawatan untuk menjaga profesionalisme staf keperawatan di rumah sakit.
16. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
17. Satuan Pemeriksa Internal yang selanjutnya disingkat dengan SPI adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di BLUD RS Konawe.
18. Staf Medis Fungsional yang selanjutnya disingkat dengan SMF adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di BLUD RS Konawe.
19. Dokter adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan di BLUD RS Konawe.
20. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di BLUD RS Konawe.
21. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai BLUD RS Konawe, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di BLUD RS Konawe untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.
22. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorar adalah dokter, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga honorar di BLUD RS Konawe, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.
23. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur BLUD RS Konawe atas usul Komite Medik.
24. Kewenangan Klinis atau biasa disebut dengan *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*).

PARAF KOORDINASI

g l t

25. Penugasan klinis atau biasa disebut dengan *clinical appointment* adalah penugasan Direktur BLUD RS Konawe kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di BLUD RS Konawe berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
26. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
27. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
28. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
29. Pendidikan Sistem Magang adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di BLUD RS Konawe dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis dan juga tenaga administrasi, di mana Peserta Didik didampingi oleh Tenaga Klinis dan Non Klinis.

## BAB II PERATURAN INTERNAL KORPORASI

### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 2

- (1) Tata kelola Rumah Sakit merupakan peraturan dasar rumah sakit, yang didalamnya memuat :
  - a. struktur organisasi;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan
  - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Tata kelola Rumah sakit harus menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik.
- (3) Tata kelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud ayat (2), menerapkan fungsi manajemen Rumah Sakit yang berdasarkan prinsip transparansi, akuntabilitas, independensi, responsibilitas, kesetaraan, dan kewajaran.
- (4) Tata kelola klinis yang baik sebagaimana dimaksud ayat (2), menerapkan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinis, audit klinis, data klinis, risiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi Rumah Sakit.

PARAF KOORDINASI

g l l

Pasal 3

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada Pasal 2 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan Peraturan yang berlaku.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada Pasal 2 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi logis sebagaimana dimaksud Pasal 2 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian internal dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud Pasal 2 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif dan produktif.

Bagian Kedua  
Kedudukan

Pasal 4

BLUD RS Konawe berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Konawe yang merupakan unsur pendukung atas tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan yang dipimpin oleh seorang direktur yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Bagian Ketiga  
Kewenangan

Pasal 5

- (1) BLUD RS Konawe mempunyai kewenangan untuk menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan, penunjang pelayanan kesehatan rujukan, yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, pengelolaan Barang Milik Daerah (BMD) serta bidang kepegawaian.
- (2) Kewenangan sebagaimana dimaksud ayat (1), Rumah Sakit juga mempunyai kewenangan untuk:
  - a. menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola, *Hospital by Laws* dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit beserta perubahannya;
  - b. mengangkat dan menetapkan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;
  - c. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;

PARAF KOORDINASI  
g b t

- d. mengesahkan rencana bisnis dan anggaran yang disetujui oleh Dewan Pengawas;
- e. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi; dan
- f. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan dokter dan tenaga kesehatan lainnya dalam rangka meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dalam pemberian pelayanan kesehatan.

Bagian Keempat  
Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Paragraf 1  
Tugas

Pasal 6

Rumah Sakit mempunyai tugas:

- a. melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan rujukan; dan
- b. melaksanakan pelayanan Rumah Sakit yang bermutu sesuai standar pelayanan Rumah Sakit.

Paragraf 2  
Fungsi

Pasal 7

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai:

- a. penyelenggara pelayanan medik;
- b. penyelenggara pelayanan penunjang medik dan non medik;
- c. penyelenggara pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
- d. penyelenggara pelayanan rujukan;
- e. penyelenggara pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan; dan
- f. penyelenggara administrasi umum dan keuangan.

BAB III  
ORGANISASI RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu  
Unsur organisasi

Pasal 8

BLUD RS Konawe terdiri dari unsur-unsur:

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

PARAF KOORDINASI

d      b      t

Bagian Kedua  
Susunan Organisasi

Pasal 9

- (1) Susunan organisasi BLUD RS Konawe terdiri dari:
  - a. Direktur;
  - b. Kepala Bagian Tata Usaha;
  - c. Kepala Bidang Pelayanan Medik;
  - d. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan;
  - e. Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan;
  - f. Kepala Sub Bagian;
  - g. Kepala Seksi;
  - h. Komite-Komite;
  - i. Satuan Pemeriksa Internal;
  - j. Staf Medik Fungsional;
  - k. Instalasi; dan
  - l. Kelompok Jabatan Fungsional.
- (2) Bagan struktur organisasi BLUD RS Konawe sebagaimana dimaksud ayat (1) termuat dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Paragraf 1  
Direktur

Pasal 10

- (1) Direktur mempunyai tugas pokok yaitu melaksanakan sebagian urusan rumah tangga Pemerintah Kabupaten Konawe dibidang pelayanan kesehatan di BLUD Rumah Sakit Konawe, sesuai standar dan prosedur peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direktur mempunyai Fungsi:
  - a. memberikan rekomendasi penetapan rencana dan program kegiatan operasional jangka pendek, menengah dan tahunan BLUD RS Konawe;
  - b. mengkoordinasikan penyelenggaraan dan program kegiatan operasional BLUD RS Konawe, dengan unit kerja lainnya;
  - c. melaksanakan pengawasan dan pembinaan umum dibidang pelayanan kesehatan di BLUD RS Konawe berdasarkan kebijakan yang ditetapkan oleh Kepala Daerah;
  - d. melaksanakan pembinaan teknis dan pembinaan operasional penyelenggaraan rencana dan program kegiatan BLUD RS Konawe;
  - e. melaksanakan penilaian dan evaluasi terhadap perkembangan pelaksanaan rencana dan kegiatan operasional BLUD RS Konawe, untuk mengetahui ketepatan pelaksanaannya serta permasalahan yang diperoleh;

PARAF KOORDINASI

g b t

- f. melaksanakan bimbingan kelembagaan BLUD RS Konawe sampai tingkat bawah;
- g. membuat dan menyampaikan LAKIP kepada Kepala Daerah, untuk bahan evaluasi serta pertanggung jawaban pembinaan dan pengembangan tugas pelayanan kesehatan di BLUD RS Konawe; dan
- h. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Daerah.

Paragraf 2  
Kepala Bagian Tata Usaha

Pasal 11

- (1) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas pokok yaitu membantu Direktur BLUD RS Konawe di bidang ketatausahaan yang meliputi kegiatan keuangan, kepegawaian, umum dan perlengkapan serta pemasaran, sosial dan publikasi, sesuai rencana dan program kegiatan yang telah ditetapkan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai fungsi:
  - a. mengumpulkan bahan dan petunjuk teknis penyelenggaraan tugas dibidang ketatausahaan;
  - b. mengendalikan kegiatan ketatausahaan dengan memberikan pedoman dan petunjuk teknis pengelolaan administrasi surat menyurat, keuangan, kepegawaian serta pengelolaan barang/perlengkapan dan pertanggung jawaban keuangan rutin dan proyek;
  - c. melaksanakan urusan rumah tangga BLUD RS Konawe, keprotokolan, keamanan, ketertiban, penyelenggaraan rapat dan perjalanan dinas pegawai;
  - d. menyiapkan bahan dan petunjuk pembuatan produk hukum dan melaksanakan advokasi dalam kaitannya dengan pelaksanaan tugas pada BLUD RS Konawe;
  - e. menyusun rencana kegiatan operasional sesuai standar kerja tahunan Bagian Tata Usaha BLUD RS Konawe;
  - f. melaksanakan koordinasi teknis penjabaran kegiatan operasional urusan tata usaha, terhadap satuan-satuan kerja yang terkait;
  - g. menyusun pedoman dan petunjuk teknis penyelenggaraan urusan tata usaha, terhadap satuan-satuan kerja yang terkait;
  - h. melaksanakan perencanaan program kerja, evaluasi dan pelaporan penyelenggaraan program kegiatan yang telah ditetapkan;

PARAF KOORDINASI

g l t

- i. menyelenggarakan rencana kegiatan operasional urusan tata usaha sesuai pedoman dan rencana kegiatan yang telah ditetapkan, yang meliputi:
  - 1) Penyelenggaraan urusan surat menyurat, agenda surat masuk dan surat keluar, ekspedisi surat keluar, pengetikan/perekaman konsep surat atau naskah dinas, serta pemeliharaan dan perawatan kearsipan;
  - 2) Penyelenggaraan kegiatan pembersihan ruangan dan halaman kantor, pembuatan taman serta pemeliharaan dan perawatan pertamanan di halaman kantor;
  - 3) Pengelolaan dan pelayanan administrasi kepegawaian, pencatatan pegawai kedalam buku induk pegawai;
  - 4) Pengelolaan administrasi keuangan, penyusunan konsep kebutuhan anggaran belanja rutin, serta pengelolaan keuangan anggaran belanja rutin sesuai pedoman dan petunjuk yang ditetapkan dalam APBD; dan
  - 5) Penyelenggaraan verifikasi keuangan anggaran belanja rutin, serta menyusun laporan pertanggung jawaban keuangan.
- j. melaksanakan evaluasi terhadap hasil penyelenggaraan rencana kegiatan operasional urusan tata usaha, untuk mengetahui perkembangan, kesesuaian, permasalahan, serta rencana kegiatan yang belum dilaksanakan;
- k. menyusun laporan berkala hasil penyelenggaraan urusan tata usaha, untuk bahan evaluasi atasan dan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas;
- l. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur BLUD RS Konawe.

#### Pasal 12

Kepala Bagian Tata Usaha dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud Pasal 11 dibantu:

- a. Subbagian Keuangan;
- b. Subbagian Kepegawaian; dan
- c. Subbagian Umum dan Perlengkapan.

#### Pasal 13

Subbagian Keuangan sebagaimana dimaksud Pasal 12 huruf a mempunyai tugas:

- a. membantu Kepala Bagian Tata Usaha dibidang keuangan sesuai rencana dan program kegiatan yang telah ditetapkan;
- b. menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Sub Bagian Keuangan mempunyai fungsi:

PARAF KOORDINASI

f h t

- c. melaksanakan verifikasi keuangan dan pembinaan teknis pertanggung jawaban keuangan dari bendahara.
- d. membuat laporan pertanggung jawaban keuangan anggaran rutin dan anggaran pembangunan.
- e. melaksanakan evaluasi terhadap hasil penyelenggaraan rencana kegiatan operasional urusan keuangan untuk mengetahui perkembangan kesesuaian, permasalahan, serta rencana kegiatan yang belum dilaksanakan.
- f. Membuat laporan berkala hasil penyelenggaraan urusan keuangan, untuk bahan evaluasi atasan dan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas,
- g. Melaksanakan tugas lain yang di berikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha.

#### Pasal 14

- (1) Subbagian Kepegawaian sebagaimana dimaksud Pasal 12 huruf b mempunyai tugas pokok yaitu membantu Kepala Bagian Tata Usaha dibidang Kepegawaian, sesuai rencana dan program kegiatan yang telah di tetapkan.
- (2) Tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), Subbagian Kepegawaian mempunyai fungsi:
  - a. menyusun rencana kebutuhan pegawai BLUD RS Konawe sesuai dengan kewenangan dan beban kerja ;
  - b. mengelola administrasi kepegawaian yang meliputi data pegawai, pencatatan pegawai ke dalam buku induk pegawai dan membuat usul/rencana mutasi pegawai;
  - c. membuat buku penjaminan kenaikan pangkat pegawai, kenaikan gaji berkala, daftar nominatif pegawai dan daftar urut kepangkatan pegawai BLUD RS Konawe;
  - d. menyusun rencana peningkatan kualitas pegawai melalui berbagai jenis pendidikan dan pelatihan dalam rangka peningkatan fungsi dan pengembangan karir pegawai;
  - e. mengumpulkan bahan petunjuk teknis pembinaan, pegawai, disiplin serta upaya peningkatan kesejahteraan pegawai;
  - f. membuat laporan keadaan pegawai sesuai dengan data kegiatan pengelolaan administrasi kepegawaian serta daftar hadir/absen pegawai;
  - g. melaksanakan evaluasi terhadap hasil penyelenggaraan rencana kegiatan operasional urusan kepegawaian, untuk mengetahui perkembangan, kesesuaian, permasalahan, serta rencana kegiatan yang belum dilaksanakan;
  - h. membuat laporan berkala hasil penyelenggaraan urusan kepegawaian untuk bahan evaluasi atasan dan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas; dan
  - i. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha.

PARAF KOORDINASI

7 6 1

- (1) Sub Bagian Umum dan Perlengkapan sebagaimana dimaksud Pasal 12 huruf c mempunyai tugas pokok yakni membantu Kepala Bagian Tata Usaha dibidang umum dan perlengkapan, sesuai rencana dan program kegiatan yang telah ditetapkan.
- (2) Tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), Subbagian Bagian Umum dan Perlengkapan mempunyai fungsi:
  - a. melaksanakan urusan surat menyurat yang meliputi agenda surat masuk dan surat keluar ekspedisi surat keluar, pengetikan/perekaman surat atau naskah BLUD RS Konawe serta penggandaan dan kearsipan;
  - b. membuat rencana kebutuhan barang inventaris/ perlengkapan setiap tahun anggaran, serta pengadaan barang inventaris/perlengkapan kantor;
  - c. memberikan petunjuk teknis pengelolaan administrasi barang inventaris/perlengkapan, pencatatan barang ke dalam buku barang yang dilakukan oleh bendahara barang;
  - d. membuat laporan berkala keadaan barang inventaris /perlengkapan kantor;
  - e. menyelenggarakan kegiatan administrasi kepastakaan serta penyusunan konsep usul pengadaan bahan pustaka yang relevan dengan tugas pelayanan kesehatan;
  - f. penyelenggaraan pengendalian kegiatan pembersihan ruangan dan halaman lingkup kantor;
  - g. melaksanakan evaluasi terhadap hasil penyelenggaraan rencana kegiatan operasional urusan umum dan perlengkapan untuk mengetahui perkembangan kesesuaian, permasalahan, serta rencana kegiatan yang belum dilaksanakan;
  - h. membuat laporan berkala hasil penyelenggaraan urusan umum dan perlengkapan, untuk bahan evaluasi atasan dan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas; dan
  - i. melaksanakan tugas lain yang di berikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha.

Paragraf 3

Kepala Bidang Pelayanan Medik

Pasal 15

- (1) Kepala Bidang Pelayanan Medik mempunyai tugas pokok yaitu membantu Direktur BLUD RS Konawe dibidang Pelayanan Medik sesuai rencana dan program kegiatan yang telah ditetapkan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bidang Pelayanan Medik mempunyai fungsi:
  - a. menghimpun dan Meneliti rencana program kegiatan operasional jangka pendek, menengah, dan tahunan dibidang pelayanan medik yang dibuat oleh seksi-seksi dibawahnya;



- b. menetapkan rencana dan program kegiatan operasional dibidang pelayanan medik setelah dikonfirmasi dan memperoleh rekomendasi persetujuan dari Direktur;
- c. melakukan koordinasi teknis penyelenggaraan kegiatan dibidang pelayanan medik kepada lingkup satuan kerja BLUD RS Konawe;
- d. memberikan bimbingan dan pembinaan teknis penyelenggaraan kegiatan dibidang pelayanan medik dan bidang penunjang medik;
- e. menyelenggarakan evaluasi terhadap hasil penyelenggaraan rencana kegiatan operasional urusan pelayanan medik, untuk mengetahui perkembangan, kesesuaian, permasalahan, serta rencana kegiatan yang belum dilaksanakan;
- f. menyusun laporan berkala hasil penyelenggaraan urusan pelayanan medik, untuk bahan evaluasi atasan dan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas;
- g. melakukan pemantauan, evaluasi dan penilaian perkembangan dalam melaksanakan pelayanan medik dan pengadaan alat serta bahan penunjang medik;
- h. melakukan pengawasan dan pengendalian dalam penyelenggaraan kegiatan dibidang pelayanan medik dan penunjang medik; dan
- i. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

#### Pasal 16

Kepala Bidang Pelayanan Medik dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud Pasal 15 dibantu:

- a. Kepala Seksi Pelayanan Medik; dan
- b. Kepala Seksi Penunjang Medik;

#### Pasal 17

- (1) Kepala Seksi Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud Pasal 16 huruf a tugas pokok yaitu Membantu Kepala Bidang Pelayanan Medik, sesuai dengan rencana program yang telah ditetapkan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Pelayanan Medik mempunyai fungsi:
  - a. menyiapkan bahan penyusun rencana program kegiatan operasional di bidang pelayanan medik;
  - b. menyusun rencana program kegiatan jangka pendek, menengah dan tahunan dibidang pelayanan medik termasuk SOP untuk pelayanan medik;
  - c. mengkoordinasikan seluruh kebutuhan pelayanan medik pada instalasi rawat inap, rawat jalan, rawat darurat, perawatan intensif, rehabilitasi medik dan jenazah;

PARAF KOORDINASI

g l l

- d. melaksanakan pengawasan dan pengendalian atas kegiatan penerimaan, pemeriksaan dan pemulangan pasien pada instalasi pelayanan medik;
- e. melakukan pemantauan evaluasi atas kegiatan pelayanan medik;
- f. melaksanakan evaluasi terhadap hasil penyelenggaraan rencana kegiatan operasional urusan pelayanan medik, untuk mengetahui perkembangan kesesuaian, permasalahan, serta rencana kegiatan yang belum dilaksanakan;
- g. membuat laporan berkala hasil penyelenggaraan urusan pelayanan medik, untuk bahan evaluasi atasan dan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas; dan
- h. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medik.

Pasal 18

- (1) Kepala Seksi Penunjang Medik sebagaimana dimaksud Pasal 16 huruf b mempunyai tugas pokok yaitu Membantu Kepala Bidang Pelayanan Medik dibidang penunjang medik, sesuai rencana dan program kegiatan yang telah ditetapkan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Penunjang Medik mempunyai fungsi:
  - a. menyiapkan bahan dan menyusun rencana program kegiatan dibidang penunjang medik;
  - b. menyusun rencana program kegiatan operasional jangka pendek, menengah dan tahunan di bidang penunjang;
  - c. mengkoordinasikan seluruh kebutuhan sarana dan prasarana penunjang medik di instalasi yaitu farmasi, gizi, radiologi, fisioterapi dan laboratorium;
  - d. melaksanakan pengawasan dan pengendalian atas kegiatan penerimaan, pemeriksaan dan pemulangan pasien pada instalasi pelayan medik;
  - e. melakukan pemantauan pengawasan dan pengendalian terhadap kegiatan pemanfaatan dan pemeliharaan sarana dan prasarana penunjang medik;
  - f. melaksanakan evaluasi terhadap pemanfaatan dan pemeliharaan sarana dan prasarana penunjang medik;
  - g. melaksanakan evaluasi terhadap hasil penyelenggaraan rencana kegiatan operasional urusan penunjang medik, untuk mengetahui perkembangan, kesesuaian, permasalahan, serta rencana kegiatan yang belum dilaksanakan;
  - h. membuat laporan berkala hasil penyelenggaraan urusan penunjang medik, untuk bahan evaluasi atasan dan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas; dan
  - i. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medik.

PARAF KOORDINASI

1 1 1

Paragraf 4  
Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan

Pasal 19

- (1) Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan mempunyai tugas pokok yaitu Membantu Direktur BLUD RS Konawe dibidang pelayanan keperawatan sesuai rencana dan program kegiatan yang telah ditetapkan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan mempunyai fungsi:
  - a. menghimpun dan meneliti rencana program operasional jangka pendek, menengah dan tahunan dibidang keperawatan yang dibuat oleh seksi-seksi dibawahnya;
  - b. menetapkan rencana dan program kegiatan operasional dibidang pelayanan keperawatan setelah dikonfirmasikan dan memperoleh rekomendasi persetujuan dari Direktur BLUD RS Konawe;
  - c. mengkoordinasikan seluruh rencana program kegiatan dan kebutuhan yang terkait dengan pelayanan keperawatan di instalasi rawat inap, rawat jalan, rawat darurat, perawatan intensif dan kamar operasi;
  - d. memberikan bimbingan dan pembinaan dalam pengaturan kebutuhan tenaga, alat dan bahan serta fasilitas lainnya dibidang keperawatan;
  - e. memberikan bimbingan dan pembinaan dalam penyusunan program kegiatan asuhan keperawatan dan peningkatan mutu keperawatan;
  - f. melakukan pengawasan dan pengendalian dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, pengaturan tenaga, pemanfaatan alat/bahan dan fasilitas keperawatan lainnya;
  - g. melakukan evaluasi dan penilaian perkembangan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, etika, dan peningkatan mutu keperawatan serta pengaturan tenaga perawat;
  - h. Melaksanakan evaluasi terhadap hasil penyelenggaraan rencana kegiatan operasional urusan pelayanan keperawatan, untuk mengetahui perkembangan, kesesuaian, permasalahan, serta rencana kegiatan yang belum dilaksanakan.
  - i. menyusun laporan berkala hasil penyelenggaraan urusan pelayanan keperawatan, untuk bahan evaluasi atasan dan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas; dan
  - j. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur BLUD RS Konawe.

PARAF KOORDINASI

4 1 1

Pasal 20

Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud Pasal 19 dibantu:

- a. Kepala Seksi Bimbingan dan Pengendalian Asuhan serta Mutu Keperawatan; dan
- b. Kepala Seksi Ketenagaan dan Pengembangan Keperawatan.

Pasal 21

- (1) Kepala Seksi Bimbingan dan Pengendalian Asuhan serta Mutu Keperawatan sebagaimana dimaksud Pasal 20 huruf a mempunyai tugas pokok yaitu Membantu Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan dibidang bimbingan dan pengendalian asuhan mutu keperawatan sesuai rencana dan program kegiatan yang telah ditetapkan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Bimbingan dan Pengendalian Asuhan Serta Mutu Keperawatan mempunyai fungsi:
  - a. menyusun rencana program kegiatan operasional dibidang bimbingan dan pengendalian asuhan dan mutu keperawatan termasuk membentuk tim penyusunan atau revisi SAK SOP untuk tindakan keperawatan;
  - b. menyusun rencana kebutuhan yang berhubungan dengan pelaksanaan asuhan, etika dan mutu keperawatan;
  - c. mengkoordinasikan rencana program dan kebutuhan yang terkait dengan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan instalasi: rawat inap, rawat jalan, rawat darurat, perawatan intensif, kamar operasi dan bidang perencanaan;
  - d. melaksanakan bimbingan dan pembinaan langsung dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, etika, dan mutu keperawatan terhadap perawat pelaksana;
  - e. melakukan kegiatan untuk pengembangan dan pembinaan kualitas profesi tenaga, etika, disiplin dan kinerja;
  - f. melakukan pengawasan dan evaluasi pelaksanaan serta perkembangan asuhan, etika, dan mutu keperawatan;
  - g. melaksanakan evaluasi terhadap hasil penyelenggaraan rencana kegiatan operasional urusan bimbingan dan pengendalian asuhan dan mutu keperawatan, untuk mengetahui perkembangan, kesesuaian, permasalahan, serta rencana yang belum dilaksanakan;
  - h. membuat laporan berkala hasil penyelenggaraan urusan bimbingan dan pengendalian asuhan mutu keperawatan, dan untuk bahan evaluasi atasan dan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas; dan
  - i. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan.

PARAF KOORDINASI

g b r

Pasal 22

- (1) Kepala Seksi Ketenagaan dan Pengembangan Keperawatan sebagaimana dimaksud Pasal 20 huruf b mempunyai tugas pokok yaitu Membantu Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan dibidang ketenagaan dan pengembangan keperawatan sesuai rencana dan program kegiatan yang telah ditetapkan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Ketenagaan dan Pengembangan Keperawatan mempunyai fungsi:
  - a. menyusun rencana kerja dan kebutuhan tenaga keperawatan semua instalasi/unit yang terkait dengan pelaksanaan keperawatan;
  - b. menyusun rencana kebutuhan alat dan bahan fasilitas keperawatan lainnya;
  - c. menyusun rencana kerja untuk pengembangan bidang keperawatan;
  - d. mengkoordinasikan semua rencana kebutuhan dan program pengembangan dengan bidang perencanaan dan instalasi/unit yang terkait;
  - e. mengatur penggunaan alat/fasilitas dan tenaga keperawatan;
  - f. melaksanakan evaluasi terhadap hasil penyelenggaraan rencana kegiatan operasional urusan ketenagaan dan pengembangan keperawatan, untuk mengetahui perkembangan, kesesuaian. permasalahan, serta rencana kegiatan yang belum dilaksanakan;
  - g. membuat laporan berkala hasil penyelenggaraan urusan bimbingan dan pengendalian asuhan mutu keperawatan, dan untuk bahan evaluasi atasan dan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas; dan
  - h. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan.

Paragraf 5

Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan

Pasal 23

- (1) Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan mempunyai tugas pokok yaitu membantu Direktur BLUD RS Konawe dibidang perencanaan dan pengembangan sesuai rencana dan program kegiatan yang telah ditetapkan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan mempunyai fungsi:
  - a. mengumpulkan bahan dan petunjuk teknis penyelenggaraan tugas dibidang perencanaan dan pengembangan BLUD RS Konawe;
  - b. menghimpun dan meneliti rencana strategi (Renstra) rumah sakit jangka pendek, menengah dan tahunan yang dibuat seksi penyusun program dan bidang lainnya;

PARAF KOORDINASI

7 1 1

- c. menetapkan rencana strategi rumah sakit untuk jangka pendek, menengah dan tahunan setelah memperoleh rekomendasi persetujuan Direktur BLUD RS Konawe;
- d. melakukan koordinasi teknis dalam penyusunan rencana strategi dengan bidang lain yang ada;
- e. melakukan pengawasan, pemantauan, dan evaluasi terhadap pelaksanaan program kegiatan, penampilan kerja, dan mutu pelayanan rumah sakit;
- f. memberikan bimbingan dan pembinaan teknis dibidang penyusunan rencana program monitoring dan evaluasi serta bidang rekam medik dan pelaporan;
- g. melakukan dan memberikan bimbingan penelitian dan pengembangan produk-produk baik medis maupun non medis termasuk pengembangan SDM;
- h. melakukan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan pengelolaan data rekam medik;
- i. melaksanakan evaluasi terhadap hasil penyelenggaraan rencana kegiatan operasional perencanaan dan pengembangan untuk mengetahui perkembangan, kesesuaian, permasalahan, serta rencana kegiatan yang belum di laksanakan;
- j. menyusun laporan berkala hasil penyelenggaraan urusan perencanaan dan pengembangan, untuk bahan evaluasi atasan dan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas; dan
- k. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur BLUD RS Konawe.

#### Pasal 24

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi, Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan sebagaimana dimaksud Pasal 23 dibantu:

- a. Kepala Seksi Penyusunan Program, Monitoring dan Evaluasi; dan
- b. Kepala Seksi Rekam Medik dan Pelaporan.

#### Pasal 25

- (1) Kepala Seksi Penyusunan Program, Monitoring dan Evaluasi sebagaimana dimaksud Pasal 24 huruf a mempunyai tugas pokok yaitu Membantu Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan dibidang penyusun, program monitoring dan evaluasi, sesuai rencana dan program kegiatan yang telah di tetapkan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Penyusun Program, Monitoring dan Evaluasi mempunyai fungsi:
  - a. menghimpun, menyusun dan mengkaji serta mengaudit seluruh dokumen kegiatan rumah sakit;
  - b. menyusun rencana strategi rumah sakit untuk jangka pendek, menengah dan tahunan;

PARAF KOORDINASI

f b t

- c. menyusun Daftar Usulan Kegiatan (DUK) dan Daftar Usulan Proyek (DUP) sesuai skala prioritas guna menunjang pelayanan;
- d. melakukan penelitian dan pengembangan produk-produk rumah sakit medis maupun non medis termasuk pengembangan SDM;
- e. melakukan pemantauan dan menyusun laporan pelaksanaan program produk-produk rumah sakit;
- f. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program dan produk-produk rumah sakit;
- g. melaksanakan evaluasi terhadap hasil penyelenggaraan rencana kegiatan operasional perencanaan dan pengembangan untuk mengetahui perkembangan, kesesuaian, permasalahan, serta rencana kegiatan yang belum di laksanakan;
- h. membuat laporan berkala hasil penyelenggaraan urusan perencanaan dan pengembangan, untuk bahan evaluasi atasan dan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas; dan
- i. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan.

Pasal 26

- (1) Kepala Seksi Rekam Medik dan Pelaporan sebagaimana dimaksud Pasal 24 huruf b mempunyai tugas pokok yaitu membantu Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan dibidang rekam medik dan pelaporan, sesuai rencana dan program kegiatan yang telah ditetapkan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Penyusun Program, Momitoring dan Evaluasi mempunyai fungsi:
  - a. menghimpun dan menyusun bahan serta petunjuk teknis penyelenggaraan tugas dibidang rekam medik dan pelaporan;
  - b. menyusun data informasi rumah sakit;
  - c. melaksanakan kegiatan pelaporan rumah sakit.
  - d. melaksanakan evaluasi terhadap hasil penyelenggaraan rencana kegiatan operasional urusan rekam medik, pelaporan, untuk mengetahui perkembangan, kesesuaian, permasalahan serta rencana kegiatan yang belum dilaksanakan;
  - e. membuat laporan berkala hasil penyelenggraan urusan rekam medis dan pelaporan, untuk bahan evaluasi atasan dan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas; dan
  - f. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan.

PARAF KOORDINASI

g b t

Paragraf 6  
Komite-Komite

Pasal 27

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien maka perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah professional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), farmasi dan terapi serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Pembentukan Komite-Komite sebagaimana dimaksud ayat 1 sebagai berikut:
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Etik dan Hukum (KEHRS);
  - d. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP);
  - e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
  - f. Komite Tenaga Kesehatan Lain;
  - g. Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS); dan
  - h. Komite Farmasi dan Terapi.
- (3) Komite-Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 28

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud Pasal 27 ayat (2) huruf b merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff by Laws).

Pasal 29

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud Pasal 27 ayat (2) huruf b merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Internal Staf Keperawatan (Nursing Staff by Laws).

Pasal 30

- (1) Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit sebagaimana dimaksud Pasal 27 ayat (2) huruf c adalah organisasi nonstruktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit untuk penerapan etika rumah sakit dan hukum perumahsakitannya.

PARAF KOORDINASI

g h t

- (2) Susunan organisasi Komite Etik dan Hukum paling sedikit terdiri atas:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.
- (3) Ketua dan Sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a huruf b merangkap sebagai anggota dan tidak merangkap jabatan lain di Rumah Sakit.
- (4) Selain susunan organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat dibentuk subkomite etik penelitian sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
- (5) Untuk diangkat menjadi anggota Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud ayat (2) harus dipenuhi persyaratan:
  - a. tidak pernah melakukan perbuatan tercela;
  - b. sehat jasmani dan jiwa;
  - c. memiliki pengetahuan dan/atau pengalaman bekerja di bidang etik dan/atau hukum;
  - d. mengikuti pelatihan etik dan hukum rumah sakit;
  - e. bersedia bekerja sebagai anggota Komite Etik dan Hukum; dan
  - f. memiliki kepedulian dan kepekaan terhadap masalah etik, hukum, sosial lingkungan dan kemanusiaan.
- (6) Komite Etik dan Hukum bertugas meningkatkan dan menjaga kepatuhan penerapan etika dan hukum di Rumah Sakit, dengan cara:
  - a. menyusun Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*);
  - b. menyusun pedoman Etika Pelayanan;
  - c. Membina penerapan Etika Pelayanan, Etika Penyelenggaraan, dan hukum perumahsakit; dan
  - d. mengawasi pelaksanaan penerapan Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan;
  - e. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
  - f. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum;
  - g. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di Rumah Sakit;
  - h. memberikan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum; dan
  - i. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia rumah sakit.

PARAF KOORDINASI

g b t

- (7) Komite Etik dan Hukum memiliki fungsi:
- a. pengelolaan data dan informasi terkait etika Rumah Sakit;
  - b. pengkajian etika dan hukum perumahsakit, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai-nilai bioetika dan humaniora;
  - c. sosialisasi dan promosi Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
  - d. pencegahan penyimpangan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
  - e. monitoring dan evaluasi terhadap penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
  - f. pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
  - g. penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal rumah sakit; dan
  - h. penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi.
- (8) Komite Etik dan Hukum berwenang:
- a. menghadirkan pihak terkait untuk menyelesaikan masalah etik Rumah Sakit;
  - b. melakukan klarifikasi dengan pihak terkait sebagai penyusunan bahan rekomendasi;
  - c. memberikan rekomendasi kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit mengenai sanksi terhadap pelaku pelanggaran Panduan Etik dan Perilaku dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan.
  - d. dalam melaksanakan tugas dan fungsi Komite Etik dan Hukum dapat membentuk panitia *adhoc*.
  - e. komite Etik dan Hukum harus melaporkan kegiatannya secara berkala kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit paling sedikit setiap 6 (enam) bulan atau sewaktu-waktu bila diperlukan; dan
  - f. melakukan kerjasama advokasi secara eksternal dengan penegak hukum berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 31

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud Pasal 27 ayat (2) huruf d merupakan organisasi non struktural rumah sakit dibawah koordinasi Direktur dan bertanggung jawab kepada Direktur.

PARAF KOORDINASI

f l t

- (2) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) membantu direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit;
- (3) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Mutu.
- (4) Susunan organisasi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) paling sedikit terdiri atas:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.
- (5) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dapat terdiri atas Sub Peningkatan Mutu, Sub Keselamatan Pasien, dan Sub Manajemen Risiko.
- (6) Ketua dan sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a dan huruf b merangkap sebagai anggota.
- (7) Susunan organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dipilih dan diangkat Direktur Rumah Sakit.

#### Pasal 32

- (1) Ketua Komite sebagaimana dimaksud Pasal 31 ayat (4) huruf a mempunyai tugas pokok yaitu melaksanakan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di BLUD Rumah Sakit Konawe dengan cara:
  - a. mengkoordinasikan kegiatan dalam rangka penyusunan Kebijakan dan Strategi Manajemen Peningkatan Mutu dan keselamatan pasien; Mengkoordinasikan kegiatan dalam rangka penyusunan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
  - b. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien lainnya;
  - c. melakukan koordinasi dengan SPI dalam penyusunan tools audit mutu internal dan keselamatan pasien;
  - d. memantau pelaksanaan seluruh program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
  - e. mengevaluasi pelaksanaan seluruh program peningkatan mutu keselamatan pasien;
  - f. menyusun laporan hasil pencapaian indikator mutu keselamatan pasien;
  - g. mensosialisasikan hasil pencapaian program peningkatan mutu keselamatan pasien;
  - h. memfasilitasi tindak lanjut hasil rekomendasi;
  - i. memfasilitasi koordinasi tentang program Patient Safety dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA;

PARAF KOORDINASI

g l t

- j. memfasilitasi kegiatan terkait penyelenggaraan pengembangan, program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
  - k. memfasilitasi rapat dan atau pertemuan koordinasi bulanan dengan direktur dan unit kerja terkait;
  - l. melakukan koordinasi kepada bagian/ bidang/ komite/ unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus kepada keselamatan pasien; dan
  - m. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu baik internal atau eksternal rumah sakit.
- (2) Ketua Komite PMKP mempunyai fungsi melaksanakan urusan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Pasal 33

- (1) Sekretaris sebagaimana dimaksud Pasal 31 ayat (4) huruf b mempunyai tugas pokok yaitu melaksanakan kegiatan administrasi dengan cara:
- a. membuat agenda surat masuk dan surat keluar;
  - b. mengecek judul dokumen yang masuk di Daftar Induk Dokumen;
  - c. menginput dokumen dalam Daftar Induk Dokumen;
  - d. membantu meminta laporan kepada unit kerja terkait untuk diinput;
  - e. menginput hasil pencapaian indikator mutu dan hasil kegiatan instalasi/departemen/unit;
  - f. menyiapkan undangan, tempat, daftar hadir, konsumsi, dan materi (jika diperlukan) untuk keperluan rapat atau pertemuan yang terkait dengan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
  - g. mengorganisir kebutuhan logistik;
  - h. melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit kerja di lingkungan BLUD Rumah Sakit Konawe dan pihak luar melalui surat tertulis, email, dan telepon;
  - i. membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal Komite Mutu;
  - j. menjadi notulen setiap kegiatan pertemuan mutu di lingkungan Rumah Sakit; dan
  - k. mengerjakan tugas-tugas administratif dan kesekretariatan lainnya.

Pasal 34

- Sub Peningkatan Mutu sebagaimana dimaksud Pasal 31 ayat (5) mempunyai tugas pokok yaitu melaksanakan kegiatan peningkatan mutu di BLUD Rumah Sakit Konawe dengan cara:
- a. sebagai motor penggerak penyusun program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;

PARAF KOORDINASI

g l t

- b. mengusulkan kepada Direktur dan jajarannya agar memilih dan menetapkan pedoman mutu, program mutu serta indikator mutu prioritas dan indikator mutu unit Rumah Sakit;
- c. Memonitor dan memandu penerapan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta mendorong berjalannya supervisi program mutu di unit kerja;
- d. membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu dan menindaklanjuti hasil capaian indikator;
- e. mendorong koordinasi dan pengorganisasian pemilihan program mutu di tingkat unit kerja;
- f. menentukan profil indikator mutu, metode analisis dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di Rumah Sakit;
- g. menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data dan bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan;
- h. menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait dan menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
- i. terlibat secara penuh dalam kegiatan diklat Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
- j. bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf; dan
- k. menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

#### Pasal 35

Sub Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud Pasal 31 ayat (5) mempunyai tugas pokok yaitu menyelenggarakan upaya keselamatan pasien dengan cara:

- a. sebagai motor penggerak implementasi program Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan membantu memfasilitasi terwujudnya Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit;
- b. mengkoordinasikan, memonitor dan memandu penerapan program Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam implementasi standar Sasaran Keselamatan Pasien di unit kerja;
- c. mengusulkan sistem pelaporan Insiden Keselamatan Pasien serta sistem pengumpulan data indikator Sasaran Keselamatan Pasien, dan bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan;
- d. mengkoordinasikan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan memfasilitasi pelaporan Insiden Keselamatan Pasien ke pihak-pihak yang berwenang;
- e. melaksanakan survey Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit;

PARAF KOORDINASI  
q b t

- f. menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait dan menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program Keselamatan Pasien Rumah Sakit; dan
- g. terlibat secara penuh dalam kegiatan diklat Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

#### Pasal 36

Sub Manajemen Risiko sebagaimana dimaksud Pasal 31 ayat (5) mempunyai tugas pokok yaitu menyelenggarakan upaya manajemen resiko dengan cara:

- a. sebagai motor penggerak penyusun program Manajemen Risiko Rumah Sakit;
- b. membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas risiko perbaikan;
- c. menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait pelaksanaan manajemen risiko;
- d. terlibat secara penuh dalam kegiatan diklat manajemen risiko bagi karyawan;
- e. bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah risiko pelayanan secara rutin kepada semua staf; dan
- f. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program manajemen risiko.

#### Pasal 37

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud Pasal 27 ayat (2) huruf e dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari Kepala Bidang dan Kepala Seksi.
- (4) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai tugas:
  - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
  - b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit;
  - c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim Pencegahan dan Pengendali Infeksi Rumah Sakit;
  - d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
  - e. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;

PARAF KOORDINASI  
9 1 1

- g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa rumah sakit; dan
- 1. menerima laporan atas kegiatan tim PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktur.

Pasal 38

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud Pasal 27 ayat (2) huruf f adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan kesehatan.
- (2) Struktur Organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lain terdiri dari:
  - a. Ketua Komite;
  - b. Sekretaris;
  - c. Ketua Sub Komite kredensial;
  - d. Sub Komite Mutu; dan
  - e. Sub Komite etika dan disiplin.
- (3) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lain ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di rumah sakit.
- (5) Anggota Komite Tenaga Kesehatan Lain terbagi ke dalam Sub komite.

Pasal 39

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain bertugas untuk:
  - a. melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa Tenaga kesehatan yang akan melakukan pelayanan di rumah sakit kredibel;
  - b. mendapatkan dan memastikan Tenaga kesehatan yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;
  - c. menyusun jenis-jenis kewenangan kerja klinis bagi setiap Tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu yang ditetapkan oleh Kolegium Tenaga kesehatan di Indonesia;
  - d. menetapkan dasar untuk menerbitkan penugasan kerja klinis bagi setiap Tenaga kesehatan untuk melakukan pelayanan di rumah sakit; dan
  - e. menjaga reputasi dan kredibilitas para Tenaga kesehatan dan institusi rumah sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (stakeholders ) rumah sakit lainnya.

PARAF KOORDINASI

7 1 1

- (2) Selain menjalankan tugasnya, Komite Tenaga Kesehatan Lain juga menjalankan fungsi terdiri dari:
  - a. mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme pelayanan yang diberikan oleh tenaga yang kompeten sesuai kewenangannya.
  - b. meningkatkan mutu profesi tenaga kesehatan,
  - c. menegakkan etika dan disiplin profesi tenaga kesehatan
  - d. melaksanakan kredensial tenaga kesehatan di rumah sakit.

Pasal 35

- (1) Dalam menjalankan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud Pasal 34, Komite Tenaga Kesehatan Lain bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (2) Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Tenaga Kesehatan Lain diatur dalam Peraturan Internal Komite Tenaga Kesehatan Lain yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 36

- (1) Untuk terselenggaranya Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud Pasal 27 ayat (2) huruf g secara optimal, efektif, efisien, dan berkesinambungan, Rumah Sakit membentuk atau menunjuk satu unit kerja fungsional yang mempunyai tanggung jawab dalam menyelenggarakan K3RS.
- (2) Unit kerja fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berbentuk komite tersendiri atau terintegrasi dengan komite lainnya dan/atau instalasi K3RS.
- (3) Ketua Komite K3RS sebagaimana dimaksud dalam ayat 2 harus tenaga kesehatan dengan kualifikasi paling rendah S1 (strata satu) bidang keselamatan dan Kesehatan Kerja atau tenaga kesehatan lain dengan kualifikasi paling rendah S1 yang memiliki kompetensi di bidang K3RS.
- (4) Anggota atau pelaksana unit kerja fungsional K3RS sebagaimana dimaksud dalam ayat 2 harus tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi di bidang K3RS.
- (5) Dalam hal tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat 4 tidak tersedia maka dapat mendayagunakan tenaga kesehatan lainnya yang telah mendapatkan pelatihan K3RS.
- (6) Komite K3RS dalam menjalankan tugasnya bertanggungjawab langsung kepada Direktur.

Pasal 37

- (1) Komite K3RS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 memiliki tugas:
  - a. menyusun dan mengembangkan kebijakan, pedoman, panduan, dan standar prosedur operasional K3RS;
  - b. menyusun dan mengembangkan program K3RS;
  - c. melaksanakan dan mengawasi pelaksanaan K3RS; dan
  - b. memberikan rekomendasi yang berkaitan dengan K3RS untuk bahan pertimbangan Kepala atau Direktur Rumah Sakit.

PARAF KOORDINASI

g k r

- (2) Komite K3RS dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1), namun tidak terbatas pada:
- a. mengembangkan kebijakan, prosedur, regulasi internal K3RS, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) K3RS untuk mengendalikan risiko;
  - b. menyusun program K3RS;
  - c. menyusun rekomendasi untuk bahan pertimbangan pimpinan Rumah Sakit yang berkaitan dengan K3RS;
  - d. memantau pelaksanaan K3RS;
  - e. mengolah data dan informasi yang berhubungan dengan K3RS;
  - f. memelihara dan mendistribusikan informasi terbaru mengenai kebijakan, prosedur, regulasi internal K3RS, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan (SPO) K3RS yang telah ditetapkan;
  - g. mengadakan pertemuan secara teratur dan hasilnya di sebarluaskan di seluruh unit kerja Rumah Sakit;
  - h. membantu Kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam penyelenggaraan SMK3 Rumah Sakit, promosi K3RS, pelatihan dan penelitian K3RS di Rumah Sakit;
  - i. pengawasan pelaksanaan program K3RS; dan
  - j. berpartisipasi dalam perencanaan pembelian peralatan baru, pembangunan gedung dan proses.
- (3) Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit diatur dalam Peraturan Internal Komite K3RS yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 38

- (1) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud Pasal 27 ayat (2) huruf h dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
- a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
  - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
  - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
  - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam rumah sakit yang sarannya berhubungan dengan obat;
  - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;

PARAF KOORDINASI

7 1 1

- f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus; dan
  - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
  - (4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang Dan Kepala Seksi.
  - (5) Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Farmasi dan Terapi diatur dalam Peraturan Internal Komite Farmasi dan Terapi yang ditetapkan oleh Direktur.

#### Paragraf 7

#### Satuan Pemeriksa Internal

#### Pasal 39

- (1) Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana dimaksud Pasal 9 ayat (1) huruf i berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur BLUD RS Konawe;
- (2) Satuan Pemeriksa Internal dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Tugas Satuan Pemeriksa Internal adalah:
  - a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi rumah sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
  - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan rumah sakit;
  - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :
  - d. informasi penting rumah sakit terjamin keamanannnya;
  - e. fungsi sekretariat rumah sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif;
  - f. penyajian laporan-laporan rumah sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan; dan
  - g. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur.

PARAF KOORDINASI

f b t

- (4) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (3), Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berfungsi sebagai Unit monitoring yang bersifat independen untuk:
  - a. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
  - b. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
  - c. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan rumah sakit.
- (5) Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) dalam melaksanakan fungsinya bertanggungjawab langsung kepada Direktur;
- (6) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) dan (4) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur;
- (7) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Paragraf 8  
Staf Medik Fungsional

Pasal 40

- (1) Staf Medis Fungsional sebagaimana dimaksud Pasal 9 ayat (1) huruf j adalah kelompok dokter yang bekerja dibidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Staf Medis Fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Paragraf 9  
Instalasi

Pasal 41

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud Pasal 9 ayat (1) huruf k dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) BLUD RS Konawe membentuk Instalasi yang terdiri dari :
  - a. Instalasi Rawat Jalan;
  - b. Instalasi Rawat Inap & Bedah;
  - c. Instalasi Gawat Darurat;
  - d. Instalasi Farmasi;
  - e. Instalasi Gizi;

PARAF KOORDINASI

7 1 1

- f. Instalasi Sanitasi;
  - g. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit;
  - h. Instalasi Pemulasaran Jenazah; dan
  - i. Instalasi Laboratorium.
- (3) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
  - (4) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi.
  - (5) Kepala Instalasi dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
  - (6) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Bidang dan Kepala Seksi.
  - (7) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

Paragraf 10  
Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 42

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud Pasal 9 ayat (1) huruf l terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan berdasarkan jabatan fungsional masing-masing sesuai dengan keahlian dan kebutuhan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Masing-masing tenaga fungsional dimaksud berada dilingkungan unit kerja rumah sakit sesuai kompetensinya.

Bagian Ketiga  
Tata Kerja

Pasal 43

- (1) Dalam rangka melaksanakan tugas setiap pimpinan satuan organisasi dilingkungan BLUD RS Konawe wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (cross function approach) secara vertikal dan horisontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.



- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.
- (4) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.
- (5) Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan.
- (6) Kepala Bidang, Kepala bagian, Kepala Seksi, Kepala Sub Bagian dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

#### BAB IV PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

##### Bagian Kesatu Umum

##### Pasal 44

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

##### Bagian Kedua Pengangkatan Pegawai

##### Pasal 45

- (1) Pegawai BLUD RS Konawe dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan pegawai BLUD RS Konawe yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai BLUD RS Konawe yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui dengan perjanjian kerja/kontrak kerja berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

PARAF KOORDINASI

/ / /

Bagian Ketiga  
Perpindahan Pegawai

Pasal 46

- (1) Perpindahan Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil di lingkungan rumah sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Perpindahan dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
  - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
  - b. masa kerja di unit tertentu;
  - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
  - d. kegunaannya dalam menunjang karir;
  - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Bagian Keempat  
Pemberhentian Pegawai

Pasal 47

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus Aparatur Sipil Negara (ASN) dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian Aparatur Sipil Negara.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Aparatur Sipil Negara dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
  - a. Meninggal dunia;
  - b. Atas permintaan sendiri;
  - c. Mencapai batas usia 58 tahun;
  - d. Perampingan organisasi Rumah Sakit;
  - e. Tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban pegawai Non ASN; dan
  - f. Tidak tersedia anggaran untuk memberi upah kerja kepada pegawai Non ASN.

Bagian Kelima  
Disiplin Pegawai

Pasal 48

- (1) Penilaian disiplin pegawai BLUD Rumah Sakit Konawe didasarkan pada:
  - a. daftar hadir;
  - b. laporan kegiatan; dan
  - c. daftar penilaian pelaksanaan pekerjaan.
- (2) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai meliputi:
  - a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis dan pernyataan tidak puas secara tertulis;
  - b. hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan

PARAF KOORDINASI

7 1 1

c. hukuman disiplin berat yang terdiri dari penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai ASN atau Pegawai Non ASN, dan pemberhentian tidak hormat sebagai ASN atau Pegawai Non ASN.

(3) Disiplin pegawai ASN dan Non ASN sebagaimana ayat (1) dan ayat (2), diterapkan berdasarkan Peraturan Direktur BLUD RS Konawe dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

#### Pasal 49

Pemberhentian atau Perpindahan Pegawai ASN dan Non ASN pada Unit Kerja Lingkup BLUD RS Konawe harus dengan persetujuan Direktur.

#### Bagian Keenam Remunerasi

#### Pasal 50

Remunerasi merupakan imbalan atau upah akibat dari kinerja pegawai yang dapat berupa gaji, tunjangan, uang lembur, honorarium, insentif, tunjangan tambahan penghasilan berupa jasa pelayanan langsung dan atau tidak langsung, bonus, pesangon atau pensiun yang diberikan kepada pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit Konawe yang ditetapkan oleh Bupati.

#### Pasal 51

Pengelola atau manajemen BLUD dan Pegawai BLUD diberikan remunerasi sesuai dengan tanggung jawab dan profesionalismenya.

Remunerasi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas diberikan dalam bentuk honorarium.

#### Pasal 52

- (1) Remunerasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 50 diatur dengan Peraturan Bupati berdasarkan usulan pimpinan BLUD.
- (2) Pengaturan remunerasi dalam Peraturan Bupati sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempertimbangkan prinsip proporsionalitas, kesetaraan, kepatutan, kewajaran dan kinerja.
- (3) Selain mempertimbangkan prinsip sebagaimana dimaksud pada ayat (2), pengaturan remunerasi dapat memperhatikan indeks harga daerah.

PARAF KOORDINASI

g h t

Pasal 53

- (1) Pengaturan remunerasi dalam Peraturan Bupati sebagaimana dimaksud dalam Pasal 142 ayat (2) dihitung berdasarkan indikator penilaian, meliputi:
- a. pengalaman dan masa kerja (*Position indeks*);
  - b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*performace indeks*);
  - c. resiko kerja (*risk indeks*);
  - d. tingkat kegawatdaruratan (*emergency indeks*);
  - e. jabatan yang disandang (manajerial dan komunikasi indeks);
  - f. Kelola Aset (langsung/tidak langsung);
  - g. capaian kinerja individu/Indeks Kinerja Individu; dan
  - h. capaian kinerja unit/Indeks Kinerja Unit.

Pasal 54

Remunerasi dalam bentuk honorarium Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran biaya pegawai Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA).

Pasal 54

Pegawai BLUD RS Konawe yang berstatus Pegawai Negeri Sipil diberikan gaji pokok dan tunjangan tetap berdasarkan peraturan perundang-undangan serta dapat diberikan tambahan penghasilan dalam hal ini remunerasi yang ditetapkan sebagaimana dimaksud Pasal 50.

BAB V

PENGELOLAAN LINGKUNGAN, LIMBAH MEDIS  
DAN SUMBER DAYA LAIN

Bagian Kesatu

Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Medis

Pasal 55

- (1) Direktur membentuk instalasi yang mengelola lingkungan dan limbah Rumah Sakit antara lain lingkungan fisik, kimia, biologi serta pembuangan limbah yang berdampak pada kesehatan lingkungan internal dan eksternal serta halaman, taman, dan lain-lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Tugas pokok pengelola lingkungan dan limbah Rumah Sakit meliputi pengelolaan limbah dan sampah, pengawasan dan pengendalian serangga, sistem pengelolaan lingkungan fisik dan biologi rumah serta menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan pendidikan, pelatihan penelitian/pengembangan di bidang penyehatan lingkungan rumah sakit.

PENYACUJUDINASI

q l l

- (3) Fungsi pengelola lingkungan dan limbah Rumah Sakit, meliputi:
- penyehatan makanan dan minuman;
  - penyehatan air bersih dan air minum;
  - pemantauan pengelolaan linen;
  - pengelolaan sampah;
  - pengendalian serangga dan binatang pengganggu;
  - desinfeksi dan sterilisasi ruang;
  - pengelolaan air limbah; dan
  - upaya penyuluhan kesehatan lingkungan.
- (4) Jenis limbah yang menjadi perhatian Rumah Sakit dikelompokkan atas:
- limbah yang tidak membahayakan; dan
  - limbah bahan berbahaya dan beracun.
- (5) Limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a meliputi:
- limbah bukan klinik yaitu limbah yang meliputi kertas pembungkus atau kantong dan plastik yang tidak berkontak dengan cairan badan dan tidak menimbulkan resiko sakit; dan
  - limbah dapur yaitu limbah yang bersumber dari sisa makanan dan air kotor dari dapur.
- (6) Limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b meliputi:
- limbah klinik yaitu limbah dihasilkan selama pelayanan pasien secara rutin, pembedahan dan di unit resiko tinggi, seperti perban atau pembungkus yang kotor, cairan badan, anggota badan yang diamputasi, jarum, semprit bekas, kantung urin dan produk darah;
  - limbah biologis spesifik yaitu limbah yang disarankan supaya disterilisasi, dengan menggunakan autodave untuk volume limbah yang sedikit dan menggunakan desinfeksi untuk volume limbah yang banyak;
  - limbah cair yaitu limbah yang harus dicairkan dan diolah di Instalasi Pembuangan Air Limbah Rumah Sakit;
  - limbah patologis yaitu limbah yang berasal dari bagian tubuh manusia, agar dipendam/ditanam pada lokasi khusus atau dibakar di incenerator;
  - limbah yang berasal dari benda tajam yang terkontaminasi ditangani dengan menempatkannya pada wadah yang kokoh dan aman bagi petugas yang akan menanganinya; dan
  - limbah bangkai hewan dan bagian tubuh hewan yang terkontaminasi yang ditangani dengan membuangnya ke incenerator.

- (7) Pengelolaan limbah cair sebagaimana dimaksud pada ayat (6) huruf c, terdiri dari tahap:
  - a. Pengumpulan limbah cair; dan
  - b. Pengolahan limbah cair.
- (8) Pengumpulan limbah cair bertujuan untuk mengatur air limbah dari berbagai sumber hingga terkumpul dalam suatu sistem.

Bagian Kedua  
Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 56

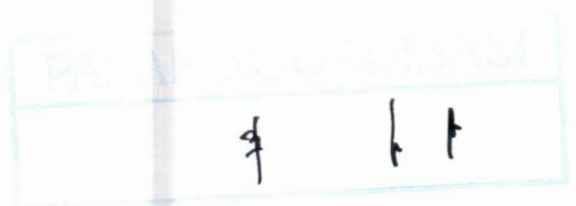
- (1) Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri dari sarana prasarana gedung dan jalan dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengelolaan sumber daya lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.

BAB VI  
PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

Bagian Kesatu  
Perencanaan

Pasal 57

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



- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun;
- (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Bagian Kedua  
Penganggaran

Pasal 58

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

Pasal 59

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58, memuat:
  - a. Kinerja tahunan berjalan;
  - b. Asumsi makro dan mikro;
  - c. Target kinerja;
  - d. Analisis dan perkiraan biaya satuan;
  - e. Perkiraan harga;
  - f. Anggaran pendapatan dan biaya;
  - g. Besaran persentase ambang batas;
  - h. Prognosa laporan keuangan;
  - i. Perkiraan maju (forward estimate);
  - j. Rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. Ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat 1, disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

PARAF KOORDINASI

f b t

Bagian Ketiga  
Persetujuan

Pasal 60

Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud Pasal 59 ayat (1) harus mendapat persetujuan Dewan Pengawas untuk:

- a. dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- b. Sebagai penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan rumah sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

BAB VII  
PENGLOLAAN KEUANGAN

Bagian Kesatu  
Akuntansi

Pasal 61

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

Bagian Kedua  
Pelaporan dan Pertanggungjawaban

Pasal 62

- (1) Laporan keuangan BLUD RS Konawe terdiri dari :
  - a. Laporan neraca;
  - b. Laporan operasional;

PARAF KOORDINASI

f l l

- c. Laporan arus kas;
  - d. Laporan Realisasi anggaran; dan
  - e. Catatan atas laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran rumah sakit.
  - (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
  - (4) Setiap triwulan BLUD RS Konawe menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.
  - (5) Setiap semesteran dan tahunan BLUD RS Konawe wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah melalui Direktur untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

## BAB VIII HUBUNGAN EKTERNAL DAN KERJA SAMA

### Pasal 63

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kepada pasien maupun kebutuhan hukum dan administrasi yang dapat dilakukan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat:
  - a. Subjek kerja sama/kontrak.
  - b. Objek kerja sama/kontrak;
  - c. Ruang lingkup kerja sama/kontrak;
  - d. Hak dan kewajiban para pihak;
  - e. Jangka waktu kerja sama/kontrak;
  - f. Pengakhiran kerja sama/kontrak;
  - g. Keadaan memaksa; dan
  - h. Penyelesaian perselisihan.
- (4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat para pejabat yang berwenang.

PARAF KOORDINASI

7 1 1

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

#### Pasal 64

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara perjanjian kerja sama/kontrak berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

### BAB IX KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

#### Pasal 65

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan;
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO);

PARAF KOORDINASI

f l l

- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Direktur BLUD RS Konawe;
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Direktur BLUD RS Konawe;
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekaligus atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku;
- (6) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali;
- (7) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/ panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarkhi struktural;
- (8) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana;
- (9) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan Dokumen melalui catatan formulir Master List Dokumen Eksternal;
- (10) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi Dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis;
- (11) Identifikasi dan penelusuran seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan master list yang dikelola oleh Sub Bagian Umum pada Bagian Tata Usaha.

BAB X  
PEMBINAAN, PENGAWASAN, EVALUASI,  
DAN PENILAIAN KINERJA

Bagian Kesatu  
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 66

- (1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).

PARAF KOORDINASI

7 6 1

- (2) Pengawasan Operasional rumah sakit dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur BLUD RS Konawe.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh Bupati, PPKD, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

Bagian Kedua  
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 67

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi BLUD RS Konawe.
- (2) Review/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik BLUD RS Konawe.
- (3) Review/perubahan Visi dan Misi BLUD RS Konawe diajukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi BLUD RS Konawe.
- (4) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Bupati dan dipublikasikan oleh Bidang Perencanaan dan Pengembangan BLUD RS Konawe.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur BLUD RS Konawe dilaksanakan melalui DP3 (Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan), dan selanjutnya berdasarkan Petunjuk Teknis Peraturan Pemerintah dan/atau peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (7) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.
- (8) Hasil pengukuran kinerja BLUD RS Konawe dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Bupati.
- (9) LAKIP BLUD RS Konawe berpedoman kepada Peraturan Perundang-undangan tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

PARAF KOORDINASI

f    b b

BAB XI  
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK

Bagian Kesatu  
Maksud, Tujuan dan Tanggung Jawab

Pasal 68

- (1) Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staf By Laws) dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (framework) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis berbasis keselamatan pasien.
- (2) Secara umum tujuan Peraturan Internal Staf Medis BLUD Rumah Sakit Konawe adalah merupakan pedoman bagi Anggota Komite dalam melakukan peningkatan mutu pelayanan medis di Rumah Sakit.
- (3) Secara khusus tujuan Peraturan Internal Staf Medis BLUD Rumah Sakit Konawe adalah:
  - a. Terciptanya tanggung jawab staf medis terhadap mutu pelayanan medis dengan disertai peningkatan mutu tenaga medis di BLUD Rumah Sakit Konawe.
  - b. Tercapainya kerjasama yang baik di antara staf medis, staf medis dengan manajemen Rumah Sakit serta staf medis dengan Dewan Pengawas atau Pemerintah Kabupaten Konawe.

Pasal 69

Kelompok staf medis mempunyai tanggung jawab yang terkait dengan mutu, etik dan pengembangan pendidikan staf medis BLUD Rumah Sakit Konawe, meliputi:

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik / Subkomite kredensial kepada Direktur Rumah Sakit terhadap permohonan penempatan dokter baru (Kredensialing) dan RKK di BLUD Rumah Sakit Konawe;
- b. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik / Subkomite Kredensial kepada Direktur Rumah Sakit terhadap permohonan penempatan ulang dokter (Rekredensialing) di BLUD Rumah Sakit Konawe;
- c. melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif melalui audit medis atau program kendali mutu;
- d. memberikan kesempatan kepada staf medis untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan, pelatihan/*Course/workshop*, pertemuan ilmiah ataupun seminar bagi masing-masing kelompok staf medis sesuai dengan kompetensinya;
- e. memberikan masukan kepada Direktur Rumah Sakit melalui Ketua Komite Medik mengenai hal-hal yang terkait dengan praktek Kedokteran misalnya perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, temuan terapi yang baru dan lain sebagainya;

PARAF KOORDINASI

7 11

- f. memberikan laporan secara teratur kepada Direktur Rumah Sakit melalui Ketua Komite Medik dari staf medis minimal satu tahun sekali yang meliputi hasil pemantauan indikator mutu klinik, hasil evaluasi kinerja praktek klinis dan pelaksanaan program pengembangan staf medis dan lain-lain; dan
- g. melakukan perbaikan (*up-dating*) standar prosedur operasional dan dokumen terkait yang disempurnakan secara berkala sehingga sesuai dengan perkembangan jaman.

#### Bagian Kedua

#### Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

##### Pasal 70

- (1) Penempatan dokter sebagai calon staf medis baru / penempatan ulang staf medis yang kembali bekerja di BLUD Rumah Sakit Konawe di usulkan ketua Komite Medik dan atau calon staf medis baru / staf medis BLUD Rumah Sakit Konawe yang kembali ke RSUD mengajukan permohonan melalui Direktur secara langsung.
- (2) Komite Medik dengan pertimbangan Subkomite Kredensial dengan acuan profesi, standar kompetensi masing-masing organisasi profesi dan referensi dari institusi pendidikan / unit kerja sebelumnya akan membahas usulan/permohonan tersebut.
- (3) Selanjutnya Komite Medik memberikan rekomendasi untuk calon staf medis baru / staf medis yang diangkat kembali tersebut kepada Direktur BLUD Rumah Sakit Konawe.

##### Pasal 71

Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis Pelaksanaan Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis ditetapkan lebih lanjut oleh Direktur.

#### Bagian Ketiga

#### Kategori Staf Medis

##### Pasal 72

- (1) Staf Medis Fungsional ( SMF ) BLUD Rumah Sakit Konawe terdiri dari:
  - a. dokter umum;
  - b. dokter spesialis;
  - c. dokter gigi umum; dan
  - d. dokter gigi spesialis.
- (2) Dokter umum / dokter gigi umum tetap adalah dokter / dokter gigi yang bekerja BLUD Rumah Sakit Konawe dengan Surat Keputusan penempatan dari Pemerintah Daerah Kabupaten Konawe.

PARAF KOORDINASI

q l t

- (3) Dokter umum / dokter gigi umum paruh waktu adalah dokter / dokter gigi yang bekerja sebagian waktu kerjanya di BLUD Rumah Sakit Konawe karena merangkap tugas di lain tempat kerja dengan Surat Keputusan penempatan dari Pemerintah Daerah Kabupaten Konawe.
- (4) Dokter spesialis adalah dokter spesialis / subspecialis yang bekerja di BLUD Rumah Sakit Konawe dengan Surat Keputusan penempatan dari Pemerintah Daerah Kabupaten Konawe melalui Direktur BLUD Rumah Sakit Konawe.
- (5) Dokter tamu adalah dokter yang bekerja di BLUD Rumah Sakit Konawe dengan surat keputusan Direktur melalui Ikatan Kerja sama dokter dan Rumah Sakit.
- (6) Dokter Internship adalah dokter umum yang sedang melakukan kegiatan magang di BLUD Rumah Sakit Konawe.

Bagian Keempat  
Kewenangan Klinis

Pasal 73

- (1) Kewenangan klinis adalah tindakan yang dilakukan staf medis kepada Pasien sesuai dengan profesi dan kompetensinya.
- (2) *Temporary privileges* adalah pemberian kewenangan klinis oleh staf medis spesialis kepada staf medis umum/residen di instalasi rawat jalan, rawat inap dan kamar operasi oleh karena suatu sebab dengan pengaturan/informasi kepada Direksi dan kewenangan ini akan berakhir apabila staf medis spesialis sudah ada.
- (3) *Emergency privileges* adalah pemberian kewenangan klinis oleh staf medis spesialis kepada staf medis umum / residen yang dilakukan di instalasi gawat darurat yang sesuai dengan standar pelayanan masing-masing profesi.
- (4) Prosedur dan konsultasi diantara SMF dilingkungan Rumah Sakit diatur dalam standar operasional tersendiri.

Pasal 74

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur BLUD RS Konawe.
- (2) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) adalah berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur BLUD RS Konawe atas rekomendasi Komite Medik.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota SMF untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) adalah Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur BLUD RS Konawe berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Komite Medik.

PARAF KOORDINASI

7      11

Paragraf 1  
Proses Penilaian Kewenangan Klinis

Pasal 75

- (1) Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis Pendidikan:
  - a. Lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi; dan
  - b. Telah menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
- (2) Diketahui telah memiliki Perizinan (lisensi) meliputi:
  - a. Memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
  - b. Memiliki ijin praktek dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
  - c. Kegiatan penjagaan mutu profesi :
  - d. Menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya;
  - e. Berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- (3) Memiliki kualifikasi personal meliputi:
  - a. Riwayat disiplin dan etik profesi;
  - b. Keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
  - c. Keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
  - d. Riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;
  - e. Memiliki asuransi proteksi profesi.
- (4) Mempunyai pengalaman di bidang keprofesian, berdasarkan:
  - a. Riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
  - b. Riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Paragraf 2  
Pembatasan Kewenangan Klinis

Pasal 76

- (1) Komite Medik bila memandang perlu dapat memberi rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit agar Kewenangan Klinis anggota SMF dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Sub komite Kredensial;
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota SMF tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di BLUD RS Konawe dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum;

PARAF KOORDINASI

g lt

- (3) Subkomite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota SMF setelah terlebih dahulu:
  - a. Ketua SMF mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
  - b. Komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Subkomite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota SMF yang bersangkutan;
  - c. Sub komite Kredensial berhak memanggil anggota SMF yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran / penyimpangan yang telah dilakukan;
  - d. Sub komite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

### Paragraf 3

#### Pencabutan Kewenangan Klinis

##### Pasal 77

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

### Paragraf 4

#### Pengakhiran Kewenangan Klinis

##### Pasal 78

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur BLUD RS Konawe atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (SPK):
  - a. habis masa berlakunya;
  - b. dicabut sesuai pasal 77 ayat (2).

### Bagian Kelima

#### Penugasan Klinis

##### Pasal 79

- (1) Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan Klinis (SPK) dari Direktur BLUD RS Konawe berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap staf medis yang direkomendasikan Komite Medik.

PARAF KOORDINASI

7 1 1

- (2) Tanpa Surat Penugasan Klinis (SPK) maka seorang staf medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (member) staf medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di BLUD RS Konawe.

Bagian Keenam  
Pembinaan

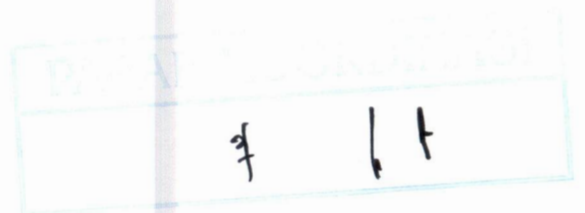
Pasal 80

- (1) Pembinaan terhadap kewenangan klinis ( *clinical privileges* ) dilaksanakan oleh Subkomite Etik & Medikolegal, Sub komite Pengendalian Mutu Pelayanan Medis & Keselamatan Pasien serta Subkomite Farmasi dan terapi dalam keterkaitannya dengan aktifitas medis di BLUD Rumah Sakit Konawe.
- (2) Apabila terjadi ataupun dugaan adanya pelanggaran etika, prosedur pelayanan medis, disiplin profesi, kinerja serta pelayanan farmasi dan terapi dalam kaitannya dengan kewenangan klinis akan dilakukan tindakan korektif.
- (3) Sumber laporan adanya dugaan pelanggaran dapat berasal dari keluhan Pasien langsung ke direktur dan atau staf medis, temuan staf medis, farmasi, satuan pengawas intern / SPI Rumah Sakit maupun tuntutan-tuntutan Pasien dan atau keluarga melalui jalur hukum.
- (4) Klarifikasi, penyelidikan dan telaah akan dilakukan oleh Subkomite yang terkait dibawah komando Ketua Subkomite Etik & Medikolegal dalam waktu tertentu.
- (5) Hasil kerja Subkomite akan ditindak lanjuti dalam rapat pleno Komite Medik dan keputusan rapat dilaporkan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit.
- (6) Keputusan rapat Komite Medik merupakan tindakan korektif terhadap staf medis yang dapat berupa peringatan lisan, tertulis ataupun usulan pencabutan sebagai anggota staf medis Rumah Sakit tanpa melalui gradasi tindakan korektif.
- (7) Keputusan tindakan korektif akan dilakukan pembinaan dan pengawasan untuk selanjutnya dilakukan pelaporan secara berkala dalam forum rapat pleno Komite Medik.
- (8) Apabila dalam klarifikasi, penyelidikan dan telaah tidak diketemukan adanya pelanggaran maka terhadap dugaan tersebut dihentikan prosesnya oleh Komite Medik dalam bentuk pelaporan kepada Direktur.

Bagian Ketujuh  
Pengorganisasian Staf Medis dan Komite Medik

Pasal 81

- (1) Susunan keanggotaan Komite Medik terdiri dari Ketua kelompok Staf Medis Fungsional ( SMF) atau yang mewakili. adapun struktur organisasi Komite Medik terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;



- c. Bendahara; dan
  - d. Anggota.
- (2) Kelompok SMF ditentukan oleh direktur berdasarkan spesialisasi / keahlian dan atau penggabungan dari dua SMF dengan kondisi dokter masih satu/sendiri dengan mengingat perkembangan fasilitas dan sumber daya manusia yang dimiliki BLUD Rumah Sakit Konawe.
  - (3) Dalam pelaksanaan tugasnya, Komite Medik BLUD Rumah Sakit Konawe membentuk beberapa Subkomite sesuai dengan kebutuhan / karakteristik Rumah Sakit.
  - (4) Susunan keanggotaan Komite Medik ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur.

Pasal 82

- (1) Tugas Komite Medik adalah:
  - a. Membantu Direktur Rumah Sakit dalam penyusunan standar pelayanan medis yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf medis di rumah sakit dan memantau pelaksanaannya.
  - b. Membantu Direktur Rumah Sakit dalam menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan *mediko-legal* dan *etiko-legal*.
  - c. Mengkoordinasikan, mengarahkan, mengatur, membina dan memantau dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan medis oleh kelompok staf medis.
  - d. Melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis meliputi; farmasi dan terapi, ketepatan, kelengkapan dan keakuratan rekam medis, *audit medis*.
  - e. Melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan profesi anggota staf medis fungsional.
  - f. Meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis.
- (2) Wewenang Komite Medik adalah:
  - a. Memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis.
  - b. Memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan peralatan medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan medis.
  - c. Monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis meliputi obat-obatan, efisiensi dan efektivitas penggunaan alat kedokteran di Rumah Sakit.
  - d. Memberikan rekomendasi tentang kerjasama antara Rumah Sakit dan Fakultas Kedokteran, Kedokteran Gigi dan Instansi Pendidikan lainnya.

PARAF KOORDINASI

g l l

- (3) Tanggung Jawab Komite Medik adalah:
- a. Ketua Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
  - b. Ketua Staf Medis Fungsional dan Ketua Subkomite bertanggung jawab kepada Direktur melalui Komite Medik.
  - c. Bertanggung jawab terhadap terselenggaranya seluruh kegiatan medis di Rumah Sakit.

Pasal 83

- (1) Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud Pasal 81 ayat (1) huruf a bertugas:
- a. Memimpin Komite Medik agar selalu dalam keadaan kondusif dan siap untuk membantu Direktur dalam :
  - b. Menyusun standar pelayanan dan memantau pelaksanaannya
  - c. Mengatur kewenangan profesi anggota staf medis fungsional
  - d. Melaksanakan pembinaan etika profesi
  - e. Meningkatkan dan mengembangkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian
  - f. Merencanakan keperluan sarana dan prasarana dalam pelayanan medis dengan berkoordinasi dan kerjasama dengan ketua SMF dan kepala satuan kerja lainnya di Rumah Sakit.
  - g. Mengkoordinasikan pembinaan untuk meningkatkan mutu profesional sumber daya manusia yang dilakukan oleh kelompok profesi terkait.
- (2) Sekretaris Komite Medik sebagaimana dimaksud Pasal 81 ayat (1) huruf b bertugas:
- a. Membantu Ketua Komite Medik dalam pelaksanaan kegiatan administrasi untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan Komite Medik.
  - b. Membantu Ketua dalam pelaksanaan teknis operasional Komite Medik.
  - c. Menjamin kelancaran proses persiapan maupun pelaksanaan rapat / pertemuan.
  - d. Menyelenggarakan tugas administrasi dan tata usaha termasuk penyimpanan data maupun arsip.
  - e. Menyusun laporan hasil pemantauan maupun evaluasi.
  - f. Melaksanakan tugas lain sesuai dengan yang ditugaskan oleh Ketua Komite Medik apabila Ketua Komite Medik berhalangan.
- (3) Bendahara Komite Medik sebagaimana dimaksud Pasal 81 ayat (1) huruf c bertugas:
- a. Menyusun dan merencanakan anggaran organisasi Komite Medik.
  - b. Mencatat penerimaan dan pembuatan dokumen berkaitan dengan uang dan atau pendapatan-pendapatan dalam organisasi Komite Medik.

PARAF KOORDINASI

7 6 1

- c. Mencatat pengeluaran dan pembuatan dokumen pengeluaran uang dan pembiayaan dalam organisasi Komite Medik.
  - d. Menyelenggarakan kegiatan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan dalam organisasi Komite Medik.
- (4) Anggota Komite Medik sebagaimana dimaksud Pasal 81 ayat (1) huruf d bertugas:
- a. Menghadiri rapat / pertemuan rutin maupun insidental.
  - b. Mengakomodasi keberadaan kelompok SMF.
  - c. Memberikan saran dan pertimbangan untuk pengambilan keputusan.
  - d. Menyusun dan *up-dating* pedoman / standar pelayanan, pendidikan dan penelitian untuk peningkatan mutu pelayanan, pendidikan dan penelitian di SMF masing-masing.
  - e. Melakukan pembinaan dalam peningkatan mutu profesional SMF oleh SMF terkait.
  - f. Melakukan pembinaan etika profesi di dalam SMF.
  - g. Melakukan sosialisasi dan melaksanakan keputusan maupun kebijakan yang dihasilkan dari pertemuan / rapat pleno.

Bagian Kedelapan  
Rapat-Rapat

Pasal 84

Bentuk Rapat Komite Medik terdiri dari:

- a. Rapat Pleno Komite Medik;
- b. Rapat Komite Medik dengan Direksi dan atau Manajemen RS; dan
- c. Rapat Komite Medik rutin.

Paragraf 1  
Rapat Pleno Komite Medik

Pasal 85

- (1) Tata Cara Rapat Pleno Komite Medik bertujuan untuk membahas tentang segala sesuatu yang berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi Komite Medik.
- (2) Peserta Rapat Komite Medik dihadiri oleh:
  - a. Ketua;
  - b. Wakil;
  - c. Bendahara;
  - d. Sekretaris; dan
  - e. Anggota.
- (3) Jadwal Rapat Komite Medik dilaksanakan di ruang komite medik/dokter/ruangan lain yang ditetapkan yang pelaksanaannya secara rutin untuk 1 (satu) bulan sekali setiap hari rabu minggu pertama atau dalam hal insidental/cito.

PARAF KOORDINASI

7 11

- (4) Setiap pelaksanaan rapat, semua peserta wajib mengisi daftar hadir dan sekretaris dibantu oleh staf administrasi membuat notulen rapat.
- (5) Tata Tertib Rapat Komite Medik meliputi:
  - a. Sebelum pelaksanaan rapat diedarkan surat undangan ditandatangani oleh Ketua dan atau sekretaris Komite Medik dengan mencantumkan agenda rapat.
  - b. Pada saat rapat peserta mengisi daftar hadir dan aktif dalam pembahasan agenda rapat.
  - c. Hasil pembahasan rapat selalu terekam di notulen rapat.
  - d. Rapat harus dihadiri minimal oleh  $\frac{1}{2}$  ( 50% ) + 1 orang dari jumlah semua anggota Komite Medik khususnya pada saat penetapan kesepakatan.

#### Paragraf 2

#### Rapat Komite Medik dengan Direksi dan atau Manajemen RS

#### Pasal 86

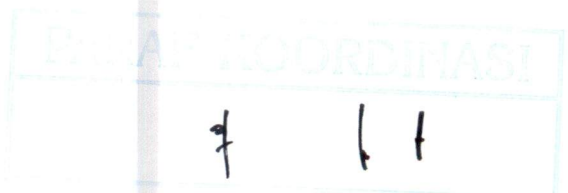
- (1) Rapat Komite Medik dengan Direksi dan atau Manajemen berujuan untuk menyampaikan saran, usulan dan masukan sebagai bahan pertimbangan bagi pengambilan keputusan Direksi dan atau manajemen yang berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi Komite Medik atau hal lain yang dianggap perlu oleh Direktur.
- (2) Peserta rapat dihadiri Ketua, Bendahara, Sekretaris, Anggota Direksi (Direktur, Kabid Pelayanan dan Kabid Penunjang) dan Manajemen lainnya yang berkaitan dengan agenda rapat.
- (3) Jadwal Rapat dilaksanakan di ruang Pertemuan Manajemen atau ruangan lain yang ditetapkan yang pelaksanaannya secara rutin untuk 1 (satu) bulan sekali setiap hari rabu minggu pertama atau dalam hal insidentil/cito.
- (4) Setiap pelaksanaan rapat, semua peserta wajib mengisi daftar hadir dan sekretaris dibantu oleh staf administrasi membuat notulen rapat.
- (5) Tata Tertib Rapat meliputi:
  - a. Sebelum pelaksanaan rapat diedarkan surat undangan ditandatangani Direksi dengan mencantumkan agenda rapat.
  - b. Pada saat rapat mengisi daftar hadir dan aktif dalam pembahasan agenda rapat.
  - c. Setelah rapat hasil pembahasan selalu terekam di notulen rapat.

#### Paragraf 3

#### Rapat Komite Medik Rutin

#### Pasal 87

- (1) Rapat Komite Medik Rutin berujuan untuk menyampaikan laporan hasil kerja dari subkomite/panitia Medik kepada Komite Medik untuk mendapatkan saran, usulan, masukan dan penetapan keputusan dari Komite Medik.
- (2) Peserta rapat di hadiri oleh seluruh Anggota Komite Medik.



- (3) Jadwal Rapat dilaksanakan di ruang komite medik/dokter atau ruangan lain yang ditetapkan yang pelaksanaannya setiap hari rabu pagi.
- (4) Setiap pelaksanaan rapat, semua peserta wajib mengisi daftar hadir dan sekretaris dibantu oleh staf administrasi membuat notulen rapat.
- (5) Tata tertib rapat meliputi:
  - a. Sebelum pelaksanaan rapat diedarkan surat undangan ditandatangani Ketua dan atau Sekretaris Komite Medik dengan mencantumkan agenda rapat;
  - b. Pada saat rapat peserta mengisi daftar hadir dan aktif dalam pembahasan agenda rapat; dan
  - c. Setelah rapat hasil pembahasan selalu terekam di notulen rapat.

Bagian Kesembilan  
Kerahasiaan dan Informasi Medis

Pasal 88

Kerahasiaan dan informasi medis Pasien merupakan kewajiban staf medis untuk selalu memegang teguh yang akan dijabarkan dalam kebijakan medis yang berisi tentang hak dan kewajiban Pasien, dokter / dokter gigi dan Rumah Sakit.

Bagian Kesepuluh  
Hak dan Kewajiban

Paragraf 1  
Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 89

- (1) Hak BLUD Rumah Sakit Konawe:
  - a. Rumah Sakit berhak membuat peraturan yang berlaku sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada di Rumah Sakit;
  - b. Rumah Sakit berhak mensyaratkan bahwa dokter umum/dokter spesialis/dokter gigi umum/dokter gigi spesialis, paramedis / non paramedis, karyawan serta Pasien harus mentaati segala peraturan Rumah Sakit;
  - c. Rumah Sakit berhak menentukan tenaga dokter umum/dokter spesialis/dokter gigi umum/dokter gigi spesialis serta tenaga lainnya sesuai prosedur yang telah disepakati dengan ketetapan Direktur;
  - d. Rumah Sakit berhak menuntut pihak-pihak yang telah melakukan wanprestasi termasuk dokter umum/dokter spesialis/dokter gigi umum/dokter gigi spesialis, paramedis / non paramedis, karyawan dan Pasien serta pihak ketiga dan lainnya; dan
  - e. Rumah Sakit berhak mendapatkan perlindungan hukum dari Pemerintah Daerah Kabupaten Konawe.

PARAF KOORDINASI

f     l     t

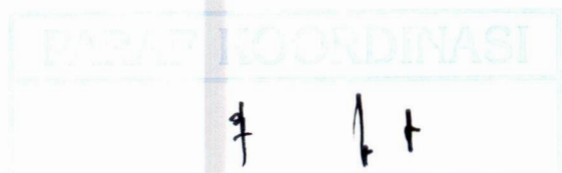
- (2) Kewajiban BLUD Rumah Sakit Konawe:
- a. Rumah Sakit wajib mematuhi perundangan dan peraturan yang dikeluarkan oleh pemerintah;
  - b. Rumah Sakit wajib memberikan pelayanan kepada Pasien tanpa membedakan suku, ras, agama, jenis kelamin dan status sosial Pasien;
  - c. Rumah Sakit wajib merawat Pasien sebaik-baiknya dengan tidak membedakan kelas perawatan ( *duty of care* );
  - d. Rumah Sakit wajib menjaga mutu perawatan dengan tidak membedakan kelas perawatan ( *quality of care* );
  - e. Rumah Sakit wajib memberikan pertolongan di instalasi gawat darurat tanpa meminta jaminan materi terlebih dahulu;
  - f. Rumah Sakit wajib menyediakan sarana dan prasarana umum yang dibutuhkan sesuai dengan kemampuan Rumah Sakit;
  - g. Rumah Sakit wajib menyediakan sarana dan prasarana medik ( *medical equipment* ) sesuai dengan standar yang berlaku sesuai dengan kemampuan Rumah Sakit;
  - h. Rumah sakit wajib menjaga agar semua sarana dan prasarana senantiasa siap pakai ( *ready for use* );
  - i. Rumah Sakit wajib merujuk Pasien kepada Rumah Sakit lain apabila tidak memiliki sarana dan prasarana, peralatan, maupun tenaga yang diperlukan;
  - j. Rumah sakit wajib mengusahakan adanya sistem, sarana dan prasarana pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
  - k. Rumah sakit wajib melindungi dokter umum/dokter spesialis/dokter gigi umum/dokter gigi spesialis, paramedis / non paramedis dan karyawan bilamana dalam melaksanakan tugasnya mendapat perlakuan tidak wajar atau tuntutan hukum dari Pasien atau keluarga Pasien;
  - l. Rumah Sakit wajib mengadakan perjanjian tertulis dengan dokter umum/dokter spesialis/dokter gigi umum/dokter gigi spesialis yang akan dan atau bekerja di Rumah Sakit
  - m. Rumah Sakit wajib membuat standar dan prosedur tetap untuk pelayanan medik, penunjang medik maupun non medik; dan
  - n. Rumah Sakit wajib memberikan imbalan jasa profesi kepada tenaga profesional di Rumah Sakit sesuai kesepakatan dan atau peraturan yang berlaku.

Paragraf 2

Hak dan Kewajiban Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi

Pasal 90

- (1) Hak Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi:
- a. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi berhak untuk bekerja sesuai standar profesi dan kompetensinya secara bebas tanpa campur tangan pihak lain;



- b. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi berhak untuk mendapatkan perlindungan hukum dalam rangka melaksanakan tugas profesinya
  - c. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi berhak atas informasi yang lengkap dari Pasien dan atau keluarga yang berkaitan dengan penyakitnya
  - d. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi berhak mendapatkan perlakuan manusiawi, adil dan jujur dari Pasien dan atau keluarganya serta dari Rumah Sakit
  - e. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi berhak untuk menolak keinginan Pasien dan atau keluarganya serta Rumah Sakit yang bertentangan dengan standar pelayanan, standar profesi, etika profesi maupun perundang-undangan.
  - f. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi berhak atas "*privacy*" apabila nama baik dicemarkan/dilecehkan oleh Pasien dan atau keluarga dengan ucapan maupun tindakan maka dapat menuntut
  - g. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi berhak atas informasi atau pemberitahuan pertama dalam menghadapi Pasien yang tidak puas terhadap pelayanannya
  - h. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi berhak mendapatkan imbalan jasa profesi yang telah dikerjakan sesuai dengan kesepakatan dan atau peraturan Rumah Sakit
- (2) Kewajiban Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi:
- a. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi wajib mematuhi peraturan Rumah Sakit;
  - b. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dengan menghormati hak Pasien;
  - c. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi wajib merujuk Pasien ke dokter/Rumah Sakit lain yang mempunyai keahlian/kemampuan yang lebih baik apabila tidak mampu dalam melakukan pemeriksaan, tindakan ataupun pengobatan;
  - d. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang masalah medis Pasien;
  - e. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi wajib memberikan informasi yang jelas tentang penyakit, tindakan medis dan atau pengobatan serta resiko yang dapat ditimbulkan;
  - f. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi wajib membuat rekam medis yang baik, lengkap dan akurat secara berkesinambungan berkaitan dengan keadaan Pasien;

PAPAF KOORDINASI

7 1 1

- g. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi wajib secara berkesinambungan untuk menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran/kedokteran gigi;
- h. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi wajib memenuhi hal-hal yang telah disepakati dan atau peraturan Rumah Sakit;
- i. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi wajib bekerjasama dengan profesi dan pihak lainnya yang terkait dalam pelayanan kepada Pasien;
- j. Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi wajib mengadakan perjanjian tertulis dengan Rumah Sakit.

Paragraf 3  
Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 91

(1) Hak Pasien:

- a. Pasien berhak memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
- b. Pasien berhak memperoleh informasi yang berkaitan dengan penyakit yang dideritanya meliputi prosedur pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan akibatnya serta penyulitnya dan prognosanya sesuai standar pelayanan Rumah Sakit.
- c. Pasien berhak memperoleh pelayanan medis yang bermutu sesuai dengan standar profesi kedokteran, kedokteran gigi tanpa adanya diskriminasi
- d. Pasien berhak memperoleh pelayanan yang manusiawi, adil dan jujur
- e. Pasien berhak memilih kelas perawatan dan dokter sesuai keinginannya dengan mengacu pada peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
- f. Pasien berhak memperoleh asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi keperawatan
- g. Pasien berhak dirawat oleh dokter yang sesuai dengan penyakitnya dimana dokter secara bebas menentukan pendapat klinis sesuai dengan kompetensinya tanpa campur tangan pihak luar.
- h. Pasien berhak meminta konsultasi kepada dokter lain yang terdaftar di Rumah Sakit terhadap penyakit yang dideritanya ( *second opinion* ) maupun penyakit lainnya dengan sepengetahuan dokter yang merawat.
- i. Pasien berhak atas ' *privacy* ' dan kerahasiaan data-data medis yang berkaitan dengan penyakit yang dideritanya
- j. Pasien berhak menyetujui dan atau memberikan ijin atas tindakan yang akan dilakukan oleh dokter sehubungan dengan penyakit yang dideritanya setelah mendapat informasi dari dokter yang merawat.

PARAF KOORDINASI

f      b      t

- k. Pasien berhak menolak tindakan yang akan dilakukan oleh dokter sehubungan dengan penyakit yang dideritanya dan mengakhiri pengobatan serta perawatan atas tanggung jawab sendiri setelah mendapat informasi dari dokter yang merawat.
  - l. Pasien berhak menuntut kepada Rumah Sakit dan atau dokter umum/dokter spesialis/dokter gigi umum/dokter gigi spesialis apabila dalam pelayanannya terdapat kesalahan setelah diklarifikasikan dengan Rumah Sakit atau dokter yang merawatnya
  - m. Pasien berhak didampingi keluarganya dalam keadaan belum cukup umur, sakit berat / kritis dalam kaitannya menjalankan haknya sebagai Pasien
  - n. Pasien berhak menjalankan ibadah sesuai dengan agama / kepercayaan yang dianutnya dengan tidak mengganggu Pasien lainnya
  - o. Pasien berhak atas keamanan dan keselamatan dirinya sesuai dengan peraturan Rumah Sakit
  - p. Pasien berhak mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya
- (2) Kewajiban Pasien:
- a. Pasien dan keluarga berkewajiban untuk mentaati segala peraturan dan tata tertib Rumah Sakit;
  - b. Pasien dan keluarga berkewajiban untuk mematuhi segala instruksi dokter dan perawat dalam kaitan penanganan penyakitnya;
  - c. Pasien dan keluarga berkewajiban memberikan informasi dengan jujur dan selengkapnya tentang penyakit atau yang berkaitan dengan penyakitnya kepada dokter yang merawat;
  - d. Pasien dan keluarga/penanggungnya berkewajiban untuk melunasi semua imbalan jasa pelayanan Rumah Sakit;
  - e. Pasien dan keluarga/penanggungnya berkewajiban memenuhi perjanjian/hal-hal yang telah disepakati dengan dokter yang merawat di Rumah Sakit.

Bagian Kesebelas  
Pengawasan

Pasal 92

- (1) Pelaksanaan pengawasan yang berkaitan dengan mutu pelayanan dan etika akan dilakukan oleh komite medik dengan melibatkan subkomite yang sesuai dengan ruang lingkup tugas pokok dan fungsinya.
- (2) Pelaksanaan pengawasan mutu pelayanan dan adanya dugaan *medical error* akan dilaksanakan oleh subkomite peningkatan mutu pelayanan medis dengan mekanisme yang tertuang pada prosedur tetap komite medik.

PARAF KOORDINASI

7 6 1

- (3) Pelaksanaan pengawasan etika dilaksanakan oleh subkomite etik dan medikolegal dengan mekanisme yang tertuang pada prosedur tetap komite medik.
- (4) Pelaksanaan pengawasan dilakukan secara berkala oleh komite medik dan ditindaklanjuti dengan pembinaan

Bagian Keduabelas  
Ketentuan Peralihan

Pasal 93

- (1) Peraturan internal medis BLUD Rumah Sakit Konawe ini dapat dilakukan perubahan dan revisi sewaktu-waktu sesuai dengan situasi dan kondisi Rumah Sakit.
- (2) Perubahan dan revisi diusulkan oleh komite medik yang diputuskan melalui rapat pleno komite medik dengan suara terbanyak untuk melakukan perubahan atau revisi, selanjutnya dibentuk tim untuk menindaklanjuti keputusan rapat.

Bagian Ketigabelas  
Penutup

Pasal 94

Merupakan kewajiban dari seluruh staf medis untuk menjalankan dan mematuhi peraturan internal medis ini berikut kebijakan komite medik yang tertuang dalam prosedur tetap dalam rangka menjalankan pelayanan medik di BLUD Rumah Sakit Konawe.

BAB XII  
PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN

Bagian Kesatu  
Pengorganisasian Staf Keperawatan

Paragraf 1  
Umum

Pasal 95

- (1) Tujuan penyusunan peraturan internal staf keperawatan agar staf keperawatan Rumah Sakit terorganisir secara baik, dan memiliki peran, tugas serta kewenangan yang jelas.
- (2) Maksud penyusunan peraturan internal staf keperawatan ini agar Komite Keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (good clinical governance) melalui mekanisme Kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- (3) Pembentukan Kelompok Keperawatan berdasarkan Spesialisasi, Unit Kerja atau Ruang Perawatan



Paragraf 2  
Kelompok Keperawatan

Pasal 96

- (1) Pengorganisasian staf keperawatan di Rumah Sakit dilakukan dengan pembentukan Kelompok Keperawatan berdasarkan Spesialisasi, Unit Kerja atau Ruang Perawatan.
- (2) Kelompok Keperawatan dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Kelompok Keperawatan berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Wakil Direktur Pelayanan medis dan penunjang medis .
- (4) Kelompok Keperawatan merupakan kelompok yang mengkoordinasikan pelayanan profesi keperawatan dan kebidanan.

Pasal 97

Kelompok keperawatan terdiri dari jenjang pendidikan fokasi, general dan spesialis.

Pasal 98

Tujuan pengorganisasian staf keperawatan adalah agar staf keperawatan di rumah sakit dapat fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas, efisien dan bertanggungjawab.

Pasal 99

- (1) Kelompok Keperawatan Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. Kelompok Keperawatan Anak;
  - b. Kelompok Keperawatan Maternitas;
  - c. Kelompok Keperawatan Bedah;
  - d. Kelompok Keperawatan Gawat Darurat dan kritis; dan
  - e. Kelompok Keperawatan Penyakit Dalam.
- (2) Kelompok Keperawatan Anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan kelompok perawat spesialis di bidang anak.
- (3) Kelompok Keperawatan Maternitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan kelompok perawat di bidang maternitas.
- (4) Kelompok Keperawatan Gawat Darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan kelompok perawat di bidang kegawat daruratan dan kritis.
- (5) Kelompok Keperawatan Penyakit Dalam sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan kelompok perawat di bidang penyakit dalam.
- (6) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan Kelompok Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

PASAL KOORDINASI

7 6 1

Paragraf 3  
Keanggotaan Kelompok Keperawatan

Pasal 100

- (1) Seluruh staf keperawatan baik yang berstatus PNS atau Non PNS wajib menjadi Anggota Kelompok Keperawatan.
- (2) Setiap Kelompok Keperawatan beranggotakan paling sedikit 5 (lima) orang staf keperawatan.
- (3) dalam hal staf keperawatan dengan spesialisasi yang sama kurang dari 5 (lima) orang atau belum ditetapkan sebagai Kelompok Keperawatan tertentu, maka staf keperawatan yang bersangkutan masuk dalam Kelompok Keperawatan yang ada di Rumah Sakit.
- (4) Penempatan staf keperawatan kedalam Kelompok Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 101

- (1) Setiap Kelompok Keperawatan dipimpin oleh seorang ketua yang ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Persyaratan untuk dapat menjadi Ketua Kelompok Keperawatan adalah sebagai berikut:
  - a. berpendidikan minimal Ahli Madya Keperawatan/Kebidanan;
  - b. memiliki sertifikat kursus/pelatihan manajemen keperawatan;
  - c. memiliki pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) sampai dengan 5 (lima) tahun;
  - d. memiliki kemampuan kepemimpinan, berwibawa dan sehat.
- (3) Dalam menentukan Ketua Kelompok Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Bidang Keperawatan dan Komite Keperawatan.
- (4) Penetapan sebagai Ketua Kelompok Keperawatan dengan Keputusan Direktur untuk masa bhakti selama 3 (tiga) tahun dapat diangkat kembali untuk periode berikutnya berdasarkan pertimbangan kinerja.
- (5) Apabila Ketua Kelompok Keperawatan diangkat menjadi Ketua Komite Keperawatan maka Direktur menetapkan Ketua Kelompok Keperawatan yang baru sebagai penggantinya.
- (6) Tata cara pengangkatan Ketua Kelompok Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 4  
Tugas dan Wewenang Ketua Kelompok Keperawatan

Pasal 102

- (1) Ketua Kelompok Keperawatan mempunyai tugas pokok mengawasi dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat yang berada diwilayah tanggung jawabnya,

PARAF KOORDINASI

7 1 1

- (2) Rincian tugas Ketua Kelompok Keperawatan adalah sebagai berikut:
- a. melaksanakan fungsi perencanaan;
  - b. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan;
  - c. melaksanakan fungsi pengawasan, pengendalian dan penilaian.
  - d. Ketua Kelompok Keperawatan berwenang:
  - e. memberikan masukan kepada Direktur melalui kepala bidang keperawatan serta Ketua Komite Keperawatan dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi dalam pelayanan keperawatan serta temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik keperawatan;
  - f. mengkoordinasikan anggota Kelompok Keperawatan agar pelayanan keperawatan berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku;
  - g. memberikan masukan kepada Direktur melalui kepala bidang keperawatan serta Ketua Komite Keperawatan mengenai penerimaan calon staf keperawatan baru.

#### Pasal 103

- (1) Dalam melaksanakan dan mengkoordinasikan kegiatan pelayanan keperawatan diseluruh unit keperawatan pada sore, malam dan hari libur ditetapkan seorang pengawas perawatan (supervisor) oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap professional, reputasi dan perilaku.
- (2) Persyaratan sebagai pengawas perawatan (supervisor) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
  - a. berpendidikan minimal DIII keperawatan/kebidanan;
  - b. pengalaman sebagai pelaksana keperawatan 8-10 tahun; dan
  - c. memiliki kemampuan kepemimpinan, berwibawa dan sehat.
- (3) Dalam menentukan pengawas perawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Bidang Keperawatan dan Komite Keperawatan.
- (4) Penetapan sebagai pengawas perawatan dengan surat keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun dapat diangkat kembali untuk periode berikutnya berdasarkan pertimbangan kinerja.
- (5) Tata cara pengangkatan pengawas perawatan ditetapkan oleh Direktur.

#### Paragraf 5

#### Pengangkatan dan Pemberhentian Anggota Kelompok Keperawatan

#### Pasal 104

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Anggota Kelompok Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi bidang keperawatan dan Komite Keperawatan.
- (2) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian Anggota Kelompok Keperawatan ditetapkan oleh Direktur

PARAF KOORDINASI

7 1 1

Pasal 105

- (1) Pemberhentian staf keperawatan sebagai Anggota Kelompok Keperawatan berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian tetap.
- (2) Pemberhentian tetap dilakukan dalam hal:
  - a. kondisi fisik dan atau mental SKF yang bersangkutan tidak mampu lagi secara menetap melakukan tindakan keperawatan, berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Kesehatan yang berwenang;
  - b. melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap;
  - c. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh Organisasi Profesi dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi secara tetap/selamanya;
  - d. berakhir masa perjanjian kerja dan tidak diperpanjang; atau
  - e. tidak disetujui untuk diangkat kembali sebagai anggota Kelompok Keperawatan.
- (3) Pemberhentian sementara dilakukan dalam hal:
  - a. kondisi fisik staf keperawatan yang bersangkutan tidak mampu melakukan tindakan keperawatan lebih dari 6 (enam) bulan sampai dengan 1 (satu) tahun;
  - b. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh Organisasi Profesi dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi sementara;
  - c. berulang-ulang melakukan pelanggaran disiplin profesi keperawatan atau peraturan lain yang terkait;
  - d. dicabut kewenangan klinisnya;
  - e. ijin praktek di Rumah Sakit sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada;
  - f. tidak memenuhi standar kompetensi sesuai dengan profesinya;
  - g. staf keperawatan yang memasuki usia pensiun namun berdasarkan pertimbangan Direktur yang bersangkutan masih dapat diangkat sebagai Anggota Kelompok Keperawatan / yang masih dalam proses pertimbangan untuk pengangkatan kembali sebagai Anggota Kelompok Keperawatan;
  - h. berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; atau
  - i. cuti diluar tanggungan negara sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS).

Pasal 106

- (1) Pengangkatan kembali staf keperawatan sebagai Anggota Kelompok Keperawatan diberlakukan bagi staf keperawatan yang selesai menjalani pemberhentian sementara.

PARAF KOORDINASI  
g l t

- (2) Staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyampaikan:
  - a. surat permohonan dari yang bersangkutan atau rekomendasi tertulis dari Ketua Kelompok Keperawatan terkait;
  - b. foto copi Surat Tanda Registrasi dari Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI);
  - c. foto copy Surat Ijin Praktek;
  - d. surat keterangan sehat;
  - e. surat pernyataan sanggup mematuhi dan melaksanakan etika profesi;
  - f. surat pernyataan sanggup mematuhi segala peraturan yang berlaku di lingkungan Rumah Sakit.
- (3) Apabila diperlukan dapat meminta kajian dan rekomendasi dari Komite Keperawatan untuk pengangkatan kembali anggota Kelompok Keperawatan.
- (4) Direktur dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kerja harus mengeluarkan keputusan persetujuan atau penolakan.

Bagian Kedua  
Staf Keperawatan

Paragraf 1  
Hak dan Kewajiban SKF

Pasal 107

- (1) Staf keperawatan dalam menjalankan tugas profesi/praktik keperawatan di Rumah Sakit bertanggungjawab profesi dan hukum secara mandiri.
- (2) Staf keperawatan secara administratif manajerial bertanggung jawab kepada Direktur melalui bidang keperawatan dan secara teknis profesi bertanggung jawab kepada Komite Keperawatan.
- (3) Hak dan kewajiban staf keperawatan sebagai pegawai dan sebagai tenaga profesi di Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku.

Paragraf 2  
Tugas Staf Keperawatan

Pasal 107

- (1) Tugas staf keperawatan:
  - a. melaksanakan kegiatan profesi yang terkait dengan asuhan keperawatan dan/atau asuhan kebidanan;
  - b. meningkatkan kemampuannya, melalui program pendidikan/pelatihan berkelanjutan;
  - c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan serta standar etika dan disiplin yang sudah ditetapkan; dan

PARAF KOORDINASI

9     1 1

d. menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator kinerja.

- (2) Fungsi staf keperawatan secara perorangan adalah sebagai pelaksana pelayanan asuhan keperawatan dan/atau asuhan kebidanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang keperawatan;

### Paragraf 3

#### Pembinaan dan Pengawasan

##### Pasal 105

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf keperawatan yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi bidang Keperawatan dan Komite Keperawatan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf keperawatan meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi, disiplin pegawai dan motivasi kerja.
- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Keperawatan.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan, disiplin pegawai dan motivasi kerja dilakukan oleh Direktur melalui bidang Keperawatan.

##### Pasal 106

- (1) Pembinaan dan pengawasan terkait kewenangan klinis dilakukan dengan investigasi.
- (2) Rekomendasi hasil investigasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa:
  - a. pemberian teguran tertulis atau/dan pembatasan kewenangan klinis, paling lama 3 (tiga) bulan untuk pelanggaran ringan;
  - b. pembatasan kewenangan klinis, paling lama 6 (enam) bulan untuk pelanggaran sedang;
  - c. pembatasan kewenangan klinis, paling lama 1 (satu) tahun untuk pelanggaran berat.
  - d. Pembinaan dan pengawasan terkait mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan dengan audit keperawatan, yang diarahkan untuk:
  - e. meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan oleh staf keperawatan;
  - f. meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf keperawatan;
  - g. melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf keperawatan.

STAF KOORDINASI

7 6 1

Pasal 107

Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap staf keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 4  
Mitra Bestari

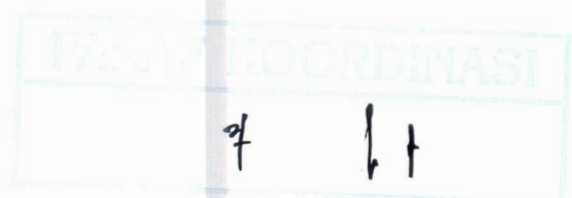
Pasal 108

- (1) Mitra Bestari (peer group) adalah sekelompok keperawatan dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi keperawatan termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Mitra Bestari berasal dari staf keperawatan yang ada di Rumah Sakit.
- (3) Selain berasal dari staf keperawatan yang ada di Rumah Sakit Mitra Bestari dapat berasal dari:
  - a. Rumah Sakit lain;
  - b. perhimpunan perawat spesialis;
  - c. kolegium perawat spesialis; dan/atau
  - d. institusi pendidikan keperawatan.
- (4) Mitra Bestari dapat ditunjuk sebagai Panitia Adhoc untuk membantu Komite Keperawatan melakukan kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.
- (5) Penetapan Mitra Bestari sebagai Panitia Adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usulan Ketua Komite Keperawatan.

Bagian Ketiga  
Kewenangan Klinis

Pasal 109

- (1) Kewenangan Klinis seorang staf keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Keperawatan.
- (2) Kewenangan klinis setiap staf keperawatan diajukan oleh perawat yang bersangkutan sesuai dengan jenjang pendidikan dan masa kerja.
- (3) Kewenangan klinis setiap staf keperawatan dapat saling berbeda walaupun memiliki spesialisasi yang sama.
- (4) Tanpa kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf keperawatan tidak dapat menjadi anggota Kelompok Keperawatan.
- (5) Kewenangan klinis diberikan kepada staf keperawatan berdasarkan pertimbangan:
  - a. *clinical appraisal* (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
  - b. standar profesi dari organisasi profesi;



- c. standar pendidikan;
- d. standar kompetensi dari kolegium.

Pasal 110

- (1) Jenjang klinis keperawatan terdiri dari :
  - a. Jenjang perawat klinis 1 dengan kode N1;
  - b. Jenjang perawat klinis 2 dengan kode N2;
  - c. Jenjang perawat klinis 3 dengan kode N3;
  - d. Jenjang perawat klinis 4 dengan kode N4; dan
  - e. Jenjang perawat klinis 5 dengan kode N5.
- (2) Penetapan jenjang klinis keperawatan diatur didalam kewenangan klinis perawat dan ditetapkan oleh Keputusan Direktur.

Pasal 111

- (1) Rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi setiap jenis pelayanan keperawatan yang disebut buku putih (white paper) ditetapkan oleh Komite Keperawatan dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (2) Dalam hal dijumpai kesulitan menentukan kewenangan klinis dan atau apabila suatu pelayanan keperawatan dapat dilakukan oleh staf keperawatan dari jenis spesialisasi yang berbeda maka untuk pelayanan keperawatan tertentu Komite Keperawatan dapat meminta informasi atau pendapat dari Mitra Bestari.

Pasal 112

- (1) Kewenangan klinis staf keperawatan terdiri atas:
  - a. kewenangan klinis umum;
  - b. kewenangan klinis khusus; dan
  - c. kewenangan klinis istimewa.
- (2) Kewenangan klinis umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi yang dimiliki dan sesuai jenjang keperawatan klinis yang dimiliki.
- (3) Kewenangan klinis khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan area kerja/penugasan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (4) Kewenangan klinis istimewa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c diberikan kepada tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi tertentu yang dimiliki oleh tenaga keperawatan dengan mempertimbangkan risiko pelayanan dan teknologi yang digunakan.
- (5) Setiap tenaga keperawatan dapat memiliki lebih dari 1 (satu) jenis kewenangan klinis sesuai kompetensi dan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

Pasal 113

Kewenangan klinis seorang staf keperawatan dapat dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut oleh Direktur.

Pasal 114

- (1) Dalam hal staf keperawatan menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Berdasarkan permohonan sebagaimana yang dimaksud pada ayat 1, Direktur meminta Komite Keperawatan untuk melakukan kredensial.
- (3) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan dituangkan pada penugasan klinis dalam bentuk Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.
- (5) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak, dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditanda tangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.

Bagian Keempat  
Delegasi Tindakan Medik

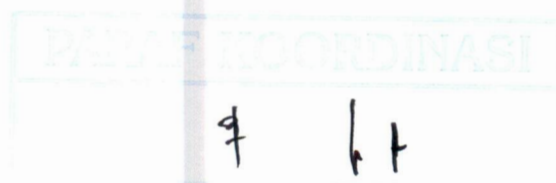
Pasal 115

- (1) Kewenangan tenaga keperawatan untuk melakukan tindakan medik yang merupakan delegasi dari tenaga medis hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki kewenangan klinis tertentu berdasarkan hasil kredensial Sub Komite Kredensial.
- (2) Tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tetap menjadi tanggung jawab tenaga medis yang memberikan delegasi.
- (3) Secara teknis pendelegasian berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Kelima  
Penugasan Klinis

Pasal 116

- (1) Penugasan klinis diberikan kepada seorang staf keperawatan setelah melalui proses kredensial dan rekomendasi Komite Keperawatan.



- (2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat kewenangan klinis yang diberikan kepada seorang staf keperawatan dan tempat yang bersangkutan untuk dapat melaksanakan tugas.
- (3) Penugasan klinis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 117

- (1) Penugasan klinis seorang staf keperawatan hanya dapat ditetapkan apabila:
  - a. mempunyai Surat Ijin Praktik dan Surat Tanda Registrasi (STR) sesuai ketentuan perundang-undangan;
  - b. memenuhi syarat sebagai staf keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
  - c. bersedia memenuhi segala permintaan rumah sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan keperawatan dengan mengacu pada standar prosedur operasional (SPO), dan standar administrasi yang berlaku di rumah sakit; dan
  - d. bersedia mematuhi etika keperawatan yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri.
- (2) Penugasan klinis berlaku selama 2 (dua) tahun.
- (3) Penugasan klinis dapat berakhir sebelum waktunya dalam hal:
  - a. ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku;
  - b. kondisi fisik atau mental staf keperawatan yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan keperawatan;
  - c. staf keperawatan tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis yang dicantumkan dalam penugasan klinis;
  - d. staf keperawatan telah melakukan tindakan yang tidak profesional atau perilaku menyimpang lainnya;
  - e. staf keperawatan diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
  - f. staf keperawatan diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan memasuki usia pensiun dan/atau mengakhiri kontrak dengan rumah sakit dengan mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

Bagian Keenam  
Komite Keperawatan

Paragraf 1  
Kedudukan Komite Keperawatan

Pasal 118

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.

PARAF KOORDINASI

f l l

- (2) Komite Keperawatan berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas, fungsi dan wewenang Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 2

Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan

Pasal 119

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sebagai berikut:
  - a. Ketua Komite Keperawatan;
  - b. Sekretaris Komite Keperawatan;
  - c. Anggota Komite Keperawatan.
- (2) Anggota Komite Keperawatan yang dimaksud ayat 1 huruf c terdiri dari:
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan;
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
  - d. Personalia Komite Keperawatan Rumah Sakit berjumlah 5 (lima) orang.

Pasal 120

- (1) Seseorang yang dapat diangkat menjadi anggota/personalia Komite Keperawatan adalah staf keperawatan purna waktu dan sudah bekerja di Rumah Sakit minimal 5 (lima) tahun.
- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan:
  - a. sikap profesional;
  - b. reputasi;
  - c. perilaku; dan
  - d. memperhatikan usulan dari Kelompok Keperawatan.
- (3) Ketua Komite Keperawatan dipilih oleh anggota dan ditunjuk oleh Direktur.
- (4) Sekretaris Komite Keperawatan dan Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua komite keperawatan.
- (5) Pengangkatan dan pemberhentian anggota/personalia Komite Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 121

- (1) Persyaratan Ketua Komite Keperawatan:
  - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
  - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
  - c. tanggap terhadap perkembangan rumahsakit;
  - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
  - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
  - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

PARAF KOORDINASI

7 1 1

- (1) Dalam menentukan Ketua Komite Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan Pengawas.
- (2) Ketua Kelompok Keperawatan yang diangkat menjadi Ketua Komite Keperawatan wajib mengundurkan diri dari jabatannya sebagai Ketua Kelompok Keperawatan.

### Paragraf 3

#### Tugas, Fungsi dan Wewenang Komite Keperawatan

#### Pasal 122

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Pedoman pelaksanaan tugas Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

#### Pasal 123

- (1) Dalam melaksanakan tugas kredensial, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. penyusunan daftar kewenangan klinis dan persyaratan setiap jenis pelayanan keperawatan;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi;
  - c. pengevaluasian data pendidikan profesional keperawatan berkelanjutan;
  - d. penilaian dan pemberian rekomendasi kewenangan klinis yang adekuat.
- (2) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf keperawatan, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. berperan menjaga mutu profesi keperawatan dengan memastikan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan oleh staf keperawatan melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*);
  - b. pendidikan dan pengembangan profesi berkelanjutan dengan memberikan rekomendasi pendidikan, pertemuan ilmiah internal dan kegiatan eksternal; dan
  - c. pendampingan (*proctoring*) terhadap staf keperawatan.

PARAF KOORDINASI

g | |

- (3) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf keperawatan, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi keperawatan;
  - b. pemeriksaan staf keperawatan yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku staf keperawatan; dan
  - d. pemberian pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis.

Pasal 124

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan memiliki wewenang:

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

Pasal 125

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia *ad hoc* dari mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketujuh  
Rapat-Rapat

Pasal 126

- (1) Rapat Komite Keperawatan diselenggarakan untuk membahas hal - hal yang berhubungan dengan keprofesian tenaga keperawatan sesuai tugas dan kewajibannya.
- (2) Rapat Komite Keperawatan terdiri dari:
  - a. rapat rutin;
  - b. rapat koordinasi dengan wakil direktur; dan
  - c. rapat khusus.
- (3) Peserta rapat Komite Keperawatan terdiri dari Anggota Komite Keperawatan dan apabila diperlukan dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang terkait dengan agenda rapat, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit yang ditentukan oleh Komite Keperawatan.
- (4) Setiap rapat Komite Keperawatan dibuat risalah rapat.
- (5) Mekanisme pelaksanaan rapat Komite Keperawatan diatur dalam pedoman rapat Komite Keperawatan.



Pasal 127

- (1) Rapat rutin Komite Keperawatan dilaksanakan dengan ketentuan:
  - a. rapat rutin diselenggarakan terjadual paling sedikit 2 (dua) kali dalam 1 (satu) bulan dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan;
  - b. rapat rutin merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, melakukan klarifikasi, mencari alternatif solusi berbagai masalah pelayanan keperawatan dan membuat usulan tentang kebijakan pelayanan keperawatan;
  - c. risalah rapat rutin disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat rutin berikutnya.
- (2) Rapat koordinasi Komite Keperawatan dengan Direktur dilaksanakan dengan ketentuan:
  - a. rapat dengan Direktur diselenggarakan terjadual paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan dan Direktur;
  - b. rapat bertujuan untuk menginternalisasikan kebijakan dan peraturan-peraturan yang berhubungan dengan profesi dan pelayanan keperawatan, mendiskusikan berbagai masalah pelayanan keperawatan, sumber daya manusia, sarana dan prasarana, keuangan serta menampung usulan tentang kebijakan pelayanan keperawatan;
  - c. risalah rapat dengan Direktur disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat dengan Direktur berikutnya.
- (3) Rapat khusus Komite Keperawatan dilaksanakan dengan ketentuan:
  - a. rapat khusus diselenggarakan atas permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Komite Keperawatan;
  - b. rapat khusus bertujuan untuk membahas masalah mendesak/penting yang segera memerlukan penetapan/Keputusan Direktur.
  - c. undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Komite Keperawatan kepada peserta rapat melalui telepon sebelum rapat diselenggarakan, dengan memberitahukan agenda rapat.
- (4) Pimpinan rapat Komite Keperawatan dilaksanakan dengan ketentuan:
  - a. setiap rapat Komite Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan, apabila Ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat, bila kuorum telah tercapai, maka Anggota Komite Keperawatan yang hadir dapat memilih pimpinan rapat;
  - b. pimpinan rapat sebagaimana dimaksud pada huruf a, berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Komite Keperawatan.

PARAF KOORDINASI

7 1 1

- (5) Kuorum dalam hal:
- a. dalam hal untuk pengambilan keputusan, rapat Komite Keperawatan hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai;
  - b. kuorum dianggap tercapai bila  $\frac{1}{2}$  (setengah) ditambah 1 (satu) orang dari jumlah seluruh anggota Komite Keperawatan hadir;
  - c. dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu satu jam dari waktu yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilaksanakan pada tempat, hari dan jam yang disepakati paling lambat dalam waktu 2x24 jam;
  - d. dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu satu jam dari waktu rapat yang telah ditentukan sebagaimana dimaksud pada huruf c, maka rapat dapat dilaksanakan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Komite Keperawatan berikutnya.
- (6) Pengambilan putusan rapat dilaksanakan dengan ketentuan:
- a. pengambilan putusan rapat Komite Keperawatan berdasarkan pendekatan berbasis bukti (evidence-based);
  - b. dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak;
  - c. apabila belum mendapat kesepakatan maka pimpinan rapat menyampaikan hasil rapat kepada Direktur untuk diputuskan;
  - d. keputusan rapat Komite Keperawatan merupakan sebuah rekomendasi yang diberikan kepada Direktur

Bagian Kedelapan  
Subkomite Kredensial

Paragraf 1  
Pengorganisasian Sub Komite Kredensial

Pasal 128

- (1) Subkomite kredensial berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Keperawatan.
- (2) Anggota/personalia Subkomite kredensial terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki penugasan klinis.
- (3) Pengorganisasian Subkomite kredensial terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota.

Paragraf 2  
Tugas dan wewenang Sub Komite Kredensial

Pasal 129

Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud Pasal 128 mempunyai tugas dan wewenang yakni:

- a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;

PARAF KOORDINASI  
9 11

- b. menyusun buku putih (white paper) yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar kompetensinya. Buku putih disusun oleh Komite Keperawatan dengan melibatkan Mitra Bestari (peer group) dari berbagai unsur organisasi profesi keperawatan dan kebidanan, kolegium keperawatan, unsur pendidikan tinggi keperawatan dan kebidanan;
- c. menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial dari bagian SDM;
- d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
- e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
- f. membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke bidang keperawatan dan disahkan oleh Direktur Rumah Sakit.

Paragraf 3  
Kredensial dan Rekredensial

Pasal 130

- (1) Instrumen kredensial dan rekredensial antara lain adalah:
  - a. daftar rincian kewenangan klinis setiap spesialisasi;
  - b. buku putih (white paper) untuk setiap pelayanan keperawatan; dan
  - c. daftar mitra bestari.
- (2) Proses kredensial dan rekredensial meliputi pemeriksaan dan pengkajian elemen:
  - a. Kompetensi meliputi:
    - 1) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang berlaku;
    - 2) kognitif;
    - 3) afektif;
    - 4) psikomotor.
  - b. Kompetensi fisik;
  - c. Kompetensi mental/perilaku;
  - d. Perilaku etis (ethical standing).
- (3) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur dan terdokumentasi.
- (4) Dalam melakukan pengkajian dapat membentuk panel atau panitia adhoc atau melibatkan Mitra Bestari.
- (5) Hasil kredensial berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

PARAF KOORDINASI

f h t

Pasal 131

- (1) Rekredensial terhadap staf keperawatan dilakukan dalam hal:
  - a. penugasan klinis (clinical appointment) yang dimiliki oleh staf keperawatan telah habis masa berlakunya;
  - b. staf keperawatan yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya; dan/atau
  - c. staf keperawatan yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Rekomendasi hasil rekredensial berupa:
  - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; atau
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Bagian Kesembilan  
Subkomite Mutu Profesi

Paragraf 1  
Penggorganisasian Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 132

- (1) Subkomite mutu profesi berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Keperawatan.
- (2) Pengorganisasian Subkomite mutu profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota.

Paragraf 2  
Tugas Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 133

- Subkomite mutu profesi mempunyai tugas sebagai berikut:
- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan; dan
  - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

Paragraf 3  
Audit Keperawatan

Pasal 134

- (1) Audit keperawatan dilakukan secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (peer group) yang terdiri dari kegiatan peer-review, surveillance dan assessment terhadap pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

PARAF KOORDINASI

g l t

- (2) Pelaksanaan audit keperawatan menggunakan catatan asuhan keperawatan dan/atau kebidanan yang dibuat oleh staf keperawatan.
- (3) Hasil dari Audit keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai:
  - a. sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf keperawatan;
  - b. dasar untuk pemberian kewenangan klinis (clinical privilege) sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. dasar bagi Komite Keperawatan dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (clinical privilege);
  - d. dasar bagi Komite Keperawatan dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

Paragraf 4  
Pendidikan Berkelanjutan

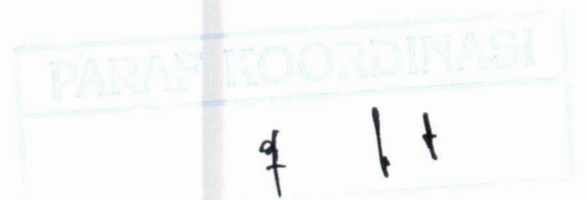
Pasal 135

- (1) Dalam rangka meningkatkan Mutu Profesi setiap kelompok keperawatan dapat menyelenggarakan pendidikan berkelanjutan baik yang merupakan program Rumah Sakit maupun atas permintaan staf keperawatan sebagai usulan kepada Direktur.
- (2) Pendidikan berkelanjutan dilakukan dengan:
  - a. menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing Kelompok Keperawatan;
  - b. mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus antara lain, kasus keselamatan pasien, kasus sulit, maupun kasus langka;
  - c. menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf keperawatan setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
  - d. bersama-sama dengan Kelompok Keperawatan menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang melibatkan staf keperawatan sebagai narasumber dan peserta aktif;
  - e. bersama dengan Bagian Pendidikan dan Penelitian memfasilitasi kegiatan ilmiah dan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (3) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

Paragraf 5  
Pendampingan (*proctoring*)

Pasal 136

- (1) Setiap Staf keperawatan yang dijatuhkan sanksi disiplin atau pengurangan kewenangan klinis berhak mendapatkan pendampingan.



- (2) Pelaksanaan pendampingan (*proctoring*) dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi staf keperawatan yang dijatuhi sanksi disiplin atau pengurangan kewenangan klinis.
- (3) Staf keperawatan yang akan memberikan pendampingan (*proctoring*) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) difasilitasi dan dikoordinasikan bersama bidang keperawatan.
- (5) Hasil pendampingan (*proctoring*) berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis dan penugasan klinis seorang staf keperawatan.

Bagian Kesepuluh  
Subkomite Etik dan Disiplin Profesi

Paragraf 1  
Pengorganisasian Subkomite Etik dan Disiplin Profesi

Pasal 137

- (1) Subkomite etik dan disiplin profesi berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Keperawatan.
- (2) Pengorganisasian Subkomite etik dan disiplin profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota.

Paragraf 2  
Tugas dan Wewenang Subkomite Etik dan Disiplin Profesi

Pasal 138

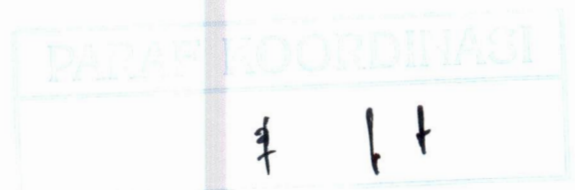
Tugas Subkomite Etik Dan Disiplin Profesi adalah:

- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
- b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
- c. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
- d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis dan/atau surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*);
- e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etik dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.

Pasal 139

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Subkomite etik dan disiplin profesi berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
- c. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
- d. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;



- e. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
- f. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 3  
Pendisiplinan Profesi

Pasal 140

- (1) Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf keperawatan, antara lain:
  - a. pedoman pelayanan keperawatan di rumah sakit;
  - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
  - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan keperawatan (*white paper*) di rumah sakit;
  - e. kode etik keperawatan Indonesia;
  - f. pedoman perilaku profesional;
  - g. pedoman pelanggaran disiplin keperawatan yang berlaku di Indonesia;
  - h. pedoman pelayanan medik/klinik;
  - i. standar prosedur operasional asuhan keperawatan.
- (2) Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf keperawatan berupa:
  - a. peringatan tertulis;
  - b. limitasi (reduksi) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
  - c. bekerja di bawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan keperawatan tersebut;
  - d. pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
- (3) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional ditetapkan oleh Komite Keperawatan.

Pasal 140

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Subkomite etik dan disiplin profesi.
- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas 3 (tiga) orang staf keperawatan atau lebih dengan jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
  - a. 1 (satu) orang dari Subkomite Etik dan Disiplin Profesi;
  - b. 2 (dua) orang atau lebih staf keperawatan dengan kompetensi yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau dari luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Keperawatan dengan persetujuan Direktur atau atas permintaan Direktur Utama rumah sakit terlapor.

PARAF KOORDINASI

f      l t

- (3) Panel dapat juga melibatkan Mitra Bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit.
- (4) Pengikutsertaan Mitra Bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan.

Paragraf 4  
Pembinaan Profesi

Pasal 142

- (1) Pembinaan profesionalisme staf keperawatan dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium atau lokakarya.
- (2) Staf keperawatan dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di Rumah Sakit kepada Komite Keperawatan melalui Ketua Kelompok Keperawatan.
- (3) Subkomite Etik Dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Bagian Kesebelas  
Tata Kelola Klinis

Pasal 143

- (1) Semua pelayanan keperawatan dilakukan oleh setiap staf keperawatan di Rumah Sakit berdasarkan penugasan klinis dari Direktur.
- (2) Dalam keadaan kegawatdaruratan staf keperawatan dapat diberikan penugasan klinis untuk melakukan asuhan keperawatan diluar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.
- (3) Masing-masing Kelompok Keperawatan wajib membuat pedoman pelayanan keperawatan, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya.
- (4) Kebijakan teknis operasional pelayanan keperawatan tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) ini.
- (5) Dalam melaksanakan tugas kelompok keperawatan, wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik di lingkungannya maupun dengan Kelompok Keperawatan lain atau instansi lain yang terkait.
- (6) Untuk menangani pelayanan keperawatan tertentu, Direktur dapat membentuk panitia atau kelompok kerja.
- (7) Setiap Ketua Kelompok Keperawatan wajib membantu Bidang Keperawatan serta Komite Keperawatan melakukan bimbingan, pembinaan dan pengawasan terhadap anggotanya.
- (8) Peraturan pelaksanaan Tata Kelola Klinis Pelayanan Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

PARAF KOORDINASI  
4 6 t

Bagian Keduabelas  
Review dan Perubahan

Pasal 144

- (1) Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff ByLaws*) secara berkala paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun dievaluasi, ditinjau kembali, atau disesuaikan/direview dengan perkembangan profesi keperawatan dan kondisi Rumah Sakit.
- (2) Tata cara evaluasi, ditinjau kembali, review dan perubahan Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff ByLaws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Kebijakan teknis operasional, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya harus disesuaikan dengan Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff ByLaws*) ini.

BAB XIII  
LAIN-LAIN

Pasal 145

- (1) Dalam hal pegawai BLUD RS Konawe melakukan pelanggaran etika dan atau hukum, maka penyelesaiannya didahulukan upaya mediasi.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka BLUD RS Konawe bertanggungjawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka BLUD RS Konawe tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan.

BAB XIV  
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 146

- (1) Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam Hospital by Laws ini ditetapkan dengan Keputusan Direktur BLUD RS Konawe sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan BLUD RS Konawe ditetapkan Direktur BLUD RS Konawe sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Pelaksanaan dan pengaturan sebagaimana dimaksud peraturan bupati ini akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur BUD RS Konawe.

PARAF KOORDINASI

g l t

BAB XV  
PENUTUP

Pasal 147

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Unaaha  
pada tanggal, 2 OKTOBER 2023

Pj. BUPATI KONAWE,



H. HARMIN RAMBA





Diundangkan di Unaaha  
pada tanggal, 2 OKTOBER 2023

SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN KONAWE,



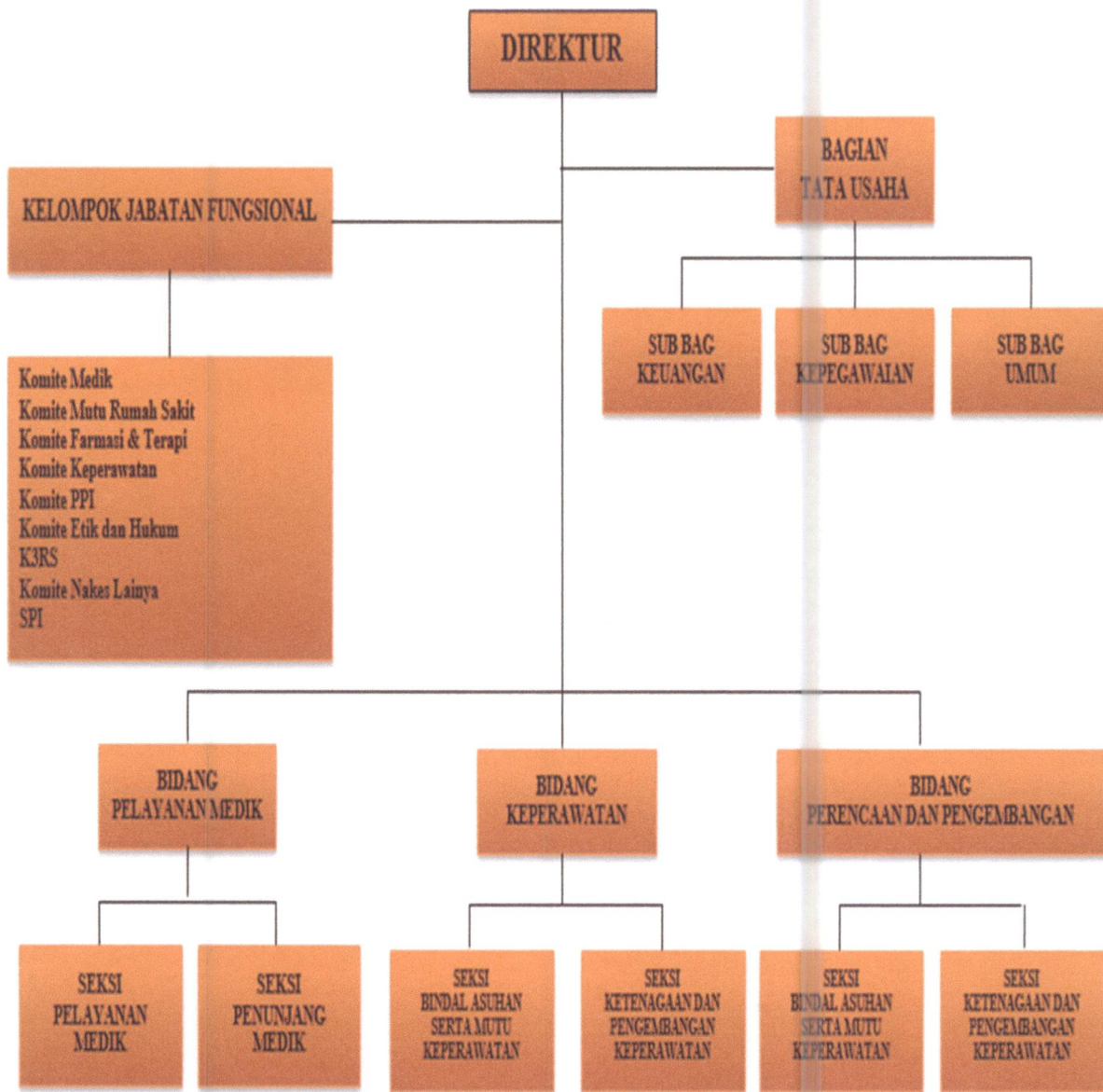
FERDINAND

BERITA DAERAH KABUPATEN KONAWE TAHUN 2023 NOMOR 639

PARAF KOORDINASI		
NO	NAMA / JABATAN	PARAF
1	Sekda	
2	Asisten I	
3	dr. H. MUH. ABUL L. NMR	
4	KABAG HUKUM	
5		

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI  
 NOMOR 39 TAHUN 2023  
 TANGGAL 2 OKTOBER 2023  
 TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH  
 SAKIT BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
 RUMAH SAKIT KABUPATEN KONAWA.

### Struktur Organisasi BLUD RS Konawe



PARAF KOORDINASI		
NO	NAMA / JABATAN	PARAF
1	Sekron	
2	Asisten I	
3	dr. H. MUH. AGUS. L. MMKZ	
4	KABAG HUKUM	
5		

Pj. BUPATI KONAWA,

H. HARMIN RAMBA