



**BUPATI GRESIK
PROVINSI JAWA TIMUR**

PERATURAN BUPATI GRESIK

NOMOR 11 TAHUN 2019

TENTANG

**TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH IBNU SINA KABUPATEN GRESIK**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI GRESIK,

- Menimbang** : a. bahwa guna menyesuaikan dengan perkembangan kebutuhan hukum masyarakat dan kerumahsakitannya menurut peraturan perundang-undangan, perlu mengatur kembali Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Pada Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah dalam Lingkungan Provinsi Jawa Timur, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2930) sebagaimana diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);

9. 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 diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 111 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5428);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 295, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5777);
13. Peraturan Presiden Nomor 87 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 199);
14. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 971/MENKES/PER/XI/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan;

16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 49/MENKES/PER/VIII/2013 tentang Komite Keperawatan di Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 Tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 63 Tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum di Lingkungan Kementrian Kesehatan;
23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);
25. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Gresik (Lembaran Daerah Kabupaten Gresik Tahun 2016 Nomor 18);

26. Peraturan Bupati Gresik Nomor 52 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja RSUD Ibnu Sina (Berita Daerah Kabupaten Gresik Tahun 2008 Nomor 1);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH IBNU SINA KABUPATEN GRESIK.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Gresik.
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Gresik.
3. Bupati adalah Bupati Gresik.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Gresik.
5. Rumah Sakit Umum Daerah selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik, yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
6. Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah Sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/ atau kedokteran gigi, kedokteran berkelanjutan dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi;
7. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.

8. Pejabat pengelola adalah pimpinan yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional yang terdiri atas Direktur, Wakil Direktur Bidang Medik dan Wakil Direktur Bidang Umum dan Keuangan.
9. Direktur Rumah Sakit adalah kepala atau pejabat tertinggi di Rumah Sakit;
10. Satuan Kerja Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat SKPKD adalah Perangkat Daerah pada Pemerintah Daerah yang melaksanakan pengelolaan APBD.
11. Badan Layanan Umum selanjutnya disingkat BLU adalah instansi di lingkungan pemerintah 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.
12. Tata Kelola Rumah Sakit/Peraturan internal rumah sakit (hospital bylaws) peraturan organisasi rumah sakit (corporate Bylaws) dan peraturan internal staf medis (Medical Staff Bylaws) serta peraturan internal staf keperawatan (Nursing Staff Bylaws) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (good corporate governance) dan tata kelola klinis yang baik (good clinical governance);
13. Tata kelola korporasi (Corporate Bylaws) adalah peraturan yang mengatur tentang hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan dewan pengawas, pejabat pengelola, dan staf medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak masing-masing.
14. Tata kelola Staf Medis (Medical Staff ByLaws) adalah peraturan internal Staf Medis yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari Staf Medis di Rumah Sakit.

15. Tata kelola Staf Keperawatan (Nursing Staff ByLaws) adalah peraturan internal Staf Keperawatan dan Kebidanan yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari Staf Keperawatan dan Kebidanan di Rumah Sakit.
16. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik 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.
17. Dewan Pengawas BLUD, yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah perangkat yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.
18. Satuan pemeriksa internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pemeriksaan, pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan social sekitarnya (social responsibility) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
19. Kepala Bagian atau Kepala Bidang adalah Pejabat yang melaksanakan tugasnya dan bertanggung jawab kepada pejabat pengelola.
20. Kepala Sub Bagian atau Kepala Sub Bidang adalah Pejabat yang melaksanakan tugasnya dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian/Kepala Bidang serta Pejabat Pengelola.
21. Pegawai Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disebut Pegawai ASN adalah pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja yang diangkat oleh pejabat pembina kepegawaian dan disertai tugas dalam

suatu jabatan pemerintahan atau disertai tugas negara lainnya dan digaji berdasarkan Peraturan Perundang-undangan.

22. Rencana Strategis Bisnis yang selanjutnya disingkat RSB adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional.
23. Rencana Bisnis dan Anggaran BLU yang selanjutnya disingkat RBA BLU adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran suatu BLU.
24. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang dihasilkan dan/atau digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
25. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan dokter sub spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu yang mempunyai penugasan klinis di unit pelayanan Rumah Sakit.
26. Komite Medis adalah unsur organisasi yang mempunyai tanggung jawab untuk menerapkan tata kelola klinis yang baik (good clinical governance) serta bertanggungjawab kepada Direktur RSUD.
27. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan dokter sub spesialis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya atau kelompok profesi yang serumpun.
28. Komite Keperawatan adalah kelompok Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme

kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi perawat.

29. Dokter Penanggung Jawab Pendidikan adalah dokter yang bertugas mengelola rangkaian tata kelola pendidikan dan penelitian.
30. Dokter Pendidik Klinis adalah jabatan yang mempunyai ruang lingkup, tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan/medis, pengabdian masyarakat, pendidikan dokter dan dokter spesialis di Rumah Sakit serta melakukan penelitian guna pengembangan ilmu kedokteran.
31. Peserta Pendidikan Dokter/Dokter Spesialis/Peserta Pendidikan Dokter Gigi Spesialis yang selanjutnya disebut PPDS/PPDGS adalah Dokter/Dokter Gigi yang secara sah diterima sebagai Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis serta membantu memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dibidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.
32. Sumber daya adalah SDM, sarana, prasarana, gedung dan jalan yang dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.
33. Kewenangan klinis (Clinical Privilege) adalah hak khusus seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (Clinical Appointment).
34. Penugasan klinis (Clinical Appointment) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.

35. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap Staf Medis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis (Clinical Privilege).
36. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap Staf Medis yang telah memiliki kewenangan klinis (Clinical Privilege) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis kembali.
37. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
38. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) adalah dokter yang bertugas mengelola rangkaian tata kelola medis seorang pasien.
39. Dokter tetap (organic) adalah dokter yang diangkat dan ditetapkan oleh Direktur untuk sebagai pegawai tetap yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada Direktur.
40. Dokter Konsultan adalah dokter yang karena reputasinya atau keahliannya ditunjuk oleh Rumah Sakit untuk memberi masukan terkait pelayanan (tidak bersifat mengikat) kepada Staf Medis Rumah Sakit yang memerlukan dan oleh karenanya tidak secara langsung menangani pasien.
41. Dokter Tamu adalah dokter yang karena reputasinya atau keahliannya diundang secara khusus oleh Rumah Sakit untuk membantu atau menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani oleh staf medis rumah sakit atau mendemonstrasikan suatu teknologi baru.

BAB II

RUANG LINGKUP

Pasal 2

- (1) Tata Kelola merupakan peraturan internal rumah sakit (*Hospital By Laws*) yang mengatur mengenai Tata Kelola Korporasi (*Corporate By Laws*) dan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*).

- (2) Tata Kelola Korporasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kumpulan aturan bagi proses pengurusan, pengawasan yang baik dan pembagian tugas, tanggung jawab dan kekuasaan, khususnya bagi Pemilik, Dewan Pengawas dan Direksi, yang dapat menunjukkan keseimbangan pengaruh antar *stakeholders*.

Pasal 3

- (1) Tata Kelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 memuat:
- a. kelembagaan;
 - b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi; dan
 - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Kelembagaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, hubungan kerja dan wewenang;
- (3) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, memuat ketentuan mengenai hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi;
- (4) Pengelompokan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, memuat pembagian fungsi pelayanan dan fungsi pendukung sesuai dengan prinsip pengendalian internal untuk efektifitas pencapaian;
- (5) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, memuat kebijakan mengenai pengelolaan sumber daya manusia yang berorientasi pada peningkatan pelayanan kepada masyarakat

Pasal 4

- (1) Tata Kelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
- a. transparansi;

- b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas; dan
 - d. independensi.
- (2) Transparansi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (3) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak yang diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- (4) Responsibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- (5) Independensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

BAB III

TATA KELOLA KORPORASI (*CORPORATE BYLAWS*)

Bagian Kesatu

Identitas Rumah Sakit

Pasal 5

- (1) Identitas Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- a. Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik atau disebut pula RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik;
- b. Status Rumah Sakit : Badan Layanan Umum Daerah Penuh;
- c. Kelas Rumah Sakit : Kelas B
- d. Jenis Rumah Sakit : Rumah Sakit Pendidikan;
- e. Alamat Rumah Sakit: Jl. Dr Wahidin Sudirohusodo No. 243 B Gresik, telp. : (031) 3951239, Fax. : 3955217, Web site rsugresik@yahoo.com;
- f. Logo Rumah Sakit sebagai berikut:



Keterangan dan Filosofi Logo RSUD :

1. Palang Hijau
Melambangkan sebuah rumah sakit yang sehat profesional dan berakhlak mulia.
2. IS (warna hijau muda)
3. IS merupakan inisial Ibnu Sina dan inisial tersebut menggambarkan lentur melambangkan RSUD Ibnu Sina mampu menyesuaikan diri (fleksibel) terhadap kebutuhan pelanggan.
4. Tangan memberi dan menerima (warna putih)
Melambangkan ketulusan rumah sakit dengan memberikan pelayanan kesehatan yang efektif, aman dan ramah.
5. Lingkaran kuning emas yang melingkari logo
Melambangkan bahwa RSUD dalam menghadapi era globalisasi.

Bagian Kedua

Falsafah, Visi, Misi, Motto, Tujuan dan Nilai-Nilai Dasar

Pasal 6

- (1) Falsafah Rumah Sakit adalah melayani dengan sepenuh hati dan ikhlas;
- (2) Visi Rumah Sakit adalah menjadi Rumah Sakit Pilihan Utama Masyarakat yang berkualitas dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian;
- (3) Misi Rumah Sakit adalah :
 - a. memberikan pelayanan yang profesional;
 - b. mengembangkan fungsi pendidikan dan penelitian yang terintegrasi;
 - c. mewujudkan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang didukung teknologi informasi dan komunikasi;
- (4) Motto : Kepuasan Anda Prioritas kami
- (5) Rumah Sakit sebagai instansi yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan mempunyai tujuan umum dan tujuan khusus:
 - a. Tujuan umum adalah memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna kepada segenap lapisan masyarakat melalui pelayanan prima, pelayanan rujukan, pengembangan sumber daya manusia, proses pendidikan dan penelitian serta menerapkan manajemen Rumah Sakit yang baik;
 - b. Tujuan khusus adalah :
 1. terwujudnya pelayanan kesehatan yang prima, aman, informatif, efektif, efisien dan manusiawi sebagai Rumah Sakit rujukan;
 2. terwujudnya pelayanan kesehatan dengan memperhatikan aspek sosial;
 3. terwujudnya sarana dan prasarana Rumah Sakit sesuai dengan standar;
 4. terwujudnya sumber daya manusia yang profesional, akuntabel dan berorientasi pelanggan serta mempunyai integritas tinggi dalam memberi pelayanan;

5. terselenggaranya proses pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan prima;
 6. terwujudnya sistem informasi Rumah Sakit yang terintegrasi, *Online* dan *Realtime*.
- (6) Nilai-Nilai Dasar rumah sakit adalah :
- a. Etika;
 - b. Profesional;
 - c. Integritas; dan
 - d. Perbaikan terus menerus.

Bagian Ketiga

Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 7

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur penunjang Pemerintah Kabupaten dalam rangka mendukung pelaksanaan tugas Pemerintah Kabupaten di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) Tugas pokok Rumah Sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.
- (3) Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Rumah Sakit mempunyai fungsi:
 - a. Fungsi dari Rumah Sakit adalah penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
 - b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
 - c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan

- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Bagian Keempat
Wewenang, Tanggungjawab, dan Tugas
Pemerintah Kabupaten

paragraph 1
Wewenang dan Tanggungjawab
Pemerintah Kabupaten

Pasal 8

- (1) Pemerintah Kabupaten mempunyai wewenang, tanggungjawab, dan tugas penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Wewenang dan tanggungjawab Pemerintah Kabupaten sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut :
 - a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit; dan
 - b. menunjuk atau menetapkan direksi rumah sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu direksi dengan menggunakan proses dan kreteria yang sudah baku;
 - c. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, minimal setahun sekali;
 - d. menetapkan struktur organisasi rumah sakit;

- e. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit;
- f. memberikan arahan kebijakan rumah sakit;
- g. menetapkan visi dan misi rumah sakit dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit serta mereview secara berkala misi rumah sakit;
- h. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
- i. menyetujui rencana strategis rumah sakit;
- j. mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;
- k. menyetujui diselenggarakannya pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut;
- l. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
- m. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- n. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit dilaksanakan rumah sakit;
- o. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan di rumah sakit;
- p. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

paragraph 2

Tugas Pemerintah Kabupaten

Pasal 9

Tugas Pemerintah Kabupaten sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) adalah :

- a. menyediakan Rumah Sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat;

- b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- c. bertanggung jawab atas defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan disebabkan oleh kelalaian, administrasi dan pelanggaran hukum;
- d. membina dan mengawasi penyelenggaraan rumah sakit;
- e. memberikan perlindungan kepada rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab;
- f. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- g. menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian Rumah Sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
- h. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
- i. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di Rumah Sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa;
- j. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan
- k. mengatur pendistribusian penyebaran alat kesehatan alat kedokteran berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.

Bagian Kelima

Dewan Pengawas

Paragraf 1

Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 10

- (1) Pembentukan Dewan pengawas hanya dapat dilakukan oleh BLUD yang memiliki realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir atau nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir.
- (2) Jumlah anggota Dewan pengawas paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang.

- (3) Jumlah anggota dewan pengawas paling banyak 3 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk BLUD yang memiliki:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 30.000.000.000,- (tiga puluh milyar rupiah) sampai dengan Rp. 100.000.0000.000; (seratus milyar rupiah); atau
 - b. nilai set menurut neraca 2 (dua tahun terakhir sebesar Rp.150.000.000.000; (seratus lima puluh milyar rupiah) sampai dengan Rp.500.000.000.000; (lima ratus milyar rupiah).
- (4) Jumlah anggota dewan pengawas paling banyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk BLUD yang memiliki:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp.100.000.000.000,- (seratus milyar rupiah); atau
 - b. Nilai set menurut neraca 2 (dua tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 500.000.000.000; (lima ratus milyar rupiah).

Paragraf 2

Fungsi, Tugas dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* RSUD dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakititan secara internal di RSUD.
- (2) Dewan Pengawas mempunyai tugas:
 - a. memantau perkembangan kegiatan BLUD;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
 - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;

- d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - e. memberikan pendapat dan saran kepada kepala daerah mengenai :
 - 1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
 - 3. kinerja BLUD.
- (3) Dewan Pengawas dalam melaksanakan tugasnya mempunyai wewenang :
- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan RSUD dari Direktur RSUD;
 - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal RSUD dengan sepengetahuan Direktur RSUD dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
 - c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD dengan sepengetahuan Direktur RSUD sesuai dengan Peraturan Internal RSUD (*hospital bylaws*) atau Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
 - d. meminta penjelasan dari Komite atau Unit non struktural di RSUD terkait pelaksanaan tugas dan fungsi dewan pengawas sesuai dengan Peraturan Internal RSUD (*hospital bylaws*) atau Pola Tata Kelola (*corporate governance*); dan
 - e. berkoordinasi dengan Direktur RSUD dalam menyusun Peraturan Internal (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) untuk ditetapkan oleh Bupati.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), kepada Bupati paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan Bupati.

Paragraf 3

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (3) terdiri atas unsur:
 - a. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang mebidangi kegiatan BLUD;
 - b. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (4) terdiri atas unsur:
 - a. 2 (dua) orang pejabat SKPD yang mebidangi kegiatan BLUD
 - b. 2 (dua) orang pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (3) Tenaga ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional, atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan BLUD.
- (4) Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, yang bersangkutan harus memenuhi persyaratan:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintah daerah;
 - d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD;
 - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;

- f. berijazah paling rendah S-1 (stata satu);
- g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1) dan ayat (2);
- h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
- i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah, dan/atau calon anggota legeslatif.

Paragraf 4

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 13

- (1) Masa jabatan Anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dwean Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Kepala Daerah karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebelum waktunya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan Perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;

- d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
- e. mengundurkan diri; dan
- f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau daerah.

Paragraf 5

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Kepala Daerah dapat mengangkat sekretaris Dewan pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bukan merupakan Anggota Dewan Pengawas.
- (3) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun atau sesuai dengan Peraturan Internal (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Paragraf 6

Biaya Dewan Pengawas

Pasal 15

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

Bagian Keenam

Struktur Organisasi Pengelola BLUD

Paragraf 1

Struktur Organisasi BLUD RSUD

Pasal 16

Susunan organisasi BLUD RSUD terdiri dari:

- a. Pimpinan, terdiri dari :

1. Direktur;
 2. Wakil Direktur Bidang Medik; dan
 3. Wakil Direktur Bidang Umum dan Keuangan.
- b. Wakil Direktur Bidang Medik, membawahi :
1. Bidang Pelayanan Medik, terdiri dari :
 - a) Kepala Bidang Pelayanan Medik;
 - b) Kepala Sub Bidang Pelayanan Rawat Jalan; dan
 - c) Kepala Sub Bidang Pelayanan Rawat Darurat.
 2. Bidang Pelayanan Penunjang Medik, terdiri dari :
 - a) Kepala Bidang Pelayanan Penunjang Medik;
 - b) Kepala Sub Bidang Pelayanan Penunjang Medik;
dan
 - c) Kepala Sub Bidang Pelayanan Farmasi.
 3. Bidang Pelayanan Keperawatan, terdiri dari :
 - a) Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan;
 - b) Kepala Sub Bidang Rawat Inap; dan
 - c) Kepala Sub Bidang Sumber Daya dan Asuhan Keperawatan.
- c. Wakil Direktur Bagian Umum dan Keuangan, membawahi :
1. Bagian Tata Usaha, terdiri dari :
 - a) Kepala Bagian Tata Usaha;
 - b) Kepala Sub Bagian Umum dan Perbekalan;
 - c) Kepala Sub Bagian Pengembangan Sumber Daya Manusia; dan
 - d) Kepala Sub Bagian Personalia.
 2. Bagian Perencanaan Program, terdiri dari :
 - a) Kepala Bagian Perencanaan Program
 - b) Kepala Sub Bagian Penyusunan dan Evaluasi Program; dan
 - c) Kepala Sub Bagian Infoyan dan Rekam Medik.
 3. Bagian Keuangan, terdiri dari:
 - a) Kepala Bagian Keuangan;
 - b) Kepala Sub Bagian Pembendaharaan dan Verifikasi; dan
 - c) Kepala Sub Bagian Akuntansi.

- d. Satuan Pengawas Internal;
- e. Komite;
- f. Instalasi; dan
- g. Unit Kerja.

Paragraf 2

Susunan Pejabat Pengelola

Pasal 17

Pejabat pengelola BLUD RSUD terdiri dari:

- a. pemimpin rumah sakit, selanjutnya disebut direktur;
- b. pejabat teknis bidang pelayanan, selanjutnya disebut wakil direktur bidang medik; dan
- c. pejabat keuangan, selanjutnya disebut wakil direktur bagian umum dan keuangan.

Paragraf 3

Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 18

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat pengelola BLUD ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi kompetensi dasar, kompetensi bidang dan kompetensi khusus.
- (3) Kompetensi dasar yang harus dimiliki pejabat struktural meliputi : integritas, kepemimpinan, perencanaan, penganggaran, pengorganisasian, kerjasama dan fleksibel.
- (4) Kompetensi bidang yang harus dimiliki pejabat struktural meliputi : orientasi pada pelayanan, orientasi pada kualitas, berpikir analitis, berpikir konseptual, keahlian teknis, manajerial dan profesional serta inovasi.
- (5) Kompetensi khusus yang harus dimiliki pejabat struktural meliputi : pendidikan, pelatihan dan pengalaman kerja.

- (6) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.
- (7) Pejabat pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (8) Pemimpin RSUD bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (9) Pejabat keuangan dan pejabat teknis bertanggung jawab kepada pemimpin BLUD.

Paragraf 4

Persyaratan Menjadi Pejabat Pengelola BLUD

Pasal 19

Syarat untuk diangkat menjadi direktur rumah sakit adalah:

- a. seorang tenaga medis minimal S2 atau setara S2 manajemen rumah sakit yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit;
- c. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di rumah sakit;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- e. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 20

Syarat untuk dapat diangkat menjadi wakil direktur bidang Medik rumah sakit adalah :

- a. berlatar belakang pendidikan tenaga medis minimal S2 atau setara S2 manajemen rumah sakit yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman dilingkup pelayanan medis;

- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 21

Syarat untuk dapat diangkat menjadi wakil direktur bagian umum dan keuangan rumah sakit adalah :

- a. berlatar belakang pendidikan minimal S2 atau setara S2 yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman dilingkup administrasi rumah sakit, keuangan dan/atau akuntansi;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Paragraf 5

Pemberhentian Pejabat Pengelola

Pasal 22

Pejabat pengelola diberhentikan karena :

- a. meninggal dunia;
- b. memasuki usia pensiun;
- c. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang diancam dengan pidana penjara paling singkat 4 (empat) tahun;
- d. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- e. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- f. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan/atau
- g. promosi dan/atau mutasi jabatan.

Paragraf 6

Tugas dan Fungsi Pejabat Pengelola

Pasal 23

- (1) Pejabat pengelola mempunyai tugas dan fungsi sesuai dengan peraturan Perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya pejabat pengelola dibantu oleh kepala bagian/bidang, kepala sub bagian/bidang.

Bagian Ketujuh

Organisasi dan Tata Kerja Pelaksana

Paragraf 1

Instalasi dan Unit Kerja

Pasal 24

- (1) Untuk tersedianya fasilitas dan terselenggaranya kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian serta pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelaksana non struktural.
- (2) Pembentukan Instalasi dan Unit Kerja ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi dan Unit Kerja dipimpin oleh seorang kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur serta bertanggung jawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur Bidang Medik dan/atau Wakil Direktur Bagian Umum dan Keuangan.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang/bagian terkait.
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya kepala Instalasi dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional dan atau tenaga non medis, baik Aparatur Sipil Negara maupun non Aparatur Sipil Negara pada BLUD.
- (6) Khusus Instalasi Rawat inap karena memiliki rentang kendali tugas cukup luas selain dibantu oleh divisi dapat membentuk ruangan/bangsal keperawatan yang dikepalai oleh seorang Kepala Ruangan/Kepala Bangsal

(7) Pembentukan dan perubahan Instalasi dan Unit Kerja didasarkan atas analisis organisasi dengan mengingat sumber daya yang tersedia di Rumah Sakit, meliputi sumber daya manusia, sarana prasarana dan memperhatikan kebutuhan masyarakat.

Paragraf 2

Komite dan Tim

Pasal 25

Untuk menunjang pengelolaan kegiatan pelayanan rumah sakit, Direktur membentuk komite dan tim yang diperlukan dalam meningkatkan pelayanan rumah sakit.

Pasal 26

Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 terdiri dari :

- a. Komite Medik;
- b. Komite Keperawatan;
- c. Komite Staf Klinis Lainnya
- d. Komite Farmasi dan Terapi;
- e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- f. Komite Etik dan Hukum; dan
- g. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

Pasal 27

Setiap Komite dipimpin oleh seorang ketua yang berada dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 28

Setiap Komite mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan, standar profesi, memantau pelaksanaan standar profesi, melaksanakan pembinaan etika profesi dan memberikan saran pertimbangan dalam pengembangan pelayanan profesi.

Pasal 29

Dalam melaksanakan tugas komite dapat membentuk sub komite dan/atau Panitia yang merupakan kelompok kerja tertentu yang ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Pasal 30

Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 adalah kelompok kerja yang sifatnya *ad hoc* dibentuk oleh direktur dalam rangka menyelesaikan/memecahkan masalah di lingkungan RSUD.

Paragraf 3

Kelompok Staf Medik

Pasal 31

- (1) KSM adalah kelompok dokter dan dokter gigi yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) KSM mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan berdasarkan kaidah-kaidah keselamatan pasien (Patient Safety).
- (3) Dalam melaksanakan tugas KSM dikelompokkan berdasarkan keahlian dan banyaknya sumber daya yang tersedia.
- (4) Kelompok KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggota kelompoknya untuk masa bakti tertentu.

Paragraf 4

Tata Kerja

Pasal 32

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan yang ditetapkan di lingkungan RSUD wajib menerapkan:
 - a. prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi sesuai tugas masing-masing;
 - b. langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku;
 - c. mengawasi bawahan; dan
 - d. prosedur kerja baku berupa Standart Operating Procedure berdasarkan kaidah-kaidah keselamatan pasien (Patient Safety) menurut ketentuan akreditasi rumah sakit.

- (2) Prinsip prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d adalah:
- a. jelas arah kebijakannya;
 - b. mengutamakan kepentingan dan keselamatan pengguna jasa pelayanan kesehatan;
 - c. konsisten;
 - d. sesuai dengan falsafah dan tujuan;
 - e. jelas pelaksanaannya;
 - f. jelas tanggungjawabnya; dan
 - g. senantiasa dilaksanakan evaluasi mutu dan kinerja.

Bagian Kedelapan

Satuan Pengawas Internal

Pasal 33

Untuk membantu tugas direktur dalam bidang pengawasan internal dan monitoring dibentuk satuan pengawas internal.

Pasal 34

- (1) Pengawasan operasional BLUD dilakukan oleh pengawas internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah pemimpin BLUD.

Pasal 35

Pengawas internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (1), dapat dibentuk dengan mempertimbangkan:

- a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
- b. kompleksitas manajemen; dan
- c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.

Pasal 36

- (1) Internal auditor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (2), bersama-sama jajaran manajemen BLUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal BLUD.

- (2) Fungsi pengendalian internal BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), membantu manajemen BLUD dalam hal:
 - a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
 - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi internal auditor, antara lain:
 - a. mempunyai etika, integritas dan kapabilitas yang memadai;
 - b. memiliki pendidikan dan/atau pengalaman teknis sebagai pemeriksa; dan
 - c. mempunyai sikap independen dan obyektif terhadap obyek yang diaudit.

Pasal 37

- (1) Tugas pokok satuan pengawas internal adalah:
 - a. melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan dan operasional rumah sakit;
 - b. menilai pengendalian/pelaksanaan kegiatan rumah sakit; dan
 - c. memberikan saran perbaikan kepada direktur.
- (2) Fungsi satuan pengawas internal adalah:
 - a. melakukan pengawasan terhadap segala kegiatan di lingkungan rumah sakit;
 - b. melakukan penelusuran kebenaran laporan atau informasi tentang penyimpangan yang terjadi; dan
 - c. melakukan pemantauan tindak lanjut hasil pemeriksaan aparat pengawas fungsional.
- (3) Satuan pengawas internal berada di bawah dan bertanggung jawab terhadap Direktur.
- (4) Satuan pengawas internal dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Kesembilan
Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Paragraf 1

Tujuan Pengelolaan

Pasal 38

Pengelolaan sumber daya manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung tercapainya tujuan organisasi secara efisien.

Paragraf 2

Pegawai Rumah Sakit

Pasal 39

Pegawai rumah sakit terdiri dari PNS dan non PNS.

Paragraf 3

Pengangkatan dan Pemberhentian Pegawai

Pasal 40

- (1) Penerimaan pegawai:
 - a. penerimaan pegawai yang berstatus PNS dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - b. penerimaan pegawai non PNS dilakukan melalui mekanisme rekrutmen dan seleksi;
 - c. penerimaan pegawai non PNS dilakukan dengan cara seleksi oleh panitia yang dibentuk oleh Direktur berdasarkan kebutuhan melalui seleksi administrasi, seleksi kompetensi (tes potensi akademik, tes wawancara atau tes keterampilan (*Skill Test*), tes psikologi/psikotest, dan tes kesehatan.
- (2) Ketentuan pengangkatan dan pemberhentian pegawai rumah sakit yang berasal dari non PNS, diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.

Pasal 41

Pemberhentian pegawai berstatus PNS dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian PNS.

Paragraf 4

Penghargaan dan Sanksi

Pasal 42

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas maka rumah sakit menerapkan kebijakan tentang penghargaan bagi pegawai PNS dan non PNS yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang berlaku.

Pasal 43

- (1) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai yang berstatus PNS sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai yang berstatus non PNS dapat berupa :
 - a. kenaikan upah secara berkala; dan/atau
 - b. insentif.

Pasal 44

- (1) Disiplin pegawai adalah suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban yang dituangkan dalam :
 - a. daftar hadir;
 - b. rekam jejak (*track record*);
 - c. laporan kegiatan; dan
 - d. daftar sasaran kinerja pegawai (SKP).
- (2) Tingkatan dan jenis pelanggaran disiplin pegawai sebagai berikut :
 - a. untuk pegawai berstatus PNS hukuman diberikan sesuai dengan peraturan yang berlaku; dan
 - b. untuk pegawai berstatus non PNS diberikan :
 - 1) hukuman disiplin ringan, terdiri dari teguran lisan dan teguran tertulis;
 - 2) hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari pemotongan jasa layanan/insentif dan; dan

- 3) hukuman disiplin berat, berupa pemutusan hubungan kerja.

Paragraf 5

Rotasi Pegawai

Pasal 45

Rotasi non PNS adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai, yang dilaksanakan atas pertimbangan direktur.

Pasal 46

Rotasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 dilaksanakan dengan pertimbangan:

- a. penempatan pegawai pada pekerjaan sesuai dengan latar belakang pendidikan, kompetensi dan keterampilannya;
- b. masa kerja pada suatu unit kerja tertentu;
- c. pengalaman pegawai pada bidang tugas tertentu dimasa lalu;
- d. penempatan pegawai pada bidang tugas tertentu untuk menunjang karir yang bersangkutan; dan/atau
- e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Paragraf 6

Pendidikan dan Penelitian Pegawai

Pasal 47

- (1) Tenaga profesi kesehatan dirumah sakit dapat mengajukan peningkatan pendidikan profesi berkelanjutan sesuai mekanisme yang ditetapkan dengan keputusan direktur berdasarkan hasil analisa kebutuhan rumah sakit dan rekomendasi dari komite-komite dirumah sakit:

- a. rekomendasi bagi tenaga staf medis yang ingin mengikuti pendidikan berkelanjutan harus melalui komite medis;
 - b. rekomendasi bagi tenaga keperawatan harus melalui komite keperawatan dan bidang keperawatan; dan
 - c. rekomendasi bagi tenaga kesehatan lainnya harus melalui kepala bidang pelayanan penunjang.
- (2) Penetapan pemberian izin untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan sepenuhnya menjadi kewenangan direktur berdasarkan hasil rekomendasi dari komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a sampai dengan huruf c.
 - (3) Pengajuan ijin belajar dan tugas belajar diproses sesuai dengan peraturan yang berlaku dan harus melalui bagian Tata Usaha yang berkoordinasi dengan Kepala Subbagian Personalia.
 - (4) Sebagai rumah sakit pendidikan, perjanjian kerjasama dituangkan dalam bentuk MoU (Memorandum of Understanding) dan dilaksanakan selama periode masa berlakunya.
 - (5) Pendidikan dan penelitian bagi tenaga medis dan tenaga keperawatan serta tenaga profesi lainnya dikelola oleh Instalasi Pendidikan dan Penelitian sesuai mekanisme dan peraturan yang berlaku.

Bagian Kesepuluh

Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 48

- (1) Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, dan infrastruktur yang dikuasai dan dimiliki 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 kelancaraan tugas pokok dan fungsi rumah sakit.

Paragraf 1

Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

Pasal 49

- (1) Seluruh pegawai rumah sakit wajib menjaga lingkungan baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang berorientasi kepada kesehatan, kebersihan, kenyamanan, keamanan, kerapian, keindahan dan keselamatan.
- (3) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, lingkungan kimia, fisik dan biologis, antara lain:
 - a. kebersihan lingkungan rumah sakit selama 24 jam meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet/kamar mandi;
 - b. pengelolaan sampah medik dan domestik;
 - c. pengelolaan limbah cair;
 - d. pengelolaan limbah radioaktif;
 - e. pengelolaan sampah bekas jaringan;
 - f. pengamatan area bebas rokok; dan
 - g. memperluas area taman dan tanaman penghijauan untuk mengurangi pemanasan global.
- (4) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai dengan ketentuan dalam Perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Kesebelas

Paragraf 1

Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Pasal 50

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit, Bupati menetapkan SPM rumah sakit dengan Peraturan Bupati.

- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diusulkan oleh direktur.
- (3) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.
- (4) SPM harus memenuhi persyaratan:
 - a. fokus pada jenis pelayanan;
 - b. terukur;
 - c. dapat dicapai;
 - d. relevan dan dapat diandalkan;
 - e. tepat waktu;
 - f. sesuai dengan kaidah-kaidah penjaminan mutu dan keselamatan pasien; dan
 - g. sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.
- (5) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi rumah sakit.
- (6) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (7) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (8) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi rumah sakit.
- (9) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.
- (10) Mengacu pada kaidah-kaidah penjaminan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

Paragraf 2

Akreditasi

Pasal 51

- (1) Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali.
- (2) Akreditasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh suatu lembaga independen baik dari dalam maupun dari luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku.
- (3) Lembaga independen sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Menteri.

Paragraf 3

Keselamatan Pasien

Pasal 52

- (1) Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien.
- (2) Standar keselamatan pasien sebagaimana pada ayat (1) dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.
- (3) Pelaporan insiden keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibuat secara anonym dan ditujukan untuk mengoreksi system dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.

Bagian Keduabelas

Perencanaan dan Penganggaran

Paragraf 1

Perencanaan

Pasal 53

- (1) Rumah sakit menyusun renstra bisnis rumah sakit.
- (2) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi, misi, nilai dasar, kebijakan dasar, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan rumah sakit.

- (3) Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan.
- (4) Misi sebagaimana dimaksud pada 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) Nilai dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat norma yang dilaksanakan untuk memberikan pelayanan kesehatan.
- (6) Kebijakan dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan pelayanan di rumah sakit.
- (7) 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.
- (8) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisis atas faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
- (9) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- (10) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Paragraf 2
Penganggaran
Pasal 54

- (1) Badan Daerah yang menerapkan BLUD menyusun RBA mengacu pada RSB rumah sakit;
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan :
 - a. Anggaran berbasis kinerja;
 - b. Standar satuan harga; dan
 - c. Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang akan diperkirakan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain dan /atau hasil usaha lainnya;
- (3) Anggaran berbasis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a merupakan analisis kegiatan yang berorientasi pada pencapaian output dengan penggunaan sumber daya secara efisien.
- (4) Standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku disuatu daerah.
- (5) Dalam hal BLUD belum menyusun standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (4), BLUD menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan oleh Keputusan Kepala Daerah.

Pasal 55

RBA merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan BLUD dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan BLUD.

Pasal 56

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 ayat (1), memuat:
 - a. kinerja tahun 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 RKA-SKPD/ APBD.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan usulan program, kegiatan, SPM dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Pasal 57

- (1) RBA BLUD disampaikan kepada Tim APBD melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah untuk dilakukan penelaahan sebagai bagian penyusunan APBD.
- (2) Setelah Rancangan APBD disahkan menjadi APBD, Pimpinan BLUD melakukan penyesuaian terhadap RBA sesuai dengan hasil penelaahan Tim APBD.
- (3) RBA hasil penyesuaian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disampaikan kepada PPKD untuk mendapatkan pengesahan dari pemilik (Dewas) menjadi RBA definitif.
- (4) RBA definitif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sebagai dasar penerbitan DPA BLUD.

Bagian Ketigabelas Pengelolaan Keuangan

Pasal 58

- (1) Pengelolaan keuangan menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD RSUD.
- (2) Ketentuan-ketentuan yang bersangkutan dengan pengelolaan keuangan diatur sesuai Peraturan Perundang-undangan.

Paragraf 1
Penatausahaan Keuangan
Pasal 59

- (1) Penatausahaan keuangan diatur sebagai berikut:
 - a. pendapatan dan biaya;
 - b. penerimaan dan pengeluaran;
 - c. piutang dan utang;
 - d. persediaan;
 - e. investasi, aset tetap dan aset lainnya; dan
 - f. ekuitas dana.
- (2) Penatausahaan keuangan rumah sakit selain dana penerimaan operasional, tetap berpedoman pada ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Untuk keperluan pengendalian/pengelolaan keuangan dan barang rumah sakit, penatausahaan menurut sistem akuntansi.
- (4) Pengelolaan keuangan rumah sakit berdasarkan pada prinsip bisnis yang sehat yang dilakukan secara tertib, efektif, efisien, transparan dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (5) Dalam rangka penerapan prinsip sebagaimana dimaksud pada ayat (4) maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis akrual (SAK) dan standar akuntansi pemerintah (SAP).
- (6) Kebijakan penatausahaan keuangan ditetapkan dengan Peraturan Bupati.

Paragraf 2
Pendapatan
Pasal 60

- (1) Pendapatan rumah sakit terdiri dari:
 - a. jasa layanan;
 - b. hibah;
 - c. kerjasama dengan pihak lain;
 - d. APBD; dan
 - e. lain-lain pendapatan BLUD yang sah.

- (2) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (3) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain.
- (4) Hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, dapat berupa hasil yang diperoleh dari kerjasama BLUD.
- (5) Pendapatan BLUD yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, berupa pendapatan yang berasal dari DPA APBD.
- (6) Lain-lain pendapatan BLUD yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, antara lain:
 - a. Jasa giro;
 - b. pendapatan bunga;
 - c. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - d. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan; dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD;
 - e. Investasi; dan
 - f. Pengembangan usaha.
- (7) Seluruh pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran BLUD sesuai RBA, kecuali yang berasal dari hibah terikat;
- (8) Seluruh pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf e, dilaksanakan melalui rekening kas BLUD dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan BLUD.

- (9) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada PPKD setiap triwulan.

Paragraf 3

Biaya

Pasal 61

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

Pasal 62

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 61 ayat (2), terdiri dari:
 - a. biaya pelayanan; dan
 - b. biaya umum dan administrasi.
- (2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (3) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.

- (4) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari:
- a. biaya pegawai;
 - b. biaya bahan;
 - c. biaya jasa pelayanan;
 - d. biaya pemeliharaan;
 - e. biaya barang dan jasa; dan
 - b. biaya pelayanan lain-lain.
- (5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), terdiri dari:
- a. biaya pegawai;
 - b. biaya administrasi kantor;
 - c. biaya pemeliharaan;
 - d. biaya barang dan jasa;
 - e. biaya promosi; dan
 - f. biaya umum dan administrasi lain-lain.

Pasal 63

Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 ayat (3), terdiri dari:

- a. biaya bunga;
- b. biaya administrasi bank;
- c. biaya kerugian penjualan aset tetap;
- d. biaya kerugian penurunan nilai; dan
- e. biaya non operasional lain-lain.

Paragraf 4

Tarif Layanan

Pasal 64

- (1) RSUD dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan unit layanan atau hasil perinvestasi dana.

- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbalan hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif atau sesuai jenis layanan di rumah sakit.
- (5) Besaran tarif layanan dibedakan menjadi:
 - a. pelayanan yang menggunakan tarif umum disesuaikan dengan Peraturan Bupati; dan
 - b. pelayanan yang menggunakan BPJS disesuaikan dengan tarif INA CBGs.

Paragraf 5

Remunerasi

Pasal 65

- (1) Remunerasi merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/atau pensiun.
- (2) Dewan Pengawas, pejabat pengelola, dan pegawai rumah sakit diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (3) Remunerasi dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) , diberikan dalam bentuk honorarium.
- (4) Penetapan remunerasi pejabat pengelola, ditetapkan oleh direktur dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan:
 - a. jumlah aset yang dikelola, pendapatan dan tingkat pelayanan serta produktivitas;
 - b. kemampuan anggaran rumah sakit; dan
 - c. kinerja operasional rumah sakit yang ditetapkan oleh Bupati dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.

- (5) Honorarium dewan pengawas, ditetapkan sesuai dengan Peraturan Bupati.
- (6) Remunerasi bagi pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dihitung berdasarkan indikator penilaian:
 - a. pengalaman dan masa kerja (*Basic Index*);
 - b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*Competency Index*);
 - c. resiko kerja (*Risk Index*);
 - d. tingkat kegawatdaruratan (*Emergency Index*);
 - e. jabatan yang disandang (*Position Index*); dan
 - f. hasil/capaian kerja (*Performance Index*).
- (7) Bagi pejabat pengelola dan pegawai yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti Peraturan Perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan PNS serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai Peraturan Perundang-undangan.
- (8) Penggajian non PNS ditetapkan melalui Keputusan Direktur.

Paragraf 6

Pengelolaan Aset

Pasal 66

- (1) Tanah dan bangunan disertifikatkan atas nama Pemerintah Kabupaten.
- (2) Tanah dan bangunan yang tidak digunakan dalam rangka tugas pelayanan dan fungsi rumah sakit, dapat dimanfaatkan oleh direktur dengan persetujuan Bupati.
- (3) Aset tetap tidak boleh dialihkan dan/atau dihapuskan kecuali atas persetujuan Bupati berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Hasil pemanfaatan aset sebagaimana pada ayat (2), merupakan pendapatan RSUD dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (5) Barang inventaris milik rumah sakit dapat dihapus dan/atau dialihkan atas dasar pertimbangan ekonomis dengan persetujuan Bupati.

- (6) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan barang habis pakai, barang untuk diolah atau dialihkan/dijual dan barang lain yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.
- (7) Hasil penjualan barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan pendapatan rumah sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (8) Direktur beserta pejabat dibawahnya secara berjenjang harus memelihara seluruh aset rumah sakit dengan tertib efektif dan efisien sehingga mempunyai masa manfaat yang sebanyak-banyaknya termasuk teknologinya dan akurasi dari sarana dan prasarana rumah sakit.

Paragraf 7

Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 67

- (1) BLUD RSUD menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan BLUD RSUD dicatat dalam dokumen pendukung yang dikelola secara tertib.
- (3) Laporan keuangan BLUD RSUD disusun berdasarkan standar akuntansi keuangan (SAK) terdiri dari:
 - a. neraca yang menggambarkan posisi keuangan mengenai aset, kewajiban dan ekuitas dana pada tanggal tertentu;
 - b. laporan operasional yang berisi informasi jumlah pendapatan dan biaya rumah sakit selama satu periode;
 - c. laporan arus kas yang menyajikan informasi keterkaitan dengan aktivitas operasional, investasi dan aktivitas pendanaan dan atau pembiayaan yang menggambarkan saldo awal, penerimaan, pengeluaran dan saldo akhir kas selama periode tertentu; dan

- d. catatan atas laporan keuangan yang berisi penjelasan naratif atau rincian dari angka yang tertera dalam laporan keuangan.
- (4) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), disertai dengan laporan kinerja.
 - (5) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.
 - (6) Setiap bulan BLUD RSUD menyusun dan menyampaikan laporan realisasi pendapatan dan belanja kepada PPKD.
 - (7) Setiap triwulan BLUD RSUD menyusun realisasi pendapatan dan belanja yang disertai surat pernyataan tanggung jawab kepada PPKD untuk mendapatkan pengesahan.
 - (8) Setiap triwulan BLUD RSUD menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada PPKD.
 - (9) Setiap semesteran dan tahunan BLUD RSUD menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan oprasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada PPKD.
 - (10) Penyusunan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) untuk kepentingan konsolidasi, dilakukan berdasarkan standar akuntansi pemerintah.

Bagian Keempatbelas

Pengadaan Barang Dan Jasa

Pasal 68

- (1) Rumah Sakit diberikan fleksibilitas dalam pengadaan barang dan jasa yang dananya bersumber dari pendapatan jasa layanan, hibah tidak terikat, hasil kerjasama dan lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah.
- (2) Fleksibilitas yang dimaksud pada ayat (1) berupa jenjang nilai pengadaan barang dan jasa yang dikecualikan dari

ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku pada umumnya.

- (3) Ketentuan mengenai jenjang nilai pengadaan barang dan jasa diatur dengan Peraturan Bupati dituangkan dalam Keputusan/Peraturan Direktur RSUD tentang pengadaan barang/jasa.

Paragraf 1

Kerja Sama Pihak Ketiga

Pasal 69

- (1) Kerja sama meliputi :
 - a. Kerja Sama Manajerial; dan
 - b. Kerja Sama Klinis.
- (2) Pelaksanaan perjanjian kerja sama sebagaimana dimaksud ayat (1) Pasal ini wajib dilakukan Monitoring dan Evaluasi oleh Bidang /Bagian terkait secara berkala dan dilaporkan kepada Direktur.

Paragraf 2

Pengelolaan Barang

Pasal 70

- (1) Rumah Sakit mengelola barang terdiri dari:
 - a. Persediaan;
 - b. aset tetap berwujud;
 - c. aset tetap tidak berwujud; dan
 - d. aset lain-lain.
- (2) Yang dimaksud persediaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri dari:
 - a. obat-obatan dan alat kesehatan;
 - b. bahan habis pakai;
 - c. bahan makanan;
 - d. alat tulis dan cetakan; dan
 - e. peralatan rumah tangga.

- (3) Yang dimaksud aset tetap berwujud sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri dari:
- a. tanah;
 - b. peralatan dan mesin;
 - c. gedung dan bangunan;
 - d. jalan, jaringan dan irigasi; dan
 - e. aset tetap lainnya.
- (4) Yang dimaksud aset tetap tidak berwujud sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c seperti:
- a. aplikasi program komputer;
 - b. biaya ditangguhkan; dan
 - c. website.
- (5) Yang dimaksud aset lain-lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d seperti:
- a. konstruksi dalam pengerjaan;
 - b. aset tetap yang tidak digunakan lagi; dan
 - c. aset tetap yang belum digunakan.

Pasal 71

- (1) Pengelolaan persediaan menggunakan prinsip masuk pertama keluar pertama dan/atau kadaluwarsa pertama keluar pertama.
- (2) Jumlah dan jenis persediaan yang dibutuhkan harus didasarkan pada data pemakaian dan rencana pemakaian sesuai RBA.
- (3) Pengadaan aset tetap harus disesuaikan dengan rencana pengembangan dan dalam rangka pemulihan kuantitas dan kualitas pelayanan dan dituangkan dalam RBA.

Pasal 72

- (1) Barang inventaris milik Rumah Sakit dapat dihapus dan/atau dialihkan kepada pihak lain atas dasar pertimbangan ekonomis dengan cara dijual, ditukar dan/atau dihibahkan.

- (2) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan barang pakai habis, barang untuk diolah atau dijual, barang lainnya yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.
- (3) Hasil penjualan barang inventaris sebagai akibat dari pengalihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan pendapatan Rumah Sakit.
- (4) Hasil penjualan barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dituangkan secara memadai dalam laporan keuangan Rumah Sakit.

Pasal 73

- (1) Rumah Sakit tidak boleh mengalihkan dan/atau menghapus aset tetap, kecuali atas persetujuan pejabat yang berwenang.
- (2) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan aset berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan Rumah Sakit atau dimanfaatkan oleh masyarakat umum.
- (3) Kewenangan pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diselenggarakan berdasarkan jenjang nilai dan jenis barang sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Hasil pengalihan aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3), merupakan pendapatan Rumah Sakit dan diungkapkan secara memadai dalam laporan keuangan Rumah Sakit.
- (5) Pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilaporkan kepada Bupati melalui sekretaris daerah/kepala SKPD.
- (6) Penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi Rumah Sakit harus mendapat persetujuan Bupati melalui sekretaris daerah.

Pasal 74

- (1) Tanah dan bangunan Rumah Sakit disertifikatkan atas nama Pemerintah Kabupaten.
- (2) Tanah dan bangunan yang tidak digunakan dalam rangka penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit, dapat dialihgunakan oleh Direktur dengan persetujuan Bupati.

Bagian Kelimabelas

Hak Dan Kewajiban Rumah Sakit Dan Pasien

Paragraf 1

Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 75

- (1) Hak rumah sakit adalah:
 - a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit;
 - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
 - c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
 - b. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
 - c. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
 - d. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
 - e. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - f. mendapatkan insentif pajak bagi rumah sakit publik dan rumah sakit yang ditetapkan.
- (2) Kewajiban Rumah Sakit adalah :
 - a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat;

- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit dengan menerapkan standar keselamatan pasien;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulance gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta Peraturan Perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak pasien;
- n. melaksanakan etika rumah sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;

- p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (Hospital ByLaws);
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.
- u. Keamanan dan pembatasan akses pada unit kerja tertentu yang memerlukan pengamanan;
- v. Keamanan pasien, pengunjung ,dan petugas dirumah sakit,

Paragraf 2

Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 76

(1) Pasien rumah sakit berhak untuk :

- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
- b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
- c. memperoleh layanan yang manusiawi adil, jujur, dan tanpa deskriminasi;
- d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;

- g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai keinginannya dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai surat izin praktek (SIP) baik didalam maupun diluar rumah sakit;
- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya terhadap data medisnya;
- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu Pasien lainnya ;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan, atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama atau kepercayaan yang dianutnya;
- q. menggugat dan/atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana; dan
- r. mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

- (2) Pasien rumah sakit berkewajiban untuk :
- a. mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b. menggunakan fasilitas rumah sakit secara bertanggungjawab;
 - c. menghormati hak pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di rumah sakit ;
 - d. memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya;
 - e. memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
 - f. mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan di rumah sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - g. menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan untuk penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
 - h. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Bagian Keenambelas

Rapat-Rapat

Pasal 77

- (1) Rapat merupakan pertemuan atau komunikasi yang dilakukan oleh beberapa orang untuk membahas atau menyelesaikan permasalahan yang terjadi dalam rumah sakit.
- (2) Rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
- a. rapat rutin;
 - b. rapat khusus;

- c. rapat insidental; dan
 - d. rapat koordinasi.
- (3) Notulensi rapat adalah rangkuman hasil rapat yang berisi kesimpulan yang telah disepakati.

Pasal 78

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 ayat (2) huruf a, merupakan rapat yang sudah ditentukan dan sudah terprogram.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 ayat (2) huruf b, merupakan rapat yang diadakan dengan suatu perencanaan terlebih dahulu menurut ketentuan yang berlaku.
- (3) Rapat insidental sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 ayat (2) huruf c, merupakan rapat yang tidak berdasarkan jadwal, bergantung pada masalah yang dihadapi.
- (4) Rapat koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 ayat (2) huruf d, merupakan rapat yang dihadiri oleh direktur dan pejabat struktural.

Pasal 79

- (1) Dalam mengambil keputusan peserta rapat berkoordinasi mengenai sesuatu dan bagaimana cara untuk memecahkannya.
- (2) Apabila menemukan suatu persoalan, peserta rapat kemudian menentukan rumusan yang tepat untuk menyelesaikannya berdasarkan data yang relevan.
- (3) Dari data yang telah didapat, peserta rapat dapat memutuskan dan memilih alternatif yang terbaik untuk menyelesaikan suatu masalah.
- (4) Melaksanakan keputusan yang telah diambil dan bertanggungjawab untuk melaksanakannya, dengan memperhatikan resiko dan ketidakpastian terhadap keputusan yang dipilih.

- (5) Implementasi yang telah diambil harus selalu dimonitor secara terus-menerus untuk mengevaluasi kesalahan yang ada.

Bagian Ketujuhbelas

Paragraf 1

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 80

- (1) Pembinaan teknis PPK BLUD RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan keuangan BLUD dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
- (3) Pengawasan dan Pembinaan terhadap BLUD yang memiliki nilai omset tahunan dan nilai aset menurut neraca dilakukan oleh pejabat pembina dan oleh Dewan Pengawas;

Pasal 81

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif, antara lain disiplin kepegawaian dan motivasi kerja, dilakukan oleh Direktur.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian, antara lain audit medis, peer review, disiplin profesi, etika profesi, penerapan keselamatan pasien (Patient Safety) dan lain sebagainya dilakukan oleh komite medis dan atau komite keperawatan.
- (3) Berdasarkan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), staf medis yang memberikan pelayanan medik menetap di unit pelayanan tertentu secara fungsional profesi tetap menjadi tanggung jawab komite medik dan atau komite keperawatan khususnya dalam pembinaan etik, mutu dan pengembangan ilmu dan pelaksanaannya secara administratif dikoordinasikan oleh kepala instalasi.
- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja keuangan, diukur berdasarkan tingkat kemampuan rumah sakit dalam:

- a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (5) Penilaian kinerja dari aspek non keuangan dapat diukur berdasarkan perspektif pengguna jasa pelayanan kesehatan, proses internal pelayanan, pembelajaran dan pertumbuhan.
- (6) Sistem akuntabilitas disusun berdasarkan evaluasi dan penilaian kinerja aspek keuangan dan non keuangan.

BAB IV

TATA KELOLA STAF MEDIS/PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

Bagian Kesatu

Maksud dan Tujuan

Pasal 82

Tata kelola staf medis dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis dan keselamatan pasien sebagaimana yang diharapkan.

Pasal 83

Tata kelola staf medis mempunyai tujuan:

- a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (*Patient Safety*);
- b. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional;
- c. menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut staf medis; dan
- d. mengontrol dan menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan pemilik serta Peraturan Perundang-undangan.

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis

Pasal 84

- (1) Pelayanan medis, pendidikan dokter/dokter spesialis dan penelitian kedokteran hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberikan kewenangan klinis.
- (2) Pemberian dan perubahan kewenangan klinis staf medis ditetapkan atas rekomendasi komite medik dan disahkan oleh direktur.
- (3) Mekanisme sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diatur dalam tata laksana penetapan kewenangan klinis dan daftar perincian kewenangan klinis staf medis dari komite medik.

Pasal 85

Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut.

Pasal 86

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam surat keputusan direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 87

Kewenangan klinis sementara dapat diberikan kepada dokter tamu atau dokter pengganti dengan memperhatikan masukan dari komite medik.

Pasal 88

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinis untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Ketiga Penugasan Klinis

Pasal 89

- (1) Penempatan staf medis ke salah satu kelompok staf medis (Staf Medis Fungsional) berdasarkan surat penugasan klinis rumah sakit dari direktur berdasarkan rekomendasi komite medik.
- (2) Penempatan staf medis ke divisi dalam satu KSM berdasarkan surat penugasan ketua KSM.
- (3) Perubahan penugasan klinis staf medis dapat dilakukan oleh direktur atas rekomendasi komite medik.
- (4) Mekanisme sebagaimana dimaksud pada ayat (1), (2) dan (3) diatur dalam tata laksana kredensial dan rekredensial dari komite medik.

Bagian Keempat Komite Medik

Paragraf 1

Wewenang, Tugas dan Fungsi

Pasal 90

Komite medik berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*Delineation of Clinical Privilege*);

- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*Clinical Appointment*);
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*Delineation of Clinical Privilege*);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (Proctoring); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 91

Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:

- a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
- b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
- c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi medis.

Pasal 92

Dalam melaksanakan tugas kredensial, komite medik memiliki fungsi sebagai berikut :

- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian;
- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1. kompetensi;
 - 2. kesehatan fisik dan mental;
 - 3. perilaku; dan
 - 4. etika profesi.
- c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
- d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;

- e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis;
- f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
- g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
- h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat klinis.

Pasal 93

Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. pelaksanaan audit medis;
- b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
- c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis; dan
- d. rekomendasi pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.

Pasal 94

Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi, komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
- c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
- d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 95

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, komite medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.

- (2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Paragraf 2

Pengorganisasian

Pasal 96

- (1) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh direktur.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.

Pasal 97

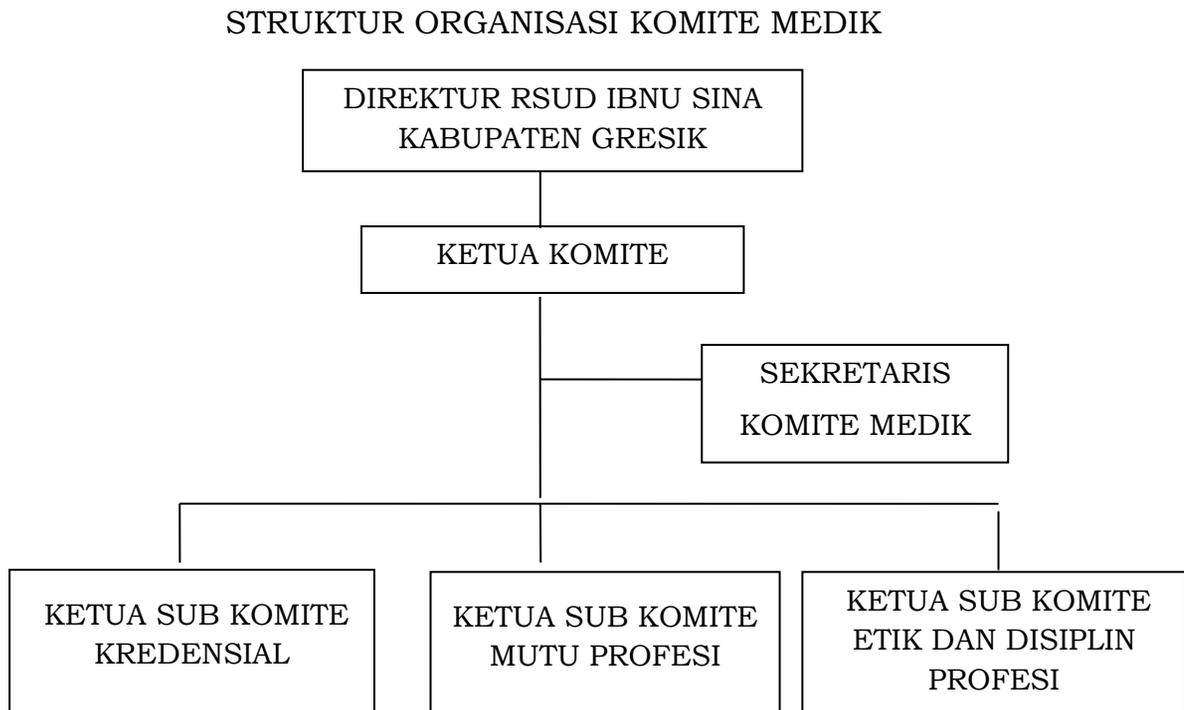
Pembentukan Komite medik ditetapkan dengan keputusan direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun, berkedudukan di bawah serta bertanggung jawab kepada direktur.

Pasal 98

- (1) Susunan organisasi komite medik terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (2) Dalam hal keterbatasan sumber daya manusia, susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. ketua dan sekretaris tanpa subkomite; atau

b. ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota subkomite.

(3) Bagan Struktur Organisasi Komite Medik adalah sebagai berikut:



Pasal 99

- (1) Ketua komite medik ditetapkan oleh direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (2) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.

Pasal 100

- (1) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

Pasal 101

- (1) Anggota komite medik terbagi kedalam subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Paragraf 3

Hubungan Komite Medik Dengan Direktur

Pasal 102

Hubungan komite medik dengan direktur adalah:

- a. direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medis; dan
- b. komite medik bertanggungjawab kepada direktur.

Pasal 103

Komite medik bertanggung jawab kepada direktur meliputi hal-hal yang berkaitan dengan:

- a. mutu pelayanan medis;
- b. pembinaan etik kedokteran; dan
- c. pengembangan profesi medis.

Paragraf 4

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 104

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite medik dilakukan oleh badan-badan yang berwenang sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud (1) dilaksanakan melalui :
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

Bagian Kelima

Rapat Komite Medik

Pasal 105

- (1) Mekanisme pengambilan keputusan komite medik berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*Evidence-Based*).
- (2) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), melalui rapat komite medik dan sub komite.
- (3) Mekanisme, jenis, dan pelaksanaan rapat tersebut diatur lebih lanjut dalam tata laksana rapat pengambilan keputusan komite medik.

Bagian Keenam

Subkomite Kredensial

Pasal 106

- (1) Subkomite kredensial bertujuan untuk:
 - a. mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;
 - b. menyusun kewenangan klinis bagi setiap staf medis;
 - c. memberikan rekomendasi kepada direktur sebagai dasar penerbitan penugasan klinis; dan

- d. menjaga reputasi dan kredibilitas staf medis dan institusi rumah sakit.
- (2) Subkomite kredensial terdiri dari :
- a. ketua subkomite kredensial;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota.
- (3) Subkomite kredensial bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Ketujuh
Subkomite Mutu Profesi
Pasal 107

- (1) Subkomite mutu profesi bertujuan untuk :
- a. membentuk dan memastikan staf medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
 - b. memberikan asas keadilan bagi staf medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi dan kewenangan klinis;
 - c. mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan; dan
 - d. memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan, maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus.
- (2) Subkomite mutu terdiri dari :
- a. ketua subkomite mutu; dan
 - b. anggota;
- (3) Mekanisme kerja subkomite mutu profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
- a. tata kelola klinis (*Clinical Governance*);
 - b. audit medis;
 - c. pembahasan kasus kematian;
 - d. pembahasan kasus sulit;
 - e. evidence-based practice dan health technology assessment; dan
 - f. pendampingan profesi medis (*Proctoring*).

- (4) Subkomite mutu profesi bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Kedelapan

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 108

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi bertujuan untuk:
 - a. melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat dan tidak layak untuk melakukan asuhan klinis; dan
 - b. memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medis di rumah sakit.
- (2) Sub komite etika dan disiplin profesi terdiri dari:
 - a. ketua subkomite etika dan disiplin profesi; dan
 - b. anggota.
- (3) Mekanisme kerja subkomite etika dan disiplin profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
 - a. pendisiplinan perilaku profesional;
 - b. pembinaan profesionalisme kedokteran; dan
 - c. pertimbangan keputusan etik.
- (4) Subkomite etik dan disiplin profesi bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Kesembilan

Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 109

- (1) Staf medis melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan kewenangan klinis dan penugasan klinis masing-masing dalam tata kelola klinis (*Clinical Governance*) rumah sakit KSM.
- (2) Tata kelola klinis rumah sakit (*Clinical Governance*) adalah sistem penjaminan mutu layanan di rumah sakit.
- (3) Tata kelola klinis rumah sakit disusun oleh wakil direktur pelayanan ditetapkan serta disahkan oleh direktur.

- (4) Tata kelola klinis staf medis fungsional disusun oleh ketua staf medis fungsional ditetapkan dan disahkan penerapannya oleh direktur.
- (5) Pelaksanaan tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan (4) untuk staf medis diatur lebih lanjut dalam bentuk *medical staff rules and regulation*.
- (6) *Medical staff rules and regulation* disusun oleh wakil direktur pelayanan bersama para staf medis fungsional ditetapkan dan disahkan oleh direktur.

Bagian Kesepuluh
Tata Cara Review dan Perbaikan
Peraturan Internal Staf Medis
Pasal 110

- (1) Peraturan internal staf medis, dapat dilakukan review dan perubahan bilamana :
 - a. adanya perubahan peraturan menteri kesehatan tentang peraturan internal korporasi rumah sakit, peraturan internal staf medis ataupun peraturan/perundangan lainnya yang menyangkut profesi medis;
 - b. kebijakan baru lain mengenai status rumah sakit.
- (2) Mekanisme dan cara perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur lebih lanjut dalam tata laksana review dan perbaikan peraturan internal staf medis.

BAB V
TATA KELOLA STAF NURSING (NURSING STAFF BYLAWS)
Bagian Kesatu
Maksud Dan Tujuan
Pasal 111

Tata Kelola Staf Keperawatan dibuat dengan maksud agar Komite Keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi keperawatan di RSUD.

Pasal 112

Tata Kelola Staf Keperawatan mempunyai tujuan :

- a. mewujudkan profesionalisme perawat di RSUD;
- b. mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di RSUD;
- c. menegakkan etika dan disiplin profesi perawat di RSUD; dan
- d. memberikan dasar hukum bagi mitra bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Keperawatan.

Bagian Kedua

Kewenangan Klinis

Pasal 113

- (1) Dalam profesi tenaga keperawatan dikenal tindakan keperawatan yang bersifat mandiri dan tindakan keperawatan yang bersifat delegasi/kolaborasi dan mandat.
- (2) Asuhan Keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang kompeten yang telah ditetapkan dalam Daftar Kewenangan Klinisnya melalui proses kredensial.

Pasal 114

Kewenangan klinis yang diberikan kepada staf keperawatan disesuaikan dengan kategori jenjang karir perawat klinis dan bidan klinis.

Pasal 115

Dalam keadaan tertentu kewenangan klinis dapat diberikan kepada staf keperawatan dengan melihat kondisi berupa:

- a. kewenangan klinis sementara;
- b. kewenangan klinis dalam keadaan darurat; dan
- c. kewenangan klinis bersyarat .

Pasal 116

Penjabaran kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 114 dan Pasal 115 diatur dalam Buku Putih.

Pasal 117

Penyusunan Buku Putih Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 dilakukan oleh Komite Keperawatan dengan melibatkan Panitia *Ad Hoc*/Mitra Bestari (*Peer Group*) Keperawatan yang dibentuk oleh Direktur berdasarkan usulan Komite Keperawatan RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik.

Pasal 118

Dalam rangka mendapatkan Kewenangan Klinis, staf keperawatan mengajukan secara tertulis kepada Komite Keperawatan RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan dalam Buku Putih.

Pasal 119

Komite Keperawatan menugaskan kepada Sub Komite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf keperawatan sebagai dasar mengeluarkan rekomendasi Kewenangan Klinis staf keperawatan.

Pasal 120

- (1) Dalam hal proses kredensial, Sub Komite Kredensial mengajukan kepada Ketua Komite Keperawatan agar dibentuk Panitia *Ad Hoc*/Mitra Bestari (*Peer Group*) Keperawatan untuk melakukan proses kredensial staf keperawatan.
- (2) Dalam hal kelengkapan administrasi dan teknis pelaksanaan, Sub Komite Kredensial bekerja sama dengan Sub Bagian Kepegawaian.

Pasal 121

Sub Komite Kredensial menyampaikan rekomendasi tentang hasil proses kredensial yang telah dilaksanakan kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik melalui Komite Keperawatan.

Pasal 122

Rekomendasi Sub Komite Kredensial dapat berupa:

- a. direkomendasikan untuk diberi kewenangan klinis;
- b. tidak direkomendasikan untuk diberi kewenangan klinis;
dan
- c. direkomendasikan untuk diberi kewenangan klinis dengan syarat/dengan supervisi.

Pasal 123

Komite Keperawatan menetapkan kewenangan klinis staf keperawatan atas dasar rekomendasi dari Sub Komite Kredensial.

Bagian Ketiga Penugasan Klinis

Pasal 124

- (1) Komite Keperawatan mengusulkan kepada Direktur RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik agar dikeluarkan Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) staf keperawatan sesuai dengan Kewenangan Klinis (*Clinical Priviledge*) berdasarkan hasil kredensial.
- (2) Dalam hal teknis pengajuan dan penerbitan Surat Penugasan Klinis, Komite Keperawatan dibantu oleh Sub Bagian Kepegawaian.

Pasal 125

Direktur RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik mengeluarkan Surat Penugasan Klinis kepada staf keperawatan untuk jangka waktu tiga tahun.

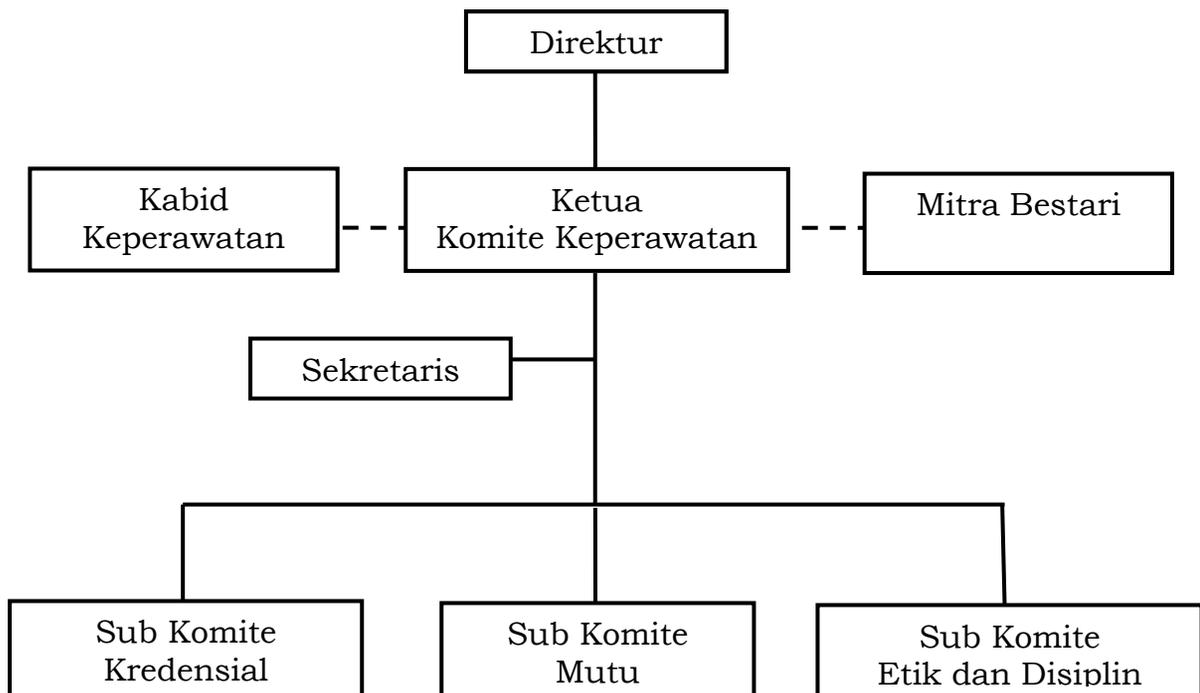
Pasal 126

- (1) Dalam kondisi tertentu, Direktur RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik berhak mengeluarkan Surat Pencabutan Penugasan Klinis kepada staf keperawatan atas rekomendasi Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi melalui Komite Keperawatan.

- (2) Kondisi tertentu sebagaimana yang dimaksud pada ayat 1, terdiri dari:
- hambatan atau keterbatasan fisik maupun psikologis yang dapat mengganggu pelayanan seperti sakit; dan
 - melakukan pelanggaran etik dan disiplin.

Bagian Keempat
Komite Keperawatan
Pasal 127

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari:
- Ketua;
 - Sekretaris; dan
 - Sub Komite.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada Ayat 1 huruf c, terdiri dari:
- Sub Komite Kredensial;
 - Sub Komite Mutu; dan
 - Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.
- (3) Bagan Struktur Organisasi Komite Keperawatan adalah sebagai berikut:



- (4) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik.
- (5) Pengurus Komite Keperawatan diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan di RSUD kemudian ditetapkan oleh Direktur RSUD.
- (6) Masa bakti kepengurusan Komite Keperawatan adalah 3 (tiga) tahun untuk satu kali periode kepengurusan.

Pasal 128

Pengurus Komite Keperawatan dan mitra bestari adalah tenaga keperawatan yang kompeten, mempunyai semangat profesionalisme yang tinggi, serta reputasi yang baik.

Pasal 129

Komite Keperawatan memberikan jaminan kepada Direktur RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik bahwa tenaga keperawatan memiliki kompetensi kerja yang tinggi sesuai standar mutu pelayanan, berperilaku baik sesuai etika dan disiplin profesinya serta melalui proses kredensial.

Pasal 130

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur RSUD dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, pengembangan profesional berkelanjutan/*Continuing Profesional Development (CPD)*, serta memastikan mutu pelayanan keperawatan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi:
 - a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
 - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
 - c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;

- d. penggalian inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan mutu pelayanan keperawatan;
- e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada tenaga keperawatan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki;
- f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada tenaga keperawatan dalam pemenuhan hak-haknya termasuk masalah hukum.

Pasal 131

- (1) Tanggung jawab Komite Keperawatan.
 - a. komite keperawatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSUD.
 - b. menjaga citra dan nama baik Komite Keperawatan pada khususnya dan seluruh pelayanan keperawatan di RSUD pada umumnya.
- (2) Wewenang Komite Keperawatan.
 - a. membentuk dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (*Panitia Ad Hoc*) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan.
 - b. memberikan pertimbangan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasar tinjauan profesi;
 - c. memberikan pertimbangan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
 - d. membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir; dan
 - e. memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

Pasal 132

Dalam melaksanakan fungsinya, Komite Keperawatan dibantu oleh Panitia *Ad Hoc* Mitra Bestari/*Peer Group* Keperawatan sesuai dengan disiplin/area praktik dan peminatan tenaga keperawatan berdasarkan kebutuhan rumah sakit.

Pasal 133

Kedudukan Komite Keperawatan dengan Bidang Keperawatan adalah mitra kerja melalui jalur koordinasi.

Pasal 134

Komite Keperawatan bekerja sama dan melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Keperawatan serta saling memberikan masukan tentang perkembangan profesi keperawatan dan kebidanan di rumah sakit.

Pasal 135

(1) Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 127 ayat (2) huruf a, bertugas:

- a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
- b. menyusun buku putih;
- c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
- d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
- e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
- f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap tiga tahun;
- g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik.

(2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana pada ayat (1), Sub Komite Kredensial bekerjasama dengan Panitia *Ad Hoc*/Mitra Bestari (*Peer Group*) Keperawatan yang bertanggungjawab langsung kepada Ketua Komite Keperawatan.

Pasal 136

(1) Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 127 ayat (2) huruf b, bertugas:

- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;

- b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan/Continuing Profesional Development (CPD) tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit mutu asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana pada ayat (1), Sub Komite Mutu profesi dapat mengusulkan dibentuknya Panitia *Ad Hoc* kepada Ketua Komite Keperawatan.

Pasal 137

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 127 ayat (2) huruf c bertugas:
- a. menyusun Pedoman Etika dan Disiplin Staf Keperawatan;
 - b. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - c. melakukan pembinaan etika dan disiplin tenaga keperawatan;
 - d. melakukan penegakan disiplin tenaga keperawatan.
 - e. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etika dalam kehidupan profesi, asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
 - f. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis; dan
 - g. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin sebagaimana pada ayat (1), komite keperawatan membentuk panitia *Ad Hoc*.

Bagian kelima

Karir

Pasal 138

- (1) Jenjang karir merupakan sistem untuk meningkatkan kinerja dan profesionalisme, sesuai dengan bidang pekerjaan melalui peningkatan kompetensi.
- (2) Pemilihan karir secara bertahap akan menjamin individu dalam mempraktikkan bidang profesinya.
- (3) Komitmen terhadap karir dapat dilihat dari sikap perawat dan bidan terhadap profesinya serta motivasi untuk bekerja sesuai dengan karir yang dipilihnya.

Pasal 139

Pengembangan karir professional Perawat Klinik (PK) bertujuan :

- a. meningkatkan moral kerja dan mengurangi kebuntuan karir;
- b. menurunkan jumlah perawat yang keluar dari pekerjaannya;
- c. menata sistem promosi berdasarkan persyaratan dan kriteria yang telah ditetapkan sehingga mobilitas karir berfungsi dengan baik dan benar; dan
- d. pengembangan sistem jenjang karir profesional perawat klinik ditujukan terutama bagi perawat yang bekerja sebagai perawat pelaksana di sarana kesehatan dan di mulai dari perawat profesional pemula.

Pasal 140

Prinsip pengembangan jenjang karir meliputi :

- a. kualifikasi perawat dimulai dari lulusan D III Keperawatan dengan memperhatikan penghargaan terhadap pengalaman kerja, lamanya pengabdian terhadap profesi, uji kompetensi dan sertifikasi;
- b. penjenjangan mempunyai makna tingkatan kompetensi untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akuntabel dan etis sesuai dengan batas kewenangan praktik dan kompleksitas masalah pasien;

- c. penerapan asuhan keperawatan sebagai fungsi utama perawat klinik dalam memberikan asuhan keperawatan langsung sesuai standar praktik dan kode etik perawat;
- d. kesempatan yang sama kepada setiap perawat klinik mempunyai kesempatan yang sama untuk meningkatkan karir sampai jenjang karir professional tertinggi sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- e. standar profesi dalam memberikan asuhan keperawatan mengacu pada standar praktik keperawatan dan kode etik keperawatan; dan
- f. komitmen pimpinan pada sarana kesehatan harus mempunyai komitmen yang tinggi terhadap pengembangan karir perawat.

Pasal 141

Jenjang karir profesional Perawat Klinik (PK) terdiri dari : Perawat Klinik I (PK I), Perawat Klinik II (PK II), Perawat Klinik III (PK III), Perawat Klinik IV (PK IV) dan Perawat Klinik V (PK V).

Pasal 142

Untuk peningkatan ke jenjang karir yang lebih tinggi perawat klinik harus memenuhi persyaratan tingkat pendidikan, pengalaman kerja klinik keperawatan sesuai area kekhususan serta persyaratan kompetensi yang telah ditentukan, yaitu :

a. Perawat Klinik I (PK I)

Klinik I (Novice) adalah: Perawat lulusan D-III telah memiliki pengalaman kerja 2 tahun atau Ners (lulusan S-1 Keperawatan plus pendidikan profesi) dengan pengalaman kerja 0 tahun dan mempunyai sertifikat PK-I;

b. Perawat Klinik II (PK II)

Klinik II (Advance Beginner) adalah perawat lulusan D III Keperawatan dengan pengalaman kerja 5 tahun atau Ners (lulusan S-1 Keperawatan plus pendidikan profesi) dengan pengalaman kerja 3 tahun, dan mempunyai sertifikat PK-II;

c. Perawat Klinik III (PK III)

Klinik III (Competen) adalah: perawat lulusan D III Keperawatan dengan pengalaman kerja 9 tahun atau Ners (lulusan S-1 Keperawatan plus pendidikan profesi) dengan pengalaman klinik 6 tahun atau Ners Spesialis dengan pengalaman kerja 0 tahun dan memiliki sertifikat PK-III;

d. Perawat Klinik IV (PK IV)

Klinik IV (Profecion) adalah Perawat lulusan DIII keperawatan dengan pengalaman kerja 12 tahun atau Ners (lulusan S-1 Keperawatan plus pendidikan profesi) dengan pengalaman kerja 9 tahun dan memiliki sertifikat kekhususan atau Perseptor/Clinical instruktur

e. Perawat Klinik V (PK V);

Klinik V (Expect) adalah Perawat lulusan DIII keperawatan dengan pengalaman kerja 15 tahun atau Ners (lulusan S-1 Keperawatan plus pendidikan profesi) dengan pengalaman kerja 12 tahun atau Ners Spesialis dengan pengalaman kerja 1 tahun dan memiliki sertifikat manajemen pelayanan serta pengembangan profesi

f. Sedangkan untuk Jenjang Karir Bidan Klinis akan diatur menyesuaikan.

Bagian Keenam

Rapat

Pasal 143

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat yang dilaksanakan oleh Komite Keperawatan dengan Bidang Keperawatan adalah:
 - a. rapat kerja,
 - b. rapat pleno, dan
 - c. rapat tahunan.
- (3) Rapat yang dilakukan oleh Komite Keperawatan adalah rapat rutin.

- (4) Rapat Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a adalah :
- a. rapat kerja keperawatan yang dilaksanakan minimal sekali dalam satu periode kepengurusan;
 - b. rapat kerja keperawatan yang dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan dan dihadiri oleh Kepala Bidang Keperawatan, seluruh pengurus Komite Keperawatan dan Kelompok Staf Keperawatan; dan
 - c. rapat kerja, dengan agenda rapat membuat rencana kerja keperawatan dalam 3 (tiga) tahun, peninjauan ulang terhadap *Nursing Staf By Laws*.
- (5) Rapat Pleno sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b adalah :
- a. rapat pleno Keperawatan yang diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
 - b. rapat pleno yang dipimpin oleh Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Ketua Komite Keperawatan beserta seluruh Pengurus, Kelompok Staf Keperawatan serta panitia Ad Hoc/Mitra Bestari Komite Keperawatan; dan
 - c. rapat pleno dengan agenda rapat membahas persoalan-persoalan yang terjadi dibidang keperawatan untuk menghasilkan rekomendasi dalam pengambilan keputusan.
- (6) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c adalah :
- a. rapat tahunan keperawatan yang diadakan satu kali dalam setahun;
 - b. rapat tahunan yang dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan dan dihadiri oleh Kepala Bidang Keperawatan, Pengurus Komite Keperawatan Panitia *Ad Hod*/Mitra Bestari Keperawatan dan Kelompok Staf Keperawatan;
 - c. rapat tahunan dengan agenda rapat mengevaluasi hasil kerja selama satu tahun; dan

- d. Rapat tahunan dengan keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 peserta yang hadir.
- (2) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah:
- a. rapat rutin keperawatan yang dilaksanakan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam sebulan diikuti oleh seluruh pengurus Komite Keperawatan;
 - b. rapat rutin dengan agenda rapat membahas masalah-masalah harian keperawatan; dan
 - c. rapat rutin keperawatan yang dipimpin Ketua Komite Keperawatan.

Bagian Ketujuh

Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 144

- (1) Dalam memberikan pelayanan keperawatan dan kebidanan diperlukan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional terhadap kebutuhan dasar pasien.
- (2) Memenuhi kebutuhan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan bersama-sama Bidang Keperawatan berkewajiban menyusun:
- a. standar pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - b. standar prosedur operasional keperawatan dan kebidanan; dan
 - c. standar kebutuhan dasar pasien.
- (3) Dalam keadaan dimana staf keperawatan kurang kompeten dalam memberikan pelayanan maka staf keperawatan berkewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada tenaga keperawatan lain yang dianggap lebih mampu.

Pasal 145

- (1) Dalam melengkapi kebutuhan sebagaimana dimaksud dalam pasal 144 ayat (2), Komite Keperawatan bersama-sama Bidang Keperawatan berkewajiban membentuk kelompok staf keperawatan.

- (2) Kelompok staf keperawatan yang dimaksud pada ayat (1) adalah:
- a. Kelompok Staf Keperawatan Anak;
 - b. Kelompok Staf Keperawatan Maternitas;
 - c. Kelompok Staf Keperawatan Medikal Bedah; dan
 - d. Kelompok Staf Keperawatan Kritis dan Gawat darurat.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya kelompok staf keperawatan yang dimaksud pada Pasal 145 ayat (2) adalah membuat standar asuhan keperawatan atau kebidanan, standar prosedur operasional keperawatan atau kebidanan dan kebutuhan dasar pasien.

Pasal 146

- (1) Kelompok staf keperawatan memberikan pelayanan membuat panduan dokumen bersama.
- (2) Panduan dokumen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah :
- a. *White paper* atau buku putih; dan
 - b. *Log book* atau buku catatan kompetensi.
- (3) *White paper*/buku putih dan *log book*/buku catatan kompetensi adalah dokumen dalam satu paket yang menjadi acuan dalam menjalankan kewenangan klinisnya setiap staf keperawatan.

Pasal 147

- (1) Dalam upaya evaluasi dan menjaga mutu pelayanan keperawatan akan dilakukan audit keperawatan.
- (2) Audit Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara bersama oleh Komite Keperawatan dan Bidan Keperawatan.
- (3) Hasil audit keperawatan akan dijadikan dasar untuk mempertahankan atau meningkatkan pelayanan keperawatan.

Bagian Kedelapan
Tata Cara Dan *Review* Perbaikan
Peraturan Internal Staf Keperawatan
Pasal 148

- (1) Peraturan internal staf keperawatan, dapat dilakukan review dan perubahan bilamana :
 - a. adanya perubahan peraturan menteri kesehatan tentang peraturan internal korporasi rumah sakit, peraturan internal staf keperawatan ataupun peraturan/perundangan lainnya yang menyangkut profesi keperawatan; dan
 - b. kebijakan baru lain mengenai status rumah sakit.
- (2) Mekanisme dan cara perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur lebih lanjut dalam tata laksana review dan perbaikan peraturan internal keperawatan.

BAB VI
TATA KELOLA KOMITE PROFESI LAIN
Bagian Kesatu
Maksud Dan Tujuan
Pasal 149

- (1) Maksud Tata kelola Komite Profesi Lain untuk menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar Komite Profesi Lain dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan dan keselamatan pasien sebagaimana yang diharapkan.
- (2) Tujuan Tata kelola Staf Komite Profesi Lain:
 - a. mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (*Patient Safety*);
 - b. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi Staf Klinis Lainnya guna menjamin mutu profesional;
 - c. menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut Komite Profesi Lain; dan

- d. mengontrol dan menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai Komite Profesi Lain sesuai dengan kebijakan serta Peraturan Perundang-undangan.

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis
Pasal 150

- (1) Pemberian dan perubahan kewenangan Komite Profesi Lain ditetapkan atas rekomendasi komite Profesi Lain dan disahkan oleh direktur.
- (2) Mekanisme sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur dalam tata laksana penetapan kewenangan klinis dan daftar perincian kewenangan klinis Komite Profesi Lain dari Komite Profesi Lain.

Pasal 151

Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 148 akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, ditambah, dikurangi atau dicabut.

Pasal 152

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya ditambah maka Komite Profesi Lain yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang menyetujui atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Profesi Lain berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- (3) Setiap permohonan penambahan kewenangan klinik yang disetujui atau ditolak harus dituangkan dalam surat keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 153

Dalam keadaan emergensi maka semua Komite Profesi Lain di rumah sakit diberikan kewenangan klinis sesuai profesi masing-masing untuk melakukan tindakan pelayanan di luar kewenangan klinis yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Ketiga

Penugasan Klinis

Pasal 154

- (1) Penempatan Komite Profesi Lain di Instalasi/Unit masing-masing profesi diatur oleh Kepala Instalasi/Unit.
- (2) Perubahan penugasan klinis Komite Profesi Lain dapat dilakukan oleh direktur atas rekomendasi Komite Profesi Lain.
- (3) Mekanisme sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan (2) diatur dalam tata laksana kredensial dan rekredensial dari Komite Profesi Lain.

Bagian Keempat

Komite Profesi Lain

Paragraf 1

Wewenang, Tugas, tanggungjawab

Pasal 155

- (1) Komite Komite Profesi Lain merupakan Organisasi langsung dibawah Direktur RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik sebagai wadah tenaga profesi di bidang kesehatan yang bekerja di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik selain tenaga medis dan keperawatan.
- (2) Anggota Komite Profesi Lain adalah Nutrisionis, Apoteker, Fisioterapis, Tehnisi Tranfusi Darah, Penata Anastesi dan lainnya di lingkungan RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik.

Pasal 156

Wewenang Komite Profesi Lain:

- a. melaksanakan pembinaan etika profesi dan mengatur kewenangan profesi antar kelompok Komite Profesi Lain;
- b. memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga profesi; dan
- c. monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu kompetensi Komite Profesi Lain

Pasal 157

Tugas Komite Profesi Lain:

- a. melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;
- b. mengkoordinasikan kegiatan Komite Profesi Lain di masing-masing Instalasi / Unit kerja terkait;
- c. meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta pengembangan dalam bidang Komite Profesi Lain;
- d. membantu monitoring dan evaluasi mutu kompetensi Komite Profesi Lain; dan
- e. memberikan laporan kegiatan kepada direktur.

Pasal 158

Tanggung Jawab Komite Profesi lain :

- a. Komite Profesi Lain bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik;
- b. Masing-masing koordinator sub komite bertanggung jawab kepada Ketua Komite Profesi Lain.

Pasal 159

Dalam melaksanakan tugas kredensial, Komite Profesi Lain memiliki fungsi sebagai berikut :

- a. Penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Komite Profesi Lain berdasarkan norma keprofesian;

- b. Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1. kompetensi;
 - 2. kesehatan fisik dan mental;
 - 3. perilaku; dan
 - 4. etika profesi.
- c. Evaluasi data pendidikan Komite Profesi Lain;
- d. Penilaian dan pemutusan kewenangan klinis;
- e. Pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur;
- f. Melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Profesi Lain; dan
- g. Rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

Pasal 160

Dalam melaksanakan tugas mempertahankan mutu profesi Komite Profesi Lain, dan Komite Profesi Lain memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Komite Profesi Lain;
- b. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Komite Profesi Lain; dan
- c. rekomendasi pendampingan (*proctoring*) bagi Komite Profesi Lain yang membutuhkan.

Pasal 161

Dalam melaksanakan tugas memelihara disiplin, etika, dan perilaku profesi, Komite Profesi Lain memiliki fungsi sebagai berikut :

- a. pembinaan etika dan disiplin Komite Profesi Lain;
- b. pemeriksaan staf Profesi Lain yang diduga melakukan pelanggaran disiplin; dan
- c. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan dan keputusan etis pada asuhan Komite Profesi Lain pasien

Pasal 162

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Profesi Lain dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua Komite Profesi Lain;
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari Staf Klinis Lainnya yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Komite Profesi Lain yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari internal atau eksternal rumah sakit lain, organisasi profesi, dan/atau Instansi Pendidikan dari profesi lain.

Paragraf Kedua

Pengorganisasian Komite Profesi Lain

Pasal 163

- (1) Komite Profesi Lain merupakan organisasi non struktural dibawah Direktur.
- (2) Komite Profesi Lain adalah semua staf fungsional di Instalasi/Unit Kerja terkait di lingkungan RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik.
- (3) Komite Profesi Lain yang dimaksud (3) adalah :
Nutrisionis, Apoteker, Fisioterapis, Tehnisi Tranfusi Darah, Penata Anastesi dan lainnya di lingkungan RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik.

Pasal 164

Pembentukan Komite Profesi Lain ditetapkan dengan keputusan Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun, berkedudukan di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 165

- (1) Susunan Pengurus Organisasi Komite Profesi Lain terdiri:

- a. Ketua;
 - b. Wakil Ketua;
 - c. Sekretaris I dan sekretaris II;
 - d. Bendahara; dan
 - e. 3 (tiga) Koordinator Subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
- a. subkomite kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi yang bertugas; dan
 - c. subkomite etika dan disiplin profesi.

Pasal 166

- (1) Ketua Komite Profesi Lain ditetapkan oleh direktur dengan memperhatikan masukan dari Komite Profesi Lain.
- (2) Wakil Ketua, Sekretaris I, Sekretaris II, Bendahara Komite Profesi Lain, Koordinator subkomite beserta anggota ditetapkan oleh direktur berdasarkan nota dinas pengajuan usulan pengesahan Komite Profesi Lain dengan memperhatikan masukan dari Komite Profesi Lain.

Pasal 167

- (1) Kepengurusan Komite Profesi Lain ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah kepengurusan Komite Profesi Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah masing-masing Komite Profesi Lain di rumah sakit.

Pasal 168

Ketua Komite Profesi Lain bertugas :

- a. membantu Direktur Ibnu Sina kabupaten Gresik berkaitan dengan pelayanan, sumber daya manusia, mutu, etik dan disiplin Komite Profesi Lain;

- b. mengkoordinir pengurus Komite Profesi Lain yaitu Koord. Sub Komite Kredensial, Koord. Sub Komite Mutu profesi dan Koord. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi; dan
- c. membina, mengawasi dan mengevaluasi pengurus Komite Profesi Lain.

Pasal 169

Wakil Komite Profesi Lain bertugas :

- a. membantu ketua Komite Profesi Lain dalam mengkoordinir Koord. Sub Komite Kredensial, Koord. Sub Komite Mutu profesi dan Koord. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi; dan
- b. membantu membina dan mengawasi pengurus Komite Profesi Lain.

Pasal 170

Sekretaris Komite Profesi Lain bertugas :

- a. mencatat dan mendokumentasikan hasil rapat;
- b. mendokumentasikan surat masuk dan surat keluar;
- c. bersama-sama Ketua dan Wakil Ketua menetapkan jadwal kegiatan rapat;
- d. mendokumentasikan semua hasil kegiatan pengurus; dan
- e. memberi masukan kepada Ketua Komite Profesi Lain untuk kemajuan organisasi.

Pasal 171

Bendahara Komite Profesi Lain bertugas :

- a. menerima dan membayar transaksi keuangan sesuai dengan ketentuan;
- b. melakukan pencatatan dan pembukuan keuangan Komite profesi lain;
- c. menyusun laporan keuangan Komite Profesi Lain; dan
- d. memberi masukan kepada ketua Komite Profesi Lain untuk kemajuan organisasi.

Pasal 172

- (1) Sub Komite Kredensial bertugas :
 - a. menyusun dan melaksanakan rencana kegiatan/program kerja;
 - b. mengkoordinir perencanaan kebutuhan tenaga fungsional Staf Klinis Lainnya;
 - c. menyusun tata laksana, instrument kredensial dan rekredensial;
 - d. memberi masukan kepada ketua Komite Komite Profesi Lain untuk kemajuan organisasi; dan
 - e. menyusun laporan.
- (2) Sub komite kredensial terdiri dari :
 - a. ketua subkomite kredensial; dan
 - b. anggota.
- (3) Sub komite kredensial bertanggung jawab kepada ketua komite Komite Profesi Lain

Pasal 173

- (1) Sub komite mutu profesi bertugas :
 - a. menyusun dan melaksanakan rencana kegiatan/program kerja;
 - b. membantu monitoring dan pengawasan mutu pelayanan Komite Profesi Lain;
 - c. berkoordinasi dengan kepala Instalasi/Penanggung jawab Ruang terkait mutu pelayanan Komite Profesi Lain dan standar mutu pelayanan;
 - d. memberi masukan kepada ketua Komite Profesi lain untuk kemajuan organisasi; dan
 - e. menyusun laporan.
- (2) Subkomite mutu terdiri dari :
 - a. ketua subkomite mutu; dan
 - b. anggota.
- (3) Mekanisme kerja subkomite mutu profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga Profesi Lain sesuai area kerja;

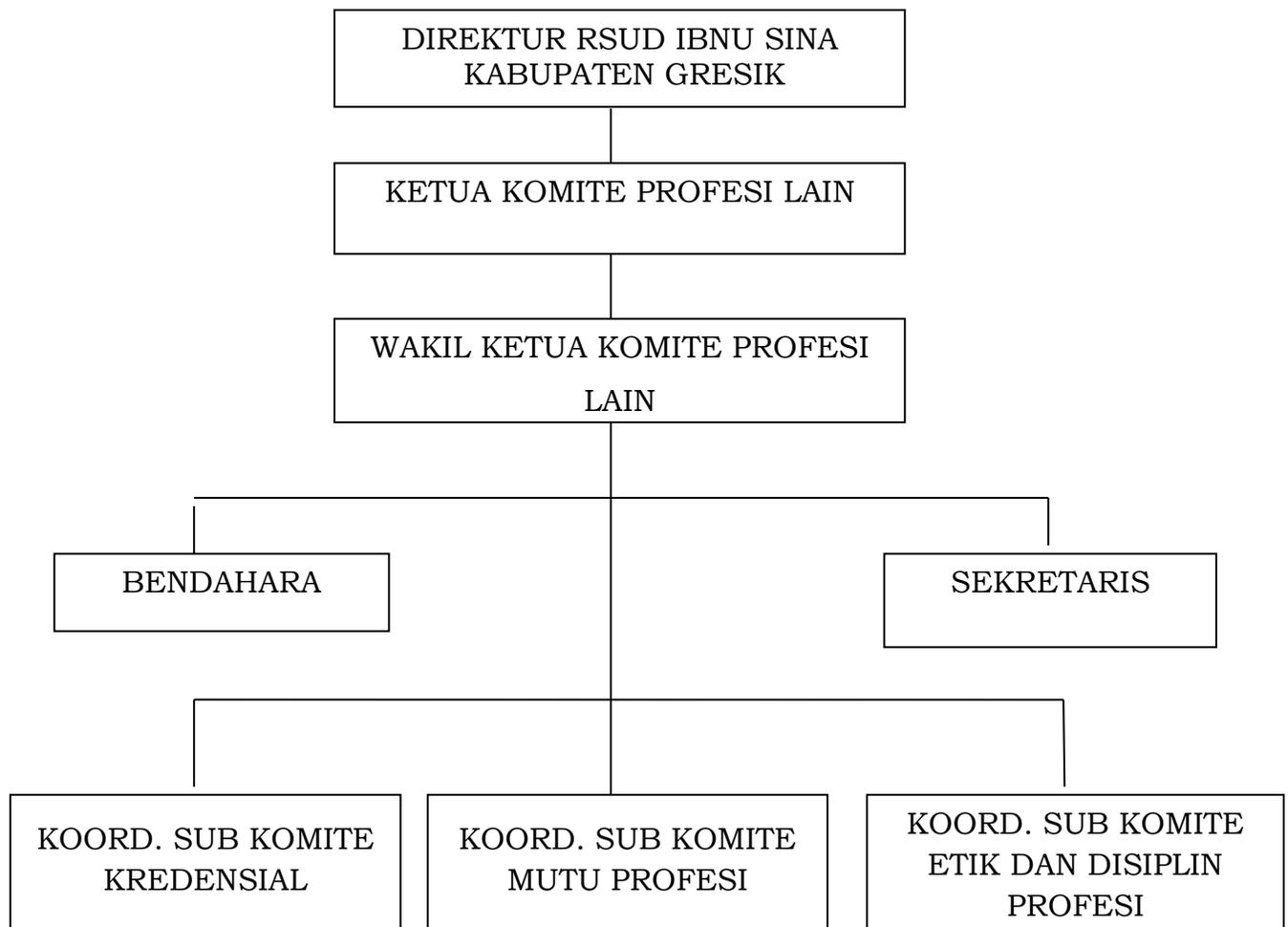
- b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan/ *Continuing Professional Development (CPD)* tenaga Staf Klinis Lainnya dan;
 - c. memfasilitasi proses pendampingan tenaga Staf Klinis Lainnya sesuai kebutuhan.
- (4) Subkomite mutu profesi bertanggung jawab kepada ketua Komite Profesi Lain.

Pasal 174

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi bertugas :
- a. menyusun dan melaksanakan rencana kegiatan/program kerja;
 - b. menghimpun kode etik masing-masing Komite Profesi Lain;
 - c. berkoordinasi dengan kepala Instalasi/Penanggung jawab Ruang terkait pelaksanaan pembinaan atas pelanggaran kode etik profesi;
 - d. melaksanakan sosialisasi yang terkait dengan etik dan disiplin Komite Profesi Lain;
 - e. berkoordinasi dengan Komite Etik Rumah Sakit. Memberi masukan kepada ketua Komite Profesi Lain untuk kemajuan organisasi; dan
 - f. menyusun laporan.
- (2) Sub komite etika dan disiplin profesi terdiri dari:
- a. ketua subkomite etika dan disiplin profesi; dan
 - b. anggota.
- (3) Mekanisme kerja subkomite etika dan disiplin profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
- a. pendisiplinan perilaku profesional;
 - b. pembinaan profesionalisme; dan
 - c. pertimbangan keputusan etik.
- (4) Subkomite etik dan disiplin profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Profesi Lain.

Pasal 175

STRUKTUR ORGANISASI KOMITE PROFESI LAIN



Pasal 176

Hubungan Komite Profesi Lain dengan direktur adalah:

- a. Direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Profesi Lain; dan
- b. Komite Profesi Lain bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 177

Komite Profesi Lain bertanggung jawab kepada Direktur meliputi hal-hal yang berkaitan dengan :

- a. mutu pelayanan Komite Profesi Lain;
- b. pembinaan etik masing-masing Komite Profesi Lain; dan
- c. pengembangan profesi Komite Profesi Lain.

Bagian Kelima
Pembinaan Dan Pengawasan
Pasal 178

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Profesi Lain dilakukan oleh badan-badan yang berwenang sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Profesi Lain dalam rangka menjamin mutu pelayanan Komite Profesi Lain dan keselamatan pasien di rumah sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud (1) dilaksanakan melalui :
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

Bagian Keenam
Rapat Komite Profesi Lain
Pasal 179

- (1) Rapat Rutin yaitu rapat yang dilaksanakan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam sebulan yang membahas harian Komite Profesi Lain.
- (2) Rapat Kerja yaitu rapat yang dilaksanakan minimal satu kali dalam satu periode kepengurusan yang diikuti oleh pengurus Komite Profesi Lain untuk membahas rencana kerja Komite Profesi Lain.
- (3) Rapat Pleno yaitu rapat koordinasi yang dihadiri oleh seluruh komponen Komite Profesi Lain yang bertujuan untuk mengeluarkan rekomendasi Komite Profesi Lain

- (4) Sidang Tahunan yaitu sidang yang dilakukan setahun sekali oleh Komite Profesi Lain untuk melakukan evaluasi terhadap program kerja yang dilaksanakan.

Bagian Ketujuh

Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 180

- (1) Staf Profesi Lain melaksanakan keprofesian Profesi Lain sesuai dengan kewenangan klinis dan penugasan klinis masing-masing dalam tata kelola klinis (*Clinical Governance*) rumah sakit.
- (2) Tata kelola klinis rumah sakit (*Clinical Governance*) adalah sistem penjaminan mutu layanan di rumah sakit.
- (3) Tata kelola klinis rumah sakit disahkan oleh direktur.
- (4) Tata kelola klinis staf Profesi Lain disusun oleh Komite Profesi Lain ditetapkan dan disahkan oleh direktur.

Bagian Ketujuh

Tata Cara Review Dan Perbaikan Peraturan Internal Staf Profesi Lain

Pasal 181

- (1) Segala sesuatu yang belum diatur dalam aturan ini akan diatur dikemudian hari melalui Rapat Pleno Komite Profesi Lain.
- (2) Apabila ada pasal dan atau ayat dalam Peraturan Internal Staf Keperawatan ini yang dikemudian hari dianggap tidak sesuai, dapat ditinjau ulang melalui rapat kerja Komite Profesi Lain.

BAB VII

PENUTUP

Pasal 182

Pada Saat Peraturan Bupati Ini Mulai Berlaku, Peraturan Bupati Gresik Nomor 52 tahun 2007 tentang Pedoman Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Gresik (Berita Daerah Kabupaten Gresik Nomor 2034 Tahun 2007) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 182

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

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

Ditetapkan di Gresik
pada tanggal 16 Mei 2019

BUPATI GRESIK,

Ttd.

Dr. Ir. H. SAMBARI HALIM RADIANTO, S.T., M.Si.

Diundangkan di Gresik
pada tanggal 16 Mei 2019

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN GRESIK,

Ttd.

ANDHY HENDRO WIJAYA, S.Sos. MSi
Pembina Utama Muda
NIP. 19720411 199101 1001

BERITA DAERAH KABUPATEN GRESIK TAHUN 2019 NOMOR 11