



BUPATI LAMONGAN
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI LAMONGAN
NOMOR 41 TAHUN 2016

TENTANG

POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. SOEGIRI KABUPATEN LAMONGAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI LAMONGAN,

- Menimbang : a. bahwa pola tata kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soegiri Kabupaten Lamongan sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Bupati Lamongan Nomor 26 Tahun 2009 sudah tidak sesuai dengan kondisi dan perkembangan Rumah Sakit saat ini, sehingga perlu ditinjau kembali;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, maka dalam rangka meningkatkan kinerja manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soegiri Kabupaten Lamongan, perlu menyusun kembali Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soegiri Kabupaten Lamongan dengan menetapkan dalam Peraturan Bupati.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten di Lingkungan Provinsi Jawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 41), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

3. Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Republik Indonesia Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
5. 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 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
7. 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);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
11. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
12. Keputusan Menteri Keuangan Nomor 09/PMK.02/2006 tentang Pembentukan Dewan Pengawas pada Badan Layanan Umum;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 970/MenKes/SK/X/2008 tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soegiri Kabupaten Lamongan, Milik Pemerintah Kabupaten Lamongan Provinsi Jawa Timur;

14. Peraturan Bupati Lamongan Nomor 53 Tahun 2008 tentang Kedudukan, Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soegiri Lamongan (Berita Daerah Kabupaten Lamongan Tahun 2008 Nomor 53).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEGIRI KABUPATEN LAMONGAN.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Lamongan.
2. Bupati adalah Bupati Lamongan.
3. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Lamongan.
4. Pola Tata Kelola adalah peraturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, Komite Medik dan Staf Medik Rumah Sakit beserta fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak masing-masing.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soegiri Kabupaten Lamongan yang selanjutnya disingkat RSUD Dr. Soegiri adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soegiri Kabupaten Lamongan.
6. Direktur adalah dokter yang diangkat Bupati untuk menjabat posisi tersebut sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini dalam hal yang bersangkutan tidak ada, maka pengertian ini juga meliputi orang-orang yang akan ditunjuk oleh Bupati untuk bertindak dalam jabatan tersebut untuk sementara waktu.
7. Dewan Pengawas adalah sekelompok orang yang ditunjuk oleh Bupati untuk membina dan mengawasi RSUD Dr. Soegiri, baik teknis maupun keuangan.
8. Komite Medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medik di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya dan merupakan organisasi non struktural serta wadah perwakilan staf medik di RSUD Dr. Soegiri.
9. Subkomite adalah kelompok kerja dibawah Komite Medik yang dibentuk untuk menanggulangi masalah keprofesian medis tertentu.
10. Kelompok Staf Medik adalah kelompok dokter dan dokter gigi yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional di RSUD Dr. Soegiri.

11. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang telah terikat perjanjian dengan Rumah Sakit maupun yang ditetapkan berdasarkan keputusan penempatan di Rumah Sakit dari pejabat yang berwenang dan memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan medis di RSUD Dr. Soegiri, termasuk tindakan medis diagnostik maupun terapeutik.
12. Staf Medis Pengganti adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang telah terikat perjanjian dengan RSUD Dr. Soegiri maupun yang ditetapkan berdasarkan keputusan penempatan di RSUD Dr. Soegiri dari pejabat yang berwenang dan hanya memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan medis di RSUD Dr. Soegiri dalam rangka menggantikan tugas profesi seorang staf medik yang berhalangan.
13. Staf Medis Konsultan Tamu adalah seorang dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang telah diketahui memiliki reputasi tinggi di bidang keahliannya yang diminta oleh RSUD Dr. Soegiri untuk melakukan tindakan medis tertentu untuk jangka waktu tertentu.
14. Dokter adalah seorang tenaga medis yang memiliki izin praktek di bidang kedokteran sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran dan yang telah terikat perjanjian dengan RSUD Dr. Soegiri dan oleh karenanya diberi kewenangan untuk memberikan pelayanan medis di RSUD Dr. Soegiri;
15. Dokter Gigi adalah seorang tenaga medis yang memiliki izin praktek di bidang kedokteran gigi sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Nomor 27 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran dan yang telah terikat perjanjian dengan RSUD Dr. Soegiri dan oleh karenanya diberi kewenangan untuk melakukan pelayanan medis di bidang kesehatan gigi di RSUD Dr. Soegiri.
16. Dokter Purnawaktu adalah dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan medis sesuai dengan kewenangannya secara purna waktu di RSUD Dr. Soegiri pada hari dan jam kerja sesuai dengan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
17. Dokter Paruh Waktu adalah dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan medis sesuai dengan kewenangannya secara paruh waktu di RSUD Dr. Soegiri pada waktu tertentu yang disepakati bersama oleh dokter yang bersangkutan dan Direktur.
18. Dokter Mitra adalah dokter atau dokter gigi bukan karyawan RSUD yang memberikan pelayanan medis dan/atau pelayanan medis di RSUD Dr. Soegiri.
19. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medik untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan RSUD Dr. Soegiri untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).
20. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medik untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.

21. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medik untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
22. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medik yang memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
23. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
24. Mitra Bestari (*Peer Group*) adalah sekelompok staf medik dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis
25. Kelompok Staf Keperawatan adalah kelompok perawat dan bidan yang bekerja di bidang keperawatan dan/atau kebidanan dalam jabatan fungsional di RSUD Dr. Soegiri.
26. Kewenangan Klinis tenaga keperawatan adalah uraian intervensi keperawatan dan kebidanan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan berdasarkan area praktiknya.
27. Penugasan Klinis adalah penugasan kepala/Direktur kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan atau asuhan kebidanan di RSUD Dr. Soegiri berdasarkan daftar Kewenangan Klinis.
28. Kredensial Keperawatan adalah proses evaluasi terhadap tenaga keperawatan untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis.
29. Rekredensial Keperawatan adalah proses re-evaluasi terhadap tenaga keperawatan yang telah memiliki Kewenangan Klinis untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis tersebut.
30. Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di RSUD Dr. Soegiri.
31. Audit Keperawatan adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi perawat dan bidan.
29. Mitra Bestari Keperawatan adalah sekelompok tenaga keperawatan dengan reputasi dan kompetensi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan tenaga keperawatan.
30. Buku Putih adalah dokumen yang berisi syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh tenaga keperawatan yang digunakan untuk menentukan Kewenangan Klinis.

BAB II PRINSIP POLA TATA KELOLA

Pasal 2

- (1) Pola Tata Kelola merupakan peraturan internal RSUD Dr. Soegiri yang didalamnya memuat :
 - a. stuktur organisasi;
 - b. prosedur kerja;

- c. pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan
 - d. pengelompokan sumber daya manusia.
- (2) Pola Tata Kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut :
- a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. resposibilitas;dan
 - d. independen.

Pasal 3

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

Pasal 4

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkembangkan kepercayaan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada RSUD Dr. Soegiri agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak dan diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) 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
POLA TATA KELOLA KORPORASI (*CORPORATE BY LAWS*)

Bagian Kesatu
Identitas

Pasal 5

- (1) RSUD Dr. Soegiri adalah Rumah Sakit Umum Milik Pemerintah Daerah, berkedudukan di Jl. Kusuma Bangsa Nomor 7 Lamongan, Telp. 0322- 321718 dan faksimili : 0322-322582.
- (2) RSUD Dr. Soegiri merupakan Rumah Sakit Umum Kelas B Non Pendidikan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 970/Menkes/SK/X/2008 tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soegiri Milik Pemerintah Kabupaten Lamongan Provinsi Jawa Timur.

Bagian Kedua
Visi, Misi, Nilai dan Moto

Paragraf 1
Visi

Pasal 6

Visi RSUD Dr. Soegiri adalah "Terwujudnya Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soegiri sebagai pilihan utama pelayanan kesehatan dan rujukan bagi masyarakat Kabupaten Lamongan".

Paragraf 2
Misi

Pasal 7

- (1) Misi RSUD Dr. Soegiri adalah :
- a. meningkatnya mutu pelayanan Rumah Sakit;
 - b. meningkatnya pengetahuan, kemampuan dan ketrampilan sumber daya Rumah Sakit baik medis, paramedis maupun non medis;
 - c. meningkatnya kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana Rumah Sakit baik medis maupun non medis.
- (2) Misi RSUD Dr. Soegiri akan direview secara berkala setiap 5 (lima) tahun sekali.

(3) RSUD Dr. Soegiri mengumumkan misi Rumah Sakit ke publik.

Paragraf 3
Nilai-Nilai

Pasal 8

Nilai-nilai yang disepakati RSUD Dr. Soegiri adalah :

- a. profesionalisme dalam tugas kedinasan;
- b. bekerja dalam kemitraan dan kebersamaan (*teamwork*);
- c. disiplin kerja yang tinggi.

Paragraf 4
Motto

Pasal 9

Motto RSUD Dr. Soegiri adalah : *"Senyum, Salam, Sapa, Sentuh dan Do'akan Semoga Lekas Sembuh"*.

Bagian Ketiga
Kedudukan

Pasal 10

RSUD Dr. Soegiri merupakan salah satu perangkat daerah, dipimpin oleh seorang Direktur yang bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Bagian Keempat
Tujuan, Tugas dan Fungsi

Paragraf 1
Tujuan

Pasal 11

- (1) Tujuan RSUD Dr. Soegiri adalah melaksanakan tugas Pemerintah Daerah dalam meningkatkan derajat kesehatan pada masyarakat melalui peningkatan kesehatan perorangan, meliputi upaya penyembuhan dan pemeliharaan kesehatan perorangan, yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan, serta pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan.
- (2) Tujuan RSUD Dr. Soegiri-BLUD adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan perorangan, meliputi upaya penyembuhan dan rehabilitasi, peningkatan derajat kesehatan serta upaya pencegahan penyakit kepada masyarakat untuk mewujudkan tugas-tugas Pemerintah Daerah dalam memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

Paragraf 2
Tugas

Pasal 12

RSUD Dr. Soegiri mempunyai tugas pokok melaksanakan upaya kesehatan perorangan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 3
Fungsi

Pasal 13

RSUD Dr. Soegiri mempunyai fungsi :

- a. pelayanan medis;
- b. pelayanan penunjang medis dan non medis;
- c. pelayanan asuhan keperawatan;
- d. pelayanan rujukan;
- e. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;
- f. pelaksanaan penelitian dan pengembangan;
- g. pengelolaan administrasi dan keuangan;
- h. pengelolaan administrasi dan keuangan;
- i. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Bagian Kelima
Pemerintah Daerah

Paragraf 1
Kedudukan

Pasal 14

Bupati adalah pejabat yang mewakili Pemerintah Daerah selaku pemilik RSUD Dr. Soegiri.

Paragraf 2
Kewajiban

Pasal 15

Bupati memiliki kewajiban sebagai berikut :

- a. melakukan pembinaan kepada Rumah Sakit dengan memberikan kuasa kepada Sekretaris Daerah atau pejabat lain yang ditunjuk.

- b. menjaga agar tujuan pendirian Rumah Sakit tetap terlaksana dan memberikan manfaat yang semaksimal mungkin bagi negara dan daerah untuk kepentingan peningkatan kesejahteraan rakyat.
- c. memiliki mekanisme pengangkatan dan pemberhentian Dewan Pengawas dan Pejabat Pengelola.
- d. memiliki mekanisme penilaian kinerja Rumah Sakit dan penilaian kinerja masing-masing Dewan Pengawas dan Pejabat Pengelola.
- e. memiliki mekanisme untuk mengesahkan RSB, RBA dan Laporan pertanggungjawaban, dengan tepat waktu.
- f. memiliki mekanisme baku dan transparan menyangkut pemberian persetujuan atas semua kegiatan Rumah Sakit yang memerlukan persetujuan Bupati.

Paragraf 3
Hak

Pasal 16

Bupati memiliki hak sebagai berikut :

- a. melaksanakan segala wewenang yang tidak diserahkan kepada Dewan Pengawas dan/atau Pejabat Pengelola.
- b. memperoleh informasi material mengenai Rumah Sakit secara tepat waktu dan teratur.

Paragraf 4
Wewenang

Pasal 17

Bupati memiliki wewenang sebagai berikut :

- a. mengangkat dan pemberhentikan :
 - 1. Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas pada Rumah Sakit;
 - 2. Pejabat Pengelola dan Pejabat Struktural;
 - 3. Tim Penilai dalam rangka menilai usulan penetapan atau pencabutan PPK-BLUD dan penilaian kinerja Rumah Sakit.
- b. menetapkan atau mencabut status PPK – BLUD pada Rumah Sakit;
- c. menetapkan Struktur Organisasi Tata Kelola RSUD Dr. Soegiri;
- d. melakukan evaluasi kinerja dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit paling sedikit setahun sekali;
- e. menetapkan tarif layanan Rumah Sakit;
- f. menyetujui investasi jangka panjang;
- g. menyetujui atas modal (*capital*) Rumah Sakit;
- h. menerima dan menindaklanjuti laporan tentang program mutu dan keselamatan pasien, keuangan dan Standar Pelayanan Minimal secara berkala setiap tribulan;
- i. menetapkan remunerasi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Pegawai Rumah Sakit;

- j. menyetujui pemindahtanganan barang milik Rumah Sakit selain tanah dan/atau bangunan yang bernilai sampai dengan Rp5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah).
- k. menetapkan penghapusan barang milik Rumah Sakit yang masuk kriteria : tidak berada dalam penguasaan Rumah Sakit, tidak dapat digunakan, tidak dapat dimanfaatkan, tidak dapat dipindahtangankan atau alasan lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. menetapkan penghapusan piutang Rumah Sakit secara mutlak dan bersyarat yang bernilai sampai dengan Rp5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah).
- m. mengalihgunakan tanah dan bangunan yang tidak digunakan Rumah Sakit untuk penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit;
- n. mengesahkan Visi dan Misi Rumah Sakit dan mengumumkan ke publik;
- o. mendelegasikan kepada Dewan Pengawas untuk mereview Visi dan Misi Rumah Sakit;
- p. mendelegasikan kepada Direktur RSUD Dr. Soegiri untuk :
 - 1. menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 - 2. menyetujui Rencana Strategis Rumah Sakit;
 - 3. menyetujui strategi Rumah Sakit dan program yang terkait dengan pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian, selanjutnya memberikan pengawasan terhadap mutu program;
 - 4. menyetujui rencana Rumah Sakit untuk mutu dan keselamatan pasien;
 - 5. menyetujui kebijakan dan prosedur tentang tata kelola.
- q. mendelegasikan persetujuan RBA Rumah Sakit kepada pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).

BAB IV DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 18

- (1) Dewan pengawas dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usul Direktur.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan paling banyak 5 (lima) orang sesuai dengan besaran pendapatan dan/atau nilai aset RSUD Dr. Soegiri.
- (3) Dewan Pengawas dipimpin oleh seorang ketua untuk memimpin kegiatan Dewan Pengawas dalam jangka waktu 5 (lima) tahun hingga ditetapkan ketua berikutnya.
- (4) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan ketua di tengah suatu masa kepengurusan, maka Bupati mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas sebagai ketua untuk sisa masa jabatan hingga ditetapkannya ketua berikutnya.
- (5) Dewan Pengawas bertanggung jawab kepada Bupati.

Bagian Kedua
Tugas, Kewajiban, Hak dan Wewenang
Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas berkewajiban :
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai RBA yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan BLUD, memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD;
 - c. melaporkan kepada Bupati tentang kinerja BLUD;
 - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan pengelolaan BLUD;
 - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh manajemen BLUD; dan
 - f. memonitor tindak lanjut evaluasi dan penilaian kinerja BLUD.

Pasal 20

- (1) Dewan Pengawas berhak memperoleh akses atas informasi tentang Rumah Sakit secara tepat waktu dan lengkap.
- (2) Dewan Pengawas berhak memiliki Sekretaris Dewan Pengawas yang dapat menjalankan fungsi kesekretariatan secara memadai.
- (3) Semua biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada Rumah Sakit dan secara jelas dimuat dalam Rencana Bebas dan Anggaran (RBA) Rumah Sakit.
- (4) Dalam pelaksanaan tugas dan kewajibannya Dewan Pengawas mempunyai wewenang untuk :
 - a. melihat buku-buku, surat serta dokumen lainnya, memeriksa kas untuk keperluan verifikasi dan memeriksa kekayaan Rumah Sakit;
 - b. meminta penjelasan dan Pejabat Pengelola atau pejabat lainnya mengenai segala persoalan yang menyangkut pengelolaan Rumah Sakit;
 - c. meminta pejabat pengelola atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan pejabat pengelola untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
 - d. menghindari rapat pejabat pengelola dan memberikan pandangan-pandangan terhadap hal-hal yang dibicarakan;
 - e. memberikan persetujuan atau bantuan kepada Pejabat Pengelola dalam melakukan perbuatan hukum tertentu.

Pasal 21

- (1) Ketua Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (3) dalam melaksanakan tugas, kewajiban dan wewenang berkewajiban untuk :
 - a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
 - b. bersama anggota memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tata cara setiap rapat Dewan Pengawas yang tidak diatur dalam Tata Kelola ini atau dalam Peraturan Rumah Sakit;
 - c. bekerja sama dengan Direktur untuk menangani berbagai hal mendesak;
 - d. melaporkan setiap tugas yang telah ditetapkan kepada Bupati.
- (2) Anggota berkewajiban untuk :
 - a. membantu ketua dalam melaksanakan tugas-tugasnya;
 - b. mewakili ketua dalam hal ketua tidak hadir atau berhalangan;
 - c. melaksanakan tugas lain yang ditetapkan oleh ketua Dewan Pengawas.

Bagian Ketiga
Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 22

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur-unsur :
 - a. pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan BLUD;
 - b. pejabat di lingkungan Satuan Kerja Pengelola Keuangan Daerah;
 - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola BLUD.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas :
 - a. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan BLUD serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris, atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
 - c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Bagian Keempat
Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 23

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum berakhirnya masa jabatannya oleh Bupati.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) apabila :
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik ;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan baik yang berlaku umum maupun khusus ;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD. Dr. Soegiri ;
 - d. dipidana penjara karena tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya dalam melaksanakan pengawasan.

Bagian Kelima
Sekretariat Dewan Pengawas

Pasal 24

- (1) Bupati dapat mengangkat sekretariat Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.

BAB V
ORGANISASI

Bagian Kesatu
Susunan Organisasi

Pasal 25

- (1) Susunan organisasi RSUD Dr. Soegiri, terdiri dari :
 - a. Direktur
 - b. Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahi dan mengkoordinir :
 1. Bagian Umum dan Kepegawaian, membawahi :
 - a) Sub Bagian Umum dan Perlengkapan;
 - b) Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - c) Sub Bagian Hukum, Organisasi dan Pemerintahan.
 2. Bagian Keuangan, membawahi :
 - a) Sub Bagian Anggaran;
 - b) Sub Bagian Perbendaharaan, Mobilisasi Dana dan Renumerasi;

- c) Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi.
- 3. Bagian Program, membawahi :
 - a) Sub Bagian Penyusunan Program ;
 - b) Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan.
- c. Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang membawahi dan mengkoordinir :
 - 1. Bidang Pelayanan, membawahi :
 - a) Sub Bidang Pelayanan Medik;
 - b) Sub Bidang Pelayanan Keperawatan.
 - 2. Bidang Penunjang, membawahi :
 - a) Sub Bidang Penunjang Medik;
 - b) Sub Bidang Penunjang Non Medik.
- (2) Bagian dan Bidang dipimpin oleh Kepala Bagian dan Kepala Bidang yang berada dibawah dan bertanggungjawab langsung kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan dan Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang.
- (3) Setiap Bagian dan Bidang membawahi dan terdiri dari Kepala Sub Bagian dan Kepala Sub Bidang yang bertanggung jawab langsung kepada Kepala Bagian dan Kepala Bidang masing-masing.

Bagian Kedua
Uraian Tugas

Pasal 26

- (1) Direktur RSUD Dr. Soegiri mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan, dan mengawasi, serta melakukan pengendalian terhadap pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan, dan berkewajiban :
 - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit;
 - b. menyusun Renstra Bisnis Rumah Sakit;
 - c. menyiapkan RBA;
 - d. mengusulkan calon Wakil Direktur Umum dan Keuangan dan Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang kepada Bupati sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
 - f. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional dan kinerja keuangan Rumah Sakit kepada Bupati.
- (2) Direktur RSUD Dr. Soegiri dalam menjalankan tugas dan kewajibannya mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan Rumah Sakit.

Pasal 27

- (1) Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas :
 - a. melaksanakan pengelolaan kegiatan pelayanan umum kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, akuntansi dan keuangan, perencanaan program, rekam medik dan pelaporan serta humas, hukum, keorganisasian dan pemasaran Rumah Sakit.
 - b. melaksanakan pengawasan, pengendalian dan pengkoordinasian kegiatan administrasi dan keuangan;
 - c. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan bidang tugasnya.
- (2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan adalah unsur pimpinan pelaksana yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas melaksanakan koordinasi, pembinaan, pengawasan dan pengendalian pengelolaan kegiatan pelayanan administrasi umum, keuangan dan program Rumah Sakit.

Pasal 28

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27, Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai fungsi :

- a. penyusunan rencana ketatalaksanaan kegiatan pelayanan administrasi umum dan perlengkapan, kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, akuntansi dan keuangan, perencanaan program, rekam medik dan pelaporan serta humas, hukum, keorganisasian dan pemasaran Rumah Sakit;
- b. pengkoordinasian pelaksanaan pelayanan administrasi umum dan perlengkapan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, akuntansi dan keuangan, perencanaan program, rekam medik dan pelaporan serta humas, hukum, keorganisasian dan pemasaran Rumah Sakit;
- c. pembinaan, pengawasan, pengendalian serta evaluasi pelaksanaan pelayanan administrasi umum dan keuangan;
- d. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 29

- (1) Wakil Direktur Umum dan Keuangan membawahi :
 - a. Bagian Umum dan Kepegawaian;
 - b. Bagian Keuangan; dan
 - c. Bagian Program.
- (2) Masing-masing bagian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Bagian yang berada dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan.

Pasal 30

- (1) Bagian Umum dan Kepegawaian, terdiri dari :
 - a. Sub Bagian Umum dan Perlengkapan;
 - b. Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM; dan
 - c. Sub Bagian Hukum, Organisasi dan Pemasaran.
- (2) Masing-masing Sub Bagian dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian.

Pasal 31

- (1) Sub Bagian Umum dan Perlengkapan mempunyai tugas :
 - a. melaksanakan pengelolaan urusan surat menyurat, pengetikan, penggandaan dan tata usaha kearsipan
 - b. mengurus arsip perjalanan dinas dan tugas-tugas keprotokolan;
 - c. melaksanakan urusan rumah tangga, keamanan kantor dan penyelenggaraan rapat dinas;
 - d. merencanakan kebutuhan sarana dan prasarana Rumah Sakit;
 - e. melaksanakan pengelolaan inventarisasi dan pemeliharaan barang-barang Rumah Sakit;
 - f. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian sesuai dengan tugas dan fungsinya
- (2) Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM mempunyai tugas :
 - a. menyiapkan bahan pembinaan dan pengurusan pengelolaan administrasi kepegawaian;
 - b. melaksanakan pendataan dan evaluasi terhadap kebutuhan pegawai;
 - c. melaksanakan pembinaan disiplin dan pengawasan kepegawaian ;
 - d. melaksanakan pengelolaan administrasi mutasi pegawai;
 - e. melaksanakan pengurusan dan upaya peningkatan kesejahteraan pegawai;
 - f. melaksanakan pengumpulan, pengolahan data dan informasi kepegawaian;
 - g. menyiapkan bahan dalam rangka memproses kedudukan hukum pegawai;
 - h. menyiapkan bahan dan penyusunan pola pengembangan karier pegawai;
 - i. melakukan evaluasi terhadap pengembangan karier pegawai dalam rangka pemberian penghargaan;
 - j. menyiapkan pelaksanaan penunjukan pegawai yang akan mengikuti pendidikan dan pelatihan;
 - k. melakukan pengelolaan dokumentasi, pengolahan data dan penyediaan informasi manajemen kepegawaian;
 - l. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (3) Sub Bagian Hukum, Organisasi dan Pemasaran mempunyai tugas :
 - a. menyiapkan bahan penyusunan produk hukum tentang Rumah Sakit;

- b. menyiapkan dan menyusun instrumen perjanjian kerjasama;
- c. menginventarisasi permasalahan dan membuat telaahan hukum sebagai bahan pertimbangan penentuan kebijakan;
- d. memberikan pertimbangan atas pengaduan masyarakat;
- e. menyiapkan dan melakukan pengkajian organisasi dalam rangka penataan dan pengembangan kelembagaan Rumah Sakit;
- f. melakukan analisis jabatan dan analisis beban kerja dalam rangka penataan kelembagaan tata laksana dan kepegawaian;
- g. mengolah data dan menyediakan bahan-bahan informasi untuk kegiatan promosi;
- h. melakukan tugas kehumasan dan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (PKMRS);
- i. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian sesuai tugas dan fungsinya.

Pasal 32

- (1) Bagian Keuangan adalah unsur staf yang dipimpin oleh seorang Kepala Bagian yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (2) Bagian Keuangan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan keuangan, meliputi penganggaran, perbendaharaan, mobilisasi dana dan remunerasi, akuntansi dan verifikasi.
- (3) Bagian Keuangan mempunyai fungsi :
 - a. penyusunan rencana anggaran keuangan;
 - b. pelaksanaan pengelolaan perbendaharaan, mobilisasi dana dan remunerasi;
 - c. pelaksanaan akuntansi dan verifikasi transaksi keuangan;
 - d. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Umum dan Keuangan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 33

- (1) Sub Bagian Anggaran mempunyai tugas :
 - a. menyusun rencana kerja anggaran tahun berjalan;
 - b. melakukan analisis menyusun perkiraan biaya satuan dan perkiraan harga;
 - c. menyusun anggaran dan biaya;
 - d. menyusun konsep prognosa laporan keuangan;
 - e. menyusun rencana pengeluaran investasi/ modal;
 - f. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Keuangan sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (2) Sub Bagian Perbendaharaan, Mobilisasi Dana dan Remunerasi mempunyai tugas :
 - a. menyiapkan anggaran kas dan penyediaan dana;
 - b. melakukan pelayanan perbendaharaan;
 - c. melakukan pengelolaan administrasi dan penerbitan Surat Perintah Pencairan Dana;

- d. melakukan transaksi penerimaan dan pengeluaran keuangan kas beserta bukti transaksi;
 - e. melakukan pengendalian pengelolaan kas dan bank;
 - f. menyiapkan bahan-bahan untuk pertanggungjawaban laporan keuangan;
 - g. menyusun laporan posisi kas secara periodik;
 - h. menyiapkan bahan koordinasi atau kerja sama dengan instansi/lembaga lain dalam penggalan dana untuk pembiayaan Rumah Sakit;
 - i. mengelola dan menggerakkan dana yang diperoleh dari pelayanan dan jasa Rumah Sakit;
 - j. melakukan penatausahaan administrasi keuangan Rumah Sakit;
 - k. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Keuangan sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (3) Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi mempunyai tugas :
- a. melakukan verifikasi dan konsolidasi keuangan;
 - b. melakukan pengolahan data akuntansi dalam rangka penyusunan laporan keuangan;
 - c. menerapkan dan mengembangkan sistem akuntansi keuangan;
 - d. menyusun laporan realisasi anggaran keuangan ;
 - e. menyusun daftar penyesuaian dan laporan keuangan Rumah Sakit;
 - f. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Keuangan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 34

- (1) Bagian Program adalah unsur staf yang dipimpin oleh seorang Kepala Bagian yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (2) Bagian Program mempunyai tugas menyiapkan bahan penyusunan program, rekam medik, evaluasi dan pelaporan.
- (3) Bagian Program mempunyai fungsi :
 - a. penyusunan rencana program dan kegiatan pengembangan Rumah Sakit;
 - b. pengumpulan dan pengolahan data sebagai dasar penyusunan rencana dan program serta pengendalian pengembangan Rumah Sakit;
 - c. penelitian dan pengembangan untuk mendukung keberhasilan pelayanan Rumah Sakit
 - d. pelaksanaan rekam medik;
 - e. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan program dan kegiatan;
 - f. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Umum dan Keuangan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 35

- (1) Sub Bagian Penyusunan Program mempunyai tugas :
 - a. melakukan pengumpulan data, mengolah dan menganalisis data pelayanan Rumah Sakit dalam rangka penyusunan program;
 - b. menyusun rencana strategis (Renstra) Rumah Sakit secara koordinatif berdasarkan data masukan di lingkup Rumah Sakit;
 - c. menjabarkan dan mensinkronisasikan Renstra dalam rencana kerja tahunan;
 - d. melakukan penelitian dan pengembangan dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit;
 - e. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Program sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- 2) Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan mempunyai tugas:
 - a. melakukan pengkajian untuk menentukan prioritas penanganan permasalahan pelayanan Rumah Sakit;
 - b. melakukan identifikasi data pelayanan Rumah Sakit sebagai bahan pertimbangan lebih lanjut;
 - c. menyusun instrumen monitoring, evaluasi dan pengendalian program pelayanan Rumah Sakit;
 - d. melakukan monitoring, evaluasi dan pelaporan;
 - e. menyusun LAKIP Rumah Sakit;
 - f. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh kepala Bagian Program sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 36

- (1) Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang adalah unsur pimpinan pelaksana yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang mempunyai tugas melaksanakan koordinasi, pembinaan, pengawasan dan pengendalian pelayanan dan penunjang pada Rumah Sakit;
- (3) Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang mempunyai fungsi :
 - a. penyusunan rencana ketatalaksanaan pelayanan dan penunjang;
 - b. pelaksanaan pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik dan penunjang non medik;
 - c. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan kegiatan;
 - d. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 37

- (1) Bidang Pelayanan adalah unsur pelaksana yang dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang.
- (2) Bidang Pelayanan mempunyai tugas melaksanakan koordinasi, pembinaan, pengawasan dan pengendalian pelayanan medik dan pelayanan keperawatan.

- (3) Bidang Pelayanan mempunyai fungsi :
- a. perencanaan kegiatan pelayanan medik dan keperawatan;
 - b. pengkoordinasian kegiatan pelayanan medik dan keperawatan;
 - c. penggerakkan kegiatan pelayanan medik dan keperawatan;
 - d. pengawasan dan pengendalian kegiatan pelayanan medik dan keperawatan;
 - e. pelaksanaan tugas tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 38

- (1) Sub Bidang Pelayanan Medik mempunyai tugas :
- a. merencanakan kegiatan dan kebutuhan pelayanan medik;
 - b. mengkoordinasikan kegiatan dan kebutuhan pelayanan medik;
 - c. menggerakkan kegiatan dan kebutuhan pelayanan medik;
 - d. melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan dan kebutuhan pelayanan medik;
 - e. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (2) Sub Bidang Pelayanan Keperawatan mempunyai tugas :
- a. perencanaan kegiatan pelayanan penunjang;
 - b. pengkoordinasian kegiatan pelayanan penunjang;
 - c. penggerakan kegiatan pelayanan penunjang;
 - d. pengawasan dan pengendalian kegiatan dan kebutuhan pelayanan keperawatan;
 - e. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 39

- (1) Bidang Penunjang adalah unsur pelaksana yang dipimpin oleh seorang kepala Bidang yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang.
- (2) Bidang Penunjang mempunyai tugas melaksanakan perencanaan kegiatan, mengkoordinasikan pengendalian pelayanan penunjang.
- (3) Bidang Penunjang mempunyai fungsi :
- a. perencanaan kegiatan pelayanan penunjang;
 - b. pengkoordinasian kegiatan pelayanan penunjang;
 - c. penggerakan kegiatan pelayanan penunjang;
 - d. pelaksanaan pengawasan dan pengendalian kegiatan pelayanan penunjang;
 - e. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 40

- (1) Bidang Penunjang terdiri dari :
 - a. Sub Bidang Penunjang Medik; dan
 - b. Sub Bidang Penunjang Non Medik.
- (2) Masing-masing Sub Bidang dipimpin oleh Kepala Sub Bidang yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Penunjang.

Pasal 41

- (1) Sub Bidang Penunjang Medik mempunyai tugas:
 - a. merencanakan kegiatan dan kebutuhan pelayanan penunjang medik;
 - b. mengkoordinasikan kegiatan dan kebutuhan pelayanan penunjang medik;
 - c. menggerakkan kegiatan dan kebutuhan pelayanan penunjang medik;
 - d. melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan dan kebutuhan pelayanan penunjang medik;
 - e. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Penunjang sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (2) Sub Bidang Penunjang Non Medik mempunyai tugas:
 - a. merencanakan kegiatan dan kebutuhan pelayanan penunjang non medik;
 - b. mengkoordinasikan kegiatan dan kebutuhan pelayanan penunjang non medik;
 - c. menggerakkan kegiatan dan kebutuhan pelayanan penunjang non medik;
 - d. melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan dan kebutuhan pelayanan penunjang non medik;
 - e. melakukan fasilitasi pelaksanaan kegiatan pengembangan pendidikan dan pelatihan di Rumah Sakit;
 - f. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Penunjang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 42

Kelompok jabatan fungsional mempunyai tugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 43

- (1) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai dengan bidang keahliannya.
- (2) Masing-masing tenaga fungsional berada di lingkungan unit kerja Rumah Sakit sesuai dengan kompetensinya.

- (3) Jumlah tenaga fungsional ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 44

Kelompok jabatan fungsional terdiri dari :

- a. Kelompok Staf Medik;
- b. Kelompok Staf Keperawatan;
- c. Instalasi.

Pasal 45

- (1) Kelompok Staf Medik adalah kelompok dokter yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Kelompok Staf Medik mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Kelompok Staf Medik menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi lain yang terkait.
- (4) Pembentukan Kelompok Staf Medik ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
- (5) Kelompok Staf Medik dipimpin oleh seorang Ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (6) Ketua Kelompok Staf Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional medik terkait.
- (7) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis Kelompok Staf Medik dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.

Pasal 46

- (1) Kelompok Staf Keperawatan adalah kelompok perawat dan bidan yang bekerja dibidang keperawatan dan/atau kebidanan dalam jabatan fungsional.
- (2) Kelompok Staf Keperawatan mempunyai tugas mendukung proses pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Kelompok Staf Keperawatan menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi lain yang terkait.
- (4) Pembentukan Kelompok Staf Keperawatan ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
- (5) Kelompok Staf Keperawatan dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.

- (6) Ketua Kelompok Staf Keperawatan dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional keperawatan dan/atau kebidanan terkait.
- (7) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis Kelompok Staf Keperawatan dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.

Pasal 47

- (1) Instalasi adalah unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan medis, keperawatan dan/atau kebidanan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan Rumah Sakit serta pemeliharaan sarana prasarana Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
- (3) Instalasi dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Kepala instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional medis dan/atau non medis dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur.
- (5) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.

Pasal 48

Tugas pokok dan fungsi masing-masing instalasi sebagai berikut :

- a. Instalasi Rawat Inap, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, pengawasan dan penggunaan fasilitas sumber daya di Instalasi Rawat Inap.
- b. Instalasi Rawat Jalan mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, pengawasan dan penggunaan fasilitas sumber daya di Instalasi Rawat Jalan.
- c. Instalasi Gawat Darurat, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, pengawasan dan penggunaan fasilitas sumber daya di Instalasi Gawat Darurat.
- d. Instalasi Perawatan Intensif, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, pengawasan dan penggunaan fasilitas sumber daya di unit ICU, ICCU dan NICU;
- e. Instalasi Bedah Sentral, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, pengawasan dan penggunaan fasilitas sumber daya di Instalasi Bedah Sentral;
- f. Instalasi Radiologi, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, pengawasan dan penggunaan fasilitas sumber daya di Instalasi Radiologi;
- g. Instalasi Farmasi, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, pengawasan dan penggunaan fasilitas sumber daya di Instalasi Farmasi;

- h. Instalasi Gizi, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, pengawasan dan penggunaan fasilitas sumber daya di Instalasi Gizi;
- i. Instalasi Laboratorium, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, pengawasan dan penggunaan fasilitas sumber daya di Unit Pathologi Klinik, Unit Pathologi Anatomi dan Bank Darah;
- j. Instalasi Rehabilitasi Medik, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, pengawasan dan penggunaan fasilitas sumber daya di Instalasi Rehabilitasi Medik;
- k. Instalasi Pemulasaran Jenazah, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, pengawasan dan penggunaan fasilitas sumber daya di Instalasi Pemulasaran Jenazah;
- l. Instalasi Penyehatan Lingkungan, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, kebersihan dan penyehatan lingkungan Rumah Sakit untuk menunjang pelayanan Rumah Sakit;
- m. Instalasi Pemeliharaan Sarana, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, perbaikan dan pemeliharaan sarana prasarana medis dan non medis Rumah Sakit, menjaga kelancaran operasional peralatan pelayanan medis dan penunjang medis serta mengevaluasi dan melaporkan kegiatan pemeliharaan dan perbaikan Rumah Sakit;
- n. Instalasi CSSD, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan sarana dan prasarana medis dan non medis yang steril Rumah Sakit guna menjaga kelancaran operasional pelayanan medis dan penunjang medis serta mengevaluasi dan melaporkan kegiatan pelayanan sterilisasi Rumah Sakit;
- o. Instalasi Rekam Medis, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, pengawasan dan penggunaan fasilitas sumber daya di Instalasi Rekam Medis dan melakukan rekam medik secara tertib dalam rangka peningkatan pelayanan Rumah Sakit;
- p. Instalasi Hemodialisa, mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyediakan semua kebutuhan, pemantauan, pengawasan dan penggunaan fasilitas sumber daya di Instalasi Hemodialisa.

BAB VI KOMITE

Bagian Kesatu Umum

Pasal 49

- (1) Komite adalah merupakan wadah non struktural yang terdiri dari kelompok tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan Rumah Sakit.

- (2) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Komite RSUD Dr. Soegiri terdiri dari :
 - a. Komite Medik ;
 - b. Komite Keperawatan ;
 - c. Komite Etik dan Hukum ;
 - d. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ;
 - e. Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja ;
 - f. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
- (5) Pembentukan dan perubahan jumlah serta jenis komite ditetapkan oleh Direktur setelah mendapat persetujuan dari Bupati.
- (6) Dalam melaksanakan tugasnya, Komite dapat dibantu oleh Sub Komite yang anggotanya terdiri dari Kelompok Staf Medik dan tenaga profesi lainnya secara *ex officio*.
- (7) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (6) adalah kelompok kerja khusus di dalam Komite Medik yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus, sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
- (8) Pembentukan Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (6) ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kedua
Komite Medik

Paragraf 1
Tujuan Pembentukan Komite Medik

Pasal 50

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

Pasal 51

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit oleh Direktur.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.
- (3) Pelaksanaan kegiatan Komite Medik didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Penyelenggaraan Komite Medik diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 2
Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik

Pasal 52

Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari :

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

Pasal 53

- (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 medik di Rumah Sakit.

Paragraf 3
Tugas dan Fungsi Komite Medik

Pasal 54

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medik yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medik; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut :
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medik berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian :
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medik, Komite Medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut :
 - a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik Rumah Sakit; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medik yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik, Komite Medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut :
 - a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medik 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.
- (5) Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, Komite Medik senantiasa melibatkan mitra bestari untuk mengambil keputusan profesional.

Paragraf 4

Kewenangan Komite Medik

Pasal 55

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang :

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
- 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.

Paragraf 5

Pola Hubungan Komite Medik dengan Direktur

Pasal 56

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik.

- (2) Ketua Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- (3) Komite Medik wajib memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukan kepada Direktur.
- (4) Direktur bersama Komite Medik menyusun pengaturan layanan medis (*medical staff rules and regulations*) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk hingga keluar dari Rumah Sakit.

Paragraf 6
Panitia *Ad-hoc*

Pasal 57

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *Ad-hoc*.
- (2) Panitia *Ad-hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *Ad-hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medik yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medik yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah Sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Paragraf 7
Rapat Komite Medik

Pasal 58

- (1) Rapat Komite Medik terdiri atas rapat rutin, rapat khusus, dan rapat pleno.
- (2) Setiap rapat Komite Medik dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan secara pantas, kecuali seluruh anggota Komite Medik yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 59

- (1) Komite Medik menyelenggarakan rapat rutin 1 (satu) bulan sekali pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Medik.
- (2) Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat 5 (lima) hari kerja sebelum rapat dilaksanakan.
- (3) Rapat rutin dihadiri oleh pengurus Komite Medik.
- (4) Ketua dapat mengundang pihak lain bila dianggap perlu.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh sekretaris Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2), harus melampirkan:
 - a. satu salinan agenda rapat;
 - b. satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. satu salinan risalah rapat khusus yang lalu.

Pasal 60

- (1) Rapat khusus Komite Medik diselenggarakan dalam hal :
 - a. diperintahkan oleh ketua atau;
 - b. permintaan yang diajukan secara tertulis oleh paling sedikit tiga pengurus Komite Medik dalam waktu empat puluh delapan jam sebelumnya atau;
 - c. permintaan ketua Komite Medik untuk hal-hal yang memerlukan penetapan kebijakan Komite Medik dengan segera.
- (2) Sekretaris Komite Medik menyelenggarakan rapat khusus dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam setelah diterimanya permintaan tertulis rapat yang ditandatangani oleh seperempat dari jumlah anggota Komite Medik yang berhak untuk hadir dan memberikan suara dalam rapat.
- (3) Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat khusus beserta agenda rapat kepada para pengurus yang berhak hadir paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan.
- (4) Pemberitahuan rapat khusus akan menyebutkan secara spesifik hal-hal yang akan dibicarakan dalam rapat, dan rapat hanya akan membicarakan hal-hal yang tercantum dalam pemberitahuan.

Pasal 61

- (1) Rapat pleno Komite Medik diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Rapat pleno dihadiri oleh seluruh staf medik RSUD Dr. Soegiri.
- (3) Agenda rapat pleno paling tidak memuat laporan kegiatan yang telah dilaksanakan Komite Medik, rencana kegiatan yang akan dilaksanakan Komite Medik, dan agenda lainnya yang ditetapkan oleh Komite Medik.
- (4) Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat tahunan secara tertulis beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat dilaksanakan.

Paragraf 8
Kuorum

Pasal 62

- (1) Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat tahunan kepada seluruh anggota Komite Medik.
- (2) Kuorum rapat tercapai apabila rapat dihadiri oleh paling sedikit setengah dari jumlah pengurus Komite Medik ditambah satu yang berhak untuk hadir dan memberikan suara.
- (3) Keputusan hanya dapat ditetapkan bila kuorum telah tercapai.

Paragraf 9
Pengambilan Putusan Rapat

Pasal 63

Kecuali telah diatur dalam Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff By Laws*) ini, maka:

- a. pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat;
- b. dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak dari anggota yang hadir; dan
- c. dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka ketua berwenang membuat keputusan hasil rapat.

Paragraf 10
Tata Tertib Rapat

Pasal 64

- (1) Setiap rapat Komite Medik berhak dihadiri oleh seluruh pengurus Komite Medik.
- (2) Rapat dipimpin oleh ketua Komite Medik atau yang ditunjuk oleh ketua Komite Medik.
- (3) Sebelum rapat dimulai agenda rapat dan notulen dibacakan atas perintah ketua.
- (4) Setiap peserta rapat wajib mengikuti rapat sampai selesai.
- (5) Setiap peserta rapat hanya dapat meninggalkan rapat dengan seizin pimpinan rapat.
- (6) Setiap peserta wajib menjaga ketertiban selama rapat berlangsung.
- (7) Hal-hal lain yang menyangkut teknis tata tertib rapat akan ditetapkan oleh ketua sebelum rapat dimulai.

Paragraf 11
Notulen Rapat

Pasal 65

- (1) Setiap rapat harus dibuat notulen.
- (2) Semua notulen rapat Komite Medik dicatat oleh sekretaris Komite Medik atau penggantinya yang ditunjuk.
- (3) Notulen akan diedarkan kepada semua peserta rapat yang berhak hadir sebelum rapat berikutnya.
- (4) Notulen rapat tidak boleh dirubah kecuali untuk hal-hal yang berkaitan dengan keakuratan notulen tersebut.

- (5) Notulen rapat ditandatangani oleh ketua Komite Medik dan sekretaris Komite Medik pada rapat berikutnya, dan notulen tersebut diberlakukan sebagai dokumen yang sah.
- (6) Sekretaris memberikan salinan notulen Direktur paling lambat 1 (satu) minggu setelah ditandatangani oleh ketua dan sekretaris Komite Medik.

Paragraf 12
Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)

Pasal 66

- (1) Pelayanan medis di RSUD Dr. Soegiri hanya dilaksanakan oleh staf medik yang telah diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) yaitu izin dan hak khusus untuk melakukan pelayanan medis tertentu atas rekomendasi dari Komite Medik setelah dikredensial.
- (2) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) kepada setiap staf medik sesuai dengan kompetensinya yang nyata.
- (3) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) harus melibatkan Komite Medik yang dibantu oleh mitra bestarinya (*peer group*) sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.
- (4) Pelaksanaan *review* kewenangan klinis dilakukan minimal 3 (tiga) tahun sekali oleh Subkomite Kredensial.
- (5) Kewenangan klinis (*clinical privilege*) setiap staf medik dapat saling berbeda walaupun mereka memiliki spesialisasi yang sama dan harus dirinci lebih lanjut (*delineation of clinical privilege*).
- (6) Rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) setiap spesialisasi di Rumah Sakit ditetapkan oleh Komite Medik dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (7) Komite Medik wajib menetapkan dan mendokumentasi syarat-syarat yang terkait kompetensi yang dibutuhkan, melakukan setiap jenis pelayanan medis sesuai dengan ketetapan kolegium setiap spesialisasi ilmu kedokteran.
- (8) Dalam keadaan tertentu, suatu pelayanan medis tertentu ternyata dilakukan oleh para staf medik dari jenis spesialisasi yang berbeda, maka Komite Medik wajib menyusun “Buku Putih” (*white paper*) untuk pelayanan medis tertentu dengan melibatkan mitra bestari (*peer group*) dari beberapa spesialisasi terkait.
- (9) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis seorang staf medik tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilannya, namun didasarkan juga pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (*behavior*) staf medik.

Paragraf 13
Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)

Pasal 67

- (1) Direktur menerbitkan penugasan IKlinis (*clinical appointment*) dengan keputusan untuk menugaskan staf medik yang bersangkutan untuk melakukan pelayanan medis tertentu di Rumah Sakit setelah mendapat rekomendasi rincian kewenangan klinis dari Komite Medik.
- (2) Dalam keadaan tertentu, Direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*temporary clinical appointment*), antara lain untuk konsultan tamu yang diperlukan sementara oleh Rumah Sakit.
- (3) Direktur Rumah Sakit dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*clinical appointment*) seorang staf medik berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.

Pasal 68

- (1) Komite Medik dalam melaksanakan kegiatannya dibantu oleh Subkomite yang terdiri dari :
 - a. Sub komite Kredensial Medik;
 - b. Sub komite Mutu Profesi Medik;
 - c. Sub komite Etika dan Disiplin Profesi Medik.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas sebagai berikut :
 - a. Subkomite Kredensial Medik
 1. menyusun dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medik berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 2. menyelenggarakan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi;
 3. membuat evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
 4. melakukan wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 5. melakukan penilaian dan pmutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 6. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
 7. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik;
 8. memberikan rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis;
 9. membuat pencatatan dan laporan secara berkala.
 - b. Subkomite Mutu Profesi Medik
 1. melaksanakan audit medis;
 2. memberikan rekomendasi pertemuan internal dalam pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;

3. memberikan rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik Rumah Sakit;
 4. memberikan rekomendasi proses pendampingan (*Proctoring*) bagi staf medik yang membutuhkan;
 5. membuat pencatatan dan pelaporan secara berkala;
- c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi Medik
1. membuat rencana kerja;
 2. melaksanakan kerja;
 3. menyusun tatalaksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
 4. melakukan monitoring terhadap kepatuhan SPO dan *Clinical Pathway*;
 5. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika dan disiplin profesi;
 6. mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika;
 7. melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit;
 8. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Paragraf 14
Sub Komite Kredensial Medik

Pasal 69

- (1) Tujuan umum penetapan Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam 68 ayat (1) huruf a, adalah untuk melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medik yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit kredibel.
- (2) Tujuan khusus penetapan Subkomite Kredensial adalah :
 - a. mendapatkan dan memastikan staf medik yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di Rumah Sakit;
 - b. tersusunnya jenis-jenis kewenangan klinis (*clinical privilege*) bagi setiap staf medik yang melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi yang ditetapkan oleh kolegium kedokteran/kedokteran gigi Indonesia;
 - c. sebagai dasar bagi kepala/Direktur Rumah Sakit untuk menerbitkan penugasan klinis (*clinical appointment*) bagi setiap staf medik untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
 - d. terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medik dan institusi Rumah Sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) Rumah Sakit lainnya.

Pasal 70

- (1) Setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medik yang benar-benar kompeten.

- (2) Komite Medik wajib melakukan verifikasi kembali keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi tersebut (*credentialing*).
- (3) Setelah dilakukan kredensial medis dinyatakan kompeten maka Komite Medik akan menerbitkan rekomendasi kewenangan klinis.
- (4) Dalam hal pelayanan medis seorang staf medik membahayakan pasien maka kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf medik dapat dicabut dan tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis tertentu di lingkungan Rumah Sakit.
- (5) Pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) dilakukan melalui prosedur tertentu yang melibatkan Komite Medik.

Pasal 71

- (1) Subkomite kredensial di Rumah Sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medik, yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

Pasal 72

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan berbagai kebijakan dan prosedur bagi staf medik untuk memperoleh kewenangan klinis.
- (2) Tahapan pemberian kewenangan klinis meliputi:
 - a. staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada Direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan Rumah Sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung;
 - b. berkas permohonan staf medik yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Komite Medik;
 - c. kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon;
 - d. dalam melakukan kajian Subkomite Kredensial dapat membentuk panel atau panitia *Ad-hoc* dengan melibatkan mitra bestari dari disiplin yang sesuai dengan kewenangan klinis yang diminta berdasarkan buku putih (*white paper*);
 - e. Subkomite kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panel atau panitia *Ad-hoc* dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan.
 - f. pengkajian oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:
 1. kompetensi:
 - a) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga Pemerintah yang berwenang untuk itu;

- b) kognitif;
 - c) afektif;
 - d) psikomotor.
- 2. kompetensi fisik;
- 3. kompetensi mental/perilaku;
- 4. perilaku etis (*ethical standing*).
- g. kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- h. daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) diperoleh dengan cara:
 - 1. menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap kelompok staf medik;
 - 2. mengkaji kewenangan klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - 3. mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medik; dan
 - 4. dilakukan secara periodik.
- i. rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- j. Subkomite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medik yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*), dengan rekomendasi berupa:
 - 1. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - 2. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - 3. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - 4. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - 5. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
 - 6. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- k. bagi staf medik yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui kepala/Direktur Rumah Sakit, selanjutnya Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).
- l. kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:
 - 1. pendidikan:
 - a) lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi, atau dari sekolah kedokteran luar negeri dan sudah diregistrasi;
 - b) menyelesaikan program pendidikan konsultan.
 - 2. perizinan (lisensi):
 - a) memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
 - b) memiliki izin praktek dari dinas kesehatan setempat yang masih berlaku.

3. kegiatan penjagaan mutu profesi:
 - a) menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
 - b) berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
4. kualifikasi personal :
 - a) riwayat disiplin dan etik profesi;
 - b) keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
 - c) leadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol, yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
 - d) riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;
 - e) memiliki asuransi proteksi profesi (*professional indemnity Insurance*).
5. pengalaman dibidang keprofesian :
 - a) riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
 - b) riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.
- m. berakhirnya kewenangan klinis
 1. kewenangan klinis akan berakhir apabila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur Rumah Sakit;
 2. surat penugasan klinis untuk setiap staf medik memiliki masa berlaku untuk periode tertentu;
 3. pada akhir masa berlakunya surat penugasan tersebut Rumah Sakit harus melakukan rekredensial terhadap staf medik yang bersangkutan;
 4. proses rekredensial ini lebih sederhana dibandingkan dengan proses kredensial awal sebagaimana diuraikan di atas karena sudah memiliki informasi setiap staf medik yang melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.
- n. pencabutan, perubahan/modifikasi, dan pemberian kembali kewenangan klinis.
 1. pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh Direktur Rumah Sakit didasarkan pada kinerja profesi di lapangan, antara lain staf medik yang bersangkutan terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
 2. pencabutan kewenangan klinis juga dapat dilakukan apabila terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi atau karena tindakan disiplin dari Komite Medik;
 3. kewenangan klinis yang dicabut sebagaimana dimaksud dalam angka 1 dan angka 2 dapat diberikan kembali bila staf medik dianggap telah pulih kompetensinya.
 4. dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medik diakhiri, Komite Medik akan meminta Subkomite Mutu Profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
 5. Komite Medik dapat merekomendasikan kepada kepala/ Direktur Rumah Sakit terkait pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

Paragraf 15
Subkomite Mutu Profesi Medik

Pasal 73

Subkomite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (1) huruf b, berperan dalam menjaga mutu profesi medis dengan tujuan :

- a. memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh staf medik yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
- b. memberikan asas keadilan bagi staf medik untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi (*maintaining competence*) dan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
- c. mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan (*medical mishaps*);
- d. memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medik melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*) dilakukan minimal setiap tahun, maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*).

Pasal 74

- (1) Kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medik sangat ditentukan oleh semua aspek kompetensi staf medik dalam melakukan penatalaksanaan asuhan medis (*medical care management*).
- (2) Untuk mempertahankan mutu dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui :
 - a. memantau kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading*;
 - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, antara lain pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Pasal 75

- (1) Subkomite Mutu Profesi di Rumah Sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medik yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Subkomite Mutu Profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

Pasal 76

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja subkomite mutu profesi berdasarkan masukan Komite Medik.
- (2) Direktur Rumah Sakit wajib memfasilitasi agar seluruh kegiatan dalam mekanisme menjaga mutu profesi medis yang meliputi:
 - a. Audit Medis
 1. dilaksanakan sebagai implementasi fungsi manajemen klinis dalam rangka penerapan tata kelola klinis yang baik di Rumah Sakit dan tidak digunakan untuk mencari ada atau tidaknya kesalahan seorang staf medik dalam satu kasus.
 2. audit medis dilakukan dengan mengedepankan respek terhadap semua staf medik (*no blaming culture*) dengan cara tidak menyebutkan nama (*no naming*), tidak mempersalahkan (*no blaming*), dan tidak mempermalukan (*no shaming*).
 3. audit medis yang dilakukan dengan melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di Rumah Sakit.
 4. evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*) dapat dilaksanakan di tingkat Rumah Sakit, Komite Medik, atau masing-masing kelompok staf medik.
 5. pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu :
 - a) sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medik pemberi pelayanan di Rumah Sakit;
 - b) sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c) sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
 - d) sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medik.
 6. Langkah-langkah pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai berikut :
 - a) pemilihan topik yang akan dilakukan audit memperhatikan jumlah kasus atau epidemiologi penyakit yang ada di Rumah Sakit dan adanya keinginan untuk melakukan perbaikan;
 - b) pemilihan dan penetapan topik atau masalah yang ingin dilakukan audit dipilih berdasarkan kesepakatan Komite Medik dan kelompok staf medik;
 - c) penetapan kriteria dan standar profesi yang jelas, obyektif dan rinci terkait dengan topik;
 - d) penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 - e) membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;

- f) melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 - g) kasus-kasus di analisis dan didiskusikan apa kemungkinan penyebabnya dan mengapa terjadi ketidaksesuaian dengan standar;
 - h) tim pelaksana audit dan mitra bestari (*peer group*) melakukan tindakan korektif terhadap ketidak sesuaian secara kolegal, dan menghindari "*blaming culture*". Hal tersebut dilakukan dengan membuat rekomendasi upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pendidikan dan latihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya;
 - i) rencana reaudit untuk topik yang sama guna mengetahui apakah sudah ada upaya perbaikan.
 - j) memilih topik yang lainnya.
- b. merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medik dengan dengan rincian sebagai berikut :
1. Subkomite Mutu Profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medik dengan pengaturan-pengaturan waktu yang disesuaikan;
 2. pertemuan dapat berupa pembahasan kasus tersebut antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka;
 3. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
 4. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip dari subkomite mutu profesi;
 5. Subkomite Mutu Profesi bersama-sama dengan kelompok staf medik menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Subkomite Mutu Profesi yang melibatkan staf medik Rumah Sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
 6. setiap kelompok staf medik wajib menentukan minimal 1 (satu) kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Subkomite Mutu Profesi per tahun;
 7. Subkomite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan & penelitian Rumah Sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
 8. subkomite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medik setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
 9. Subkomite Mutu Profesi memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medik sebagai asupan kepada direksi;
- c. memfasilitasi Proses Pendampingan (*Proctoring*) bagi staf medik yang membutuhkan dengan dengan rincian sebagai berikut :
1. Subkomite Mutu Profesi menentukan nama staf medik yang akan mendampingi staf medik yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.

2. Komite Medik berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

Paragraf 16

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medik

Pasal 77

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (1) huruf c, dibentuk dengan tujuan:

- a. melindungi pasien dari pelayanan staf medik yang tidak memenuhi syarat (*unqualified*) dan tidak layak (*unfit/unproper*) untuk melakukan asuhan klinis (*clinical care*); dan
- b. memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medik di Rumah Sakit.

Pasal 78

- (1) Setiap staf medik dalam melaksanakan asuhan medis di Rumah Sakit harus menerapkan prinsip-prinsip profesionalisme kedokteran sehingga dapat memperlihatkan kinerja profesi yang baik sehingga pasien akan memperoleh asuhan medis yang aman dan efektif.
- (2) Upaya peningkatan profesionalisme staf medik dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisiplinan berperilaku profesional staf medik di lingkungan Rumah Sakit.
- (3) Dalam penanganan asuhan medis tidak jarang dijumpai kesulitan dalam pengambilan keputusan etis sehingga diperlukan adanya suatu unit kerja yang dapat membantu memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis.
- (4) Pelaksanaan keputusan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi di Rumah Sakit merupakan upaya pendisiplinan oleh Komite Medik terhadap staf medik di Rumah Sakit yang bersangkutan.
- (5) Landasan kerja Subkomite ini antara lain:
 - a. peraturan internal Rumah Sakit;
 - b. peraturan internal staf medik;
 - c. etika Rumah Sakit; norma etika medis dan norma-norma bioetika.
- (6) Tolak ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medik, antara lain adanya:
 - a. pedoman pelayanan kedokteran di Rumah Sakit;
 - b. prosedur kerja pelayanan di Rumah Sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di Rumah Sakit;
 - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di Rumah Sakit;
 - e. kode etik kedokteran Indonesia;
 - f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
 - g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran;

- h. pedoman pelayanan medik/klinik;
- i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Pasal 79

- (1) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medik di Rumah Sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medik yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi medik sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

Pasal 80

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja Subkomite Disiplin dan Etika Profesi Medik berdasarkan masukan Komite Medik.
- (2) Direktur Rumah Sakit menyediakan berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan ini dapat terselenggara.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medik.
- (4) Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medik atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :
 - a. 1 (satu) orang dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medik yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medik dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam Rumah Sakit atau luar Rumah Sakit, baik atas permintaan Komite Medik maupun persetujuan Direktur Rumah Sakit.
 - c. Panel dapat melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi Komite Medik.
- (5) Program atau kegiatan yang harus dilakukan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medik meliputi:
 - a. upaya pendisiplinan perilaku profesional, dengan mekanisme pemeriksaan sebagai berikut:
 1. sumber laporan
 - a) notifikasi (laporan) yang berasal dari perorangan, antara lain:
 - 1) manajemen Rumah Sakit;
 - 2) staf medis lain;
 - 3) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
 - 4) pasien atau keluarga pasien.
 - b) notifikasi (laporan) yang berasal dari non perorangan berasal dari:
 - 1) hasil konferensi kematian;
 - 2) hasil konferensi klinis.

2. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi, dengan Keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi oleh seorang staf medik adalah hal-hal yang menyangkut, antara lain:
 - a) kompetensi klinis;
 - b) penatalaksanaan kasus medis;
 - c) pelanggaran disiplin profesi;
 - d) penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di Rumah Sakit;
 - e) ketidakmampuan bekerja sama dengan staf Rumah Sakit yang dapat membahayakan pasien.
3. pemeriksaan
 - a) dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
 - b) melalui proses pembuktian;
 - c) dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik;
 - d) dilaporkan dapat didampingi oleh personil dari Rumah Sakit;
 - e) panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
 - f) seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.
4. keputusan
 - a) keputusan panel yang dibentuk oleh Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medik diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di Rumah Sakit;
 - b) bilamana dilaporkan merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medik yang kemudian akan membentuk panel baru;
 - c) keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada direksi Rumah Sakit melalui Komite Medik.
5. Tindakan pendisiplinan perilaku profesional, pemberian Rekomendasi tindakan pendisiplinan profesi pada staf medik oleh Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medik di Rumah Sakit berupa:
 - a) peringatan tertulis;
 - b) limitasi (reduksi) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - c) bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis;
 - d) pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
6. pelaksanaan keputusan, ketua Komite Medik memberikan rekomendasi hasil keputusan subkomite etika dan disiplin profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur Rumah Sakit untuk ditindaklanjuti.

- b. Pembinaan Profesionalisme Kedokteran
 - 1. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medik menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran;
 - 2. pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja Rumah Sakit terkait, seperti unit pendidikan dan latihan, Komite Medik dan sebagainya.
- c. pertimbangan keputusan etis
 - 1. staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di Rumah Sakit melalui kelompok profesinya kepada Komite Medik;
 - 2. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medik mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Bagian Ketiga
Mutu Asuhan Profesional Kepada Pasien

Paragraf 1
Pemeliharaan Rekam Medis

Pasal 81

- (1) Staf medis harus mengambil tindakan yang diperlukan untuk menjamin kelengkapan rekam medis setiap pasien yang ditanganinya di RSUD Dr. Soegiri Lamongan terpelihara dengan baik, adekuat dan dalam waktu yang secukupnya.
- (2) Pelanggaran atas ketentuan ini, staf medik dapat dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2
Pengiriman Jaringan Untuk Pemeriksaan Patologi

Pasal 82

- (1) Staf medis wajib mengirimkan jaringan yang dikeluarkan pada waktu operasi untuk pemeriksaan patologi.
- (2) Staf medis wajib melakukan pemeriksaan secara cermat dan teliti pada waktu masuk rawat dan mencatat diagnosa pra-bedah.

Paragraf 3
Kesempatan Konsultasi

Pasal 83

Staf medis wajib memberikan kesempatan yang cukup bagi pasien yang hendak melakukan konsultasi mengenai penyakit dan/atau keluhan yang dideritanya sebelum dilakukan upaya medis.

Paragraf 4
Persetujuan Tindakan Medis

Pasal 84

- (1) Semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien, harus mendapat persetujuan.
- (2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan secara tertulis maupun lisan.
- (3) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang diperlukan tentang perlunya tindakan kedokteran dilakukan.
- (4) Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang dibuat dalam bentuk pernyataan yang tertuang dalam formulir khusus yang dibuat untuk itu dan ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.
- (5) Tindakan kedokteran yang tidak termasuk dalam ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat diberikan dengan persetujuan lisan dan diberikan dalam bentuk ucapan setuju atau bentuk gerakan menganggukkan kepala yang dapat diartikan sebagai ucapan setuju.
- (6) Dalam hal persetujuan lisan yang diberikan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dianggap meragukan, maka dapat dimintakan persetujuan tertulis.
- (7) Dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien dan/atau mencegah kecacatan tidak diperlukan persetujuan tindakan kedokteran, tindakan yang dilakukan dicatat di dalam rekam medik, dan dokter atau dokter gigi wajib memberikan penjelasan sesegera mungkin kepada pasien setelah pasien sadar atau kepada keluarga terdekat.
- (8) Dokter dan/atau staf medik yang akan melakukan tindakan medik mempunyai tanggung jawab utama memberikan informasi dan penjelasan yang diperlukan kepada pasien dan/atau keluarga pasien.
- (9) Informasi dan penjelasan atas persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran;
 - b. tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan;
 - c. alternatif tindakan lain, dan risikonya;

- d. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
- e. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
- f. perkiraan pembiayaan.

Paragraf 5
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 85

- (1) Pasien yang menerima pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, baik rawat jalan, rawat inap maupun pelayanan penunjang medis, harus didaftar di Tempat Pendaftaran Pasien (TPP) dan diberi nomor rekam medis khusus menurut ketentuan rekam medis Rumah Sakit.
- (2) Pasien boleh dikirim ke ruang rawat inap apabila sudah ada dokter yang ditetapkan untuk memberikan pelayanan (dokter penanggung jawab pelayanan).
- (3) Prosedur pelayanan di unit rawat jalan, unit rawat inap dan unit penunjang medis, ada di Standar Prosedur Operasional (SPO) masing-masing unit.
- (4) Dokter yang akan memberikan pelayanan khususnya di ruang rawat inap, harus dikenal oleh atau memperkenalkan diri kepada perawat jaga di ruang perawatan.
- (5) Dokter yang akan memberikan pelayanan khususnya di ruang rawat inap, harus dikenal oleh atau memperkenalkan diri kepada pasien yang akan diberi pelayanan.
- (6) Tugas DPJP adalah :
 - a. mengelola rangkaian asuhan medis ("paket") seseorang pasien sesuai standar pelayanan medis/profesi antara lain anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang medis/pemeriksaan lain, untuk penegakan diagnosis, selanjutnya perencanaan dan pemberian terapi, pelaksanaan tindak lanjut/*follow up*/evaluasi asuhan medis sampai dengan rehabilitasi medik;
 - b. melakukan konsultasi dengan disiplin terkait lain untuk meminta pendapat atau perawatan bersama;
 - c. membuat rencana pelayanan, dimuat dalam berkas rekam medis. Rencana pelayanan lengkap adalah memuat segala aspek asuhan medis yang akan diberikan, termasuk pemeriksaan, konsultasi, rehabilitasi pasien, dan sebagainya;
 - d. memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk terjadinya kejadian yang diharapkan dan tidak diharapkan;
 - e. memberi pendidikan/edukasi kepada pasien tentang kewajibannya terhadap Rumah Sakit dan apabila diperlukan dibantu oleh staf dokter/ perawat/staf administrasi;
 - f. Pendidikan kepada pasien/keluarganya diberikan dalam bentuk penjelasan secara lisan dan kemudian DPJP mencatat dalam berkas rekam medis bahwa DPJP mencatat dalam berkas rekam medis bahwa DPJP sudah memberi penjelasan.

- g. DPJP harus memberikan penjelasan mengenai kewajiban pasien yaitu :
1. pasien dan keluarganya wajib memberi informasi yang jelas, benar, dan jujur tentang penyakit dan kondisi lain;
 2. pasien dan keluarganya wajib mengetahui kewajiban dan tanggung jawabnya;
 3. pasien dan keluarganya wajib mengajukan pertanyaan untuk hal-hal yang tidak dimengerti;
 4. pasien dan keluarganya wajib memahami dan menerima konsekuensi pelayanan;
 5. pasien dan keluarganya wajib mengikuti instruksi dan menghormati peraturan Rumah Sakit;
 6. pasien dan keluarganya wajib memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa;
 7. pasien dan keluarganya wajib memenuhi kewajiban financial yang disepakati.
- (7) Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) adalah seorang dokter yang bertanggung jawab terhadap :
- a. rencana pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, dan harus ditulis di lembar khusus yang disediakan;
 - b. penjelasan yang benar dan dapat dimengerti oleh pasien dan/atau keluarganya mengenai rencana pelayanan, termasuk prosedur yang akan dilaksanakan, hasil pelayanan serta kemungkinan terjadinya Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD)
- (8) Seorang dokter hanya diperbolehkan menjadi DPJP untuk kasus penyakit utama dari pasien yang merupakan bidang keilmuan yang dikuasainya.
- (9) Apabila diperlukan konsultasi ke dokter lain, DPJP harus memberitahu kepada, dan mendapat persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya.
- (10) Saran maupun rencana pelayanan yang diberikan oleh dokter konsultan harus diketahui oleh DPJP agar tidak bertentangan dengan pelayanan yang telah dan akan diberikan.
- (11) Apabila dipandang perlu, seorang pasien dapat menerima pelayanan dari DPJP maupun dokter konsultan pada saat yang sama (rawat bersama).
- (12) Apabila kasus penyakit utama yang ditangani DPJP sudah dinyatakan sembuh tetapi perlu pelayanan di bidang keilmuan yang lain, DPJP akan menyerahkan tanggung jawabnya kepada dokter lain sesuai dengan bidangnya, dan Dokter akan memberikan pelayanan selanjutnya adalah DPJP yang baru.
- (13) Dokter atau dokter gigi yang memberikan praktik di lingkungan RSUD Dr. Soegiri Lamongan berhalangan hadir dan menunjuk dokter atau dokter gigi lain sebagai pengganti, maka dokter atau dokter gigi pengganti harus dilaporkan kepada dan disetujui oleh Direktur.

(14) Ketentuan umum DPJP :

- a. kebijakan pelayanan pada pasien : setiap pasien yang dirawat harus memiliki seseorang DPJP yaitu Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang merawat pasien dan memberikan asuhan medis sesuai SOP DPJP apabila pasien dirawat bersama oleh beberapa dokter dari berbagai disiplin ilmu harus segera ditunjuk seorang DPJP utama dan satu atau lebih DPJP tambahan sesuai dengan bidang penyakit terkait yang menangani pasien tersebut;
- b. penentuan DPJP : penentuan DPJP harus dilakukan sejak pertama pasien masuk Rumah Sakit baik dari IGD maupun Poliklinik;
- c. klarifikasi DPJP di ruang perawatan : apabila dari IGD maupun poliklinik DPJP belum ditentukan, maka petugas ruangan diwajibkan segera melakukan klarifikasi tentang siapa DPJP pasien, termasuk melakukan klarifikasi DPJP utama dan DPJP tambahan apabila pasien sejak awal telah dirawat bersama oleh beberapa dokter sesuai dengan bidang terkait yang menangani pasien tersebut.
- d. kebijakan penentuan dan pengaturan DPJP di masing-masing KSM berdasarkan antara lain :
 - 1) jadwal konsulen jaga : konsulen jaga hari itu menjadi DPJP pasien baru, kecuali kasus rujukan yang ditujukan langsung kepada salah seorang konsulen;
 - 2) alih rawat langsung kepada salah satu dokter spesialis terkait : dokter spesialis yang dituju otomatis menjadi DPJP pasien yang dimaksud, kecuali bila dokter tersebut berhalangan karena sesuatu hal, maka pelimpahan DPJP beralih kepada konsulen jaga pada hari itu;
 - 3) atas permintaan pasien/keluarga : pasien dan keluarga berhak meminta salah seorang dokter sebagai DPJP apabila ada relasinya dengan bidang spesialisasi dokter yang bersangkutan. Apabila tidak ada relasinya, hendaknya diberikan penjelasan dan diberikan alternatif DPJP lain sesuai dengan SOP yang berlaku. Penjelasan sebaiknya dilakukan oleh dokter tersebut dan dilimpahkan kepada dokter lain yang lebih berkompeten dalam bidangnya;
 - 4) hasil rapat Komite Medik pada kasus tertentu : pada kasus yang sangat kompleks atau jarang, penentuan DPJP/DPJP utama dapat ditentukan berdasarkan rapat Komite Medik.
- e. pola operasional DPJP Rawat bersama : seorang DPJP hanya memberikan pelayanan dibidang kompetensi dan keahliannya saja. Apabila ditemukan penyakit yang memerlukan penanganan disiplin profesi lain harus dikonsulkan dan ditunjuk DPJP tambahan sesuai kebutuhan, namun apabila diperlukan perawatan bersama akan ditentukan siapa DPJP utama sebagai koordinator dan DPJP tambahannya. Dalam hal rawat bersama lebih dari dua DPJP harus ada pertemuan bersama para DPJP minimal 1 (satu) kali dan dicatat dalam rekam medis pasien;

- f. perubahan DPJP Utama : untuk efektifitas dan efisiensi pelayanan, apabila diperlukan dapat terjadi perubahan DPJP utama dalam rawat bersama.

Paragraf 6
Ketentuan Khusus

Pasal 86

- (1) Komite Medik berhak mengusulkan perubahan Peraturan Internal Staf Medik Rumah Sakit dalam rapat khusus yang diselenggarakan untuk mereview peraturan tersebut.
- (2) Usulan untuk merubah Peraturan Internal Staf Medik Rumah Sakit ini disampaikan ke Direktur untuk dipertimbangkan dan dipelajari
- (3) Perubahan peraturan ini akan dituangkan dalam Peraturan Internal staf medik Rumah Sakit yang baru dan ditetapkan oleh Komite Medis dan Direktur.

Bagian Keempat
Komite Keperawatan

Paragraf 1
Kedudukan Komite Keperawatan

Pasal 87

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural sebagai wadah perwakilan perawat atau bidang yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Komite Keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas, fungsi dan wewenang Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 2
Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan

Pasal 88

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Anggota, yang terdiri dari subkomite-subkomite.
- (2) Personalia Komite Keperawatan Rumah Sakit berjumlah paling banyak 11 (sebelas) orang.

Pasal 89

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

Pasal 90

- (1) Persyaratan Ketua Komite Keperawatan :
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan perumahsakitian;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
- (2) Dalam menentukan ketua Komite Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan Pengawas.
- (3) Ketua Kelompok Keperawatan yang diangkat menjadi Ketua Komite Keperawatan wajib mengundurkan diri dari jabatan Ketua Kelompok Keperawatan.

Paragraf 3

Tugas, Fungsi dan Wewenang Komite Keperawatan

Pasal 91

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

Pasal 92

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

Pasal 93

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:
 - a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
 - b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
 - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
 - d. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
 - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;

- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
 - g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.
- (2) Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia *Ad-hoc* dari mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur .

Pasal 94

- (1) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 88 ayat (1) huruf c terdiri dari:
- a. Subkomite Kredensial Keperawatan ;
 - b. Subkomite Mutu Profesi Keperawatan; dan
 - c. SubKomite Etika dan Disiplin Profesi Keperawatan.
- (2) Subkomite Kredensial Keperawatan, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mempunyai tugas :
- a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
 - b. menyusun buku putih (*white paper*) yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar kompetensinya. Buku putih disusun oleh Komite Keperawatan dengan melibatkan mitra bestari (*peer group*) dari berbagai unsur organisasi profesi keperawatan dan kebidanan, kolegium keperawatan, unsur pendidikan tinggi keperawatan dan kebidanan;
 - c. menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial dari bagian SDM meliputi:
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan.
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan.
 - f. Subkomite membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke kepala/Direktur Rumah Sakit.
- (3) Subkomite mutu profesi keperawatan, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b mempunyai tugas :
- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Keperawatan, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c mempunyai tugas :
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;

- e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
- f. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.

Pasal 95

Dalam melaksanakan tugasnya, Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94 ayat (1) mempunyai kewenangan sebagai berikut :

- a. Subkomite Kredensial Keperawatan, mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis untuk memperoleh surat penugasan klinis (*clinical appointment*).
- b. Subkomite Mutu Profesi Keperawatan, mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi tindak lanjut audit ke[perawatan dan kebidanan, pendidikan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan.
- c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Keperawatan, mempunyai kewenangan memberikan usul rekomendasi pencabutan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) tertentu, memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*), serta memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Bagian Kelima Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit

Pasal 96

- (1) Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit merupakan perangkat organisasi Rumah Sakit dibentuk dalam rangka membantu Direktur untuk menerapkan Kode Etik Rumah Sakit di Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit adalah wajib.
- (3) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit harus mewakili berbagai profesi di dalam Rumah Sakit.
- (4) Dalam struktur organisasi Rumah Sakit, posisi Komite Etik dan Hukum setingkat dengan komite lainnya yang ada di Rumah Sakit, selain itu Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit juga dapat berada dibawah Direktur dan setingkat Komite Medik.
- (5) Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit bertanggung jawab langsung kepada Direktur atau yang mengangkat.
- (6) Apabila dipandang perlu anggota Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit dapat berasal dari individu di luar Rumah Sakit.
- (7) Syarat untuk dapat dipilih menjadi anggota Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit adalah berjiwa Pancasila, memiliki integritas, kredibilitas sosial, dan professional serta memiliki kepedulian dan kepekaan terhadap masalah sosial, lingkungan, dan kemanusiaan.
- (8) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit diupayakan tidak dirangkap dengan jabatan-jabatan struktural di Rumah Sakit.

Pasal 97

Susunan organisasi Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit Rumah Sakit terdiri dari :

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

Pasal 98

- (1) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kebutuhan dan paling banyak 7 (tujuh) orang.

Bagian Keenam
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 99

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah suatu perangkat organisasi non struktural yang dibentuk oleh Rumah Sakit untuk membantu Direktur dalam melaksanakan peningkatan pelayanan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan serta menciptakan suatu sistem dimana Rumah Sakit membuat asuhan pasien lebih aman.
- (2) Pembentukan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah wajib.
- (3) Keanggotaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit harus mewakili berbagai profesi di dalam Rumah Sakit.
- (4) Dalam struktur organisasi Rumah Sakit, posisi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit berada di bawah Direktur.
- (5) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (6) Syarat untuk dapat dipilih menjadi anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien harus mengikuti pelatihan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- (7) Secara regular, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien melaporkan pencapaian Indikator Mutu kepada Direktur setiap bulan sekali dan kepada Bupati.

Pasal 100

Susunan organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari :

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

Pasal 101

Keanggotaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.

Bagian Ketujuh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Pasal 102

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) adalah suatu organisasi non struktural yang dibentuk oleh Rumah Sakit untuk membantu Direktur dalam melaksanakan peningkatan pelayanan dan menciptakan suatu sistem untuk mencegah, meminimalkan kejadian infeksi nosokomial pada pasien, petugas, dan pengunjung Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Penyelenggaraan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) diatur lebih lanjut dalam pedoman yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 103

Tugas dan tanggung jawab Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), sebagai berikut :

- a. menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
- b. melaksanakan sosialisasi kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS), agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan Rumah Sakit;
- c. membuat SPO Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
- d. menyusun program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;
- e. memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
- f. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
- g. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
- h. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit dalam Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI);
- i. melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan;
- j. menerima laporan dari Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan membuat laporan kepada Direktur;

- k. berkoordinasi dengan unit terkait lain;
- l. memberikan usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional di Rumah Sakit berdasarkan hasil pantauan kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarluaskan data resistensi antibiotika;
- m. menyusun kebijakan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3);
- n. turut menyusun kebijakan *clinical governance* dan *patient safety*;
- o. mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) apakah telah sesuai kebijakan manajemen Rumah Sakit;
- p. memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) ;
- q. menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
- r. melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/monitoring *surveilans* proses;
- s. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada Kejadian Luar Biasa di Rumah Sakit.

Pasal 104

Susunan organisasi Komite Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) terdiri dari :

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

Pasal 105

Keanggotaan Komite Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.

Bagian Kedelapan Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)

Pasal 106

- (1) Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah suatu organisasi fungsional non struktural yang dibentuk oleh Rumah Sakit untuk membantu Direktur dalam melaksanakan peningkatan pelayanan dan menciptakan suatu system untuk menjamin keselamatan dan kesehatan tenaga kerja, lingkungan kerja dan kecelakaan akibat kerja.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (3) Penyelenggaraan Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) diatur lebih lanjut dalam pedoman Kesehatan dan Keselamatan Kerja yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 107

Tugas dan fungsi Organisasi/unit pelaksana Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) sebagai berikut :

- a. tugas pokok :
 1. memberi rekomendasi dan pertimbangan Direktur Rumah Sakit mengenai masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan keselamatan Kerja;
 2. merumuskan kebijakan, peraturan, pedoman, petunjuk pelaksanaan dan prosedur;
 3. membuat program kerja.
- b. fungsi :
 1. mengumpulkan dan mengolah seluruh data dan informasi serta permasalahan yang berhubungan dengan kesehatan dan keselamatan kerja ;
 2. membantu Direktur mengadakan dan meningkatkan upaya promosi Kesehatan dan Keselamatan Kerja, pelatihan dan penelitian kesehatan dan keselamatan kerja di Rumah Sakit;
 3. pengawasan terhadap pelaksanaan program kesehatan dan keselamatan kerja;
 4. memberikan saran dan pertimbangan berkaitan dengan tindakan korektif;
 5. koordinasi dengan unit-unit lain yang menjadi anggota kesehatan dan keselamatan kerja;
 6. memberi nasehat tentang manajemen kesehatan dan keselamatan Kerja di tempat kerja, kontrol bahaya, mengeluarkan peraturan dan inisiatif pencegahan;
 7. investigasi dan melaporkan kecelakaan, dan merekomendasikan sesuai kegiatannya;
 8. berpartisipasi dalam perencanaan pembelian peralatan baru, pembangunan gedung dan proses.

Pasal 108

Susunan organisasi Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) terdiri dari :

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

Pasal 109

Keanggotaan Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.

Pasal 110

Dalam menjalankan tugasnya Komite Kesehatan dan Keselamatan (K3) wajib menjalin kerja sama yang harmonis dengan Komite Medik, Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan serta Unit terkait.

Bagian Kesembilan
Prosedur Kerja

Pasal 111

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, RSUD Dr. Soegiri mempunyai hubungan koordinatif, kooperatif dan fungsional dengan Dinas Kesehatan.

BAB VII
REMUNERASI

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 112

- (1) Remunerasi adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, intensif, bonus atas prestasi pesangon, dan/atau pensiun yang diberikan kepada Pejabat Pengelola, pegawai Rumah Sakit, Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas BLUD yang ditetapkan oleh Bupati.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan pegawai Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (3) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan dalam bentuk honorarium.
- (4) Remunerasi sebagaimana dimaksud ayat (2) ditetapkan oleh Bupati berdasarkan usulan yang disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Remunerasi Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 113

- (1) Penetapan remunerasi Direktur, mempertimbangkan faktor-faktor berdasarkan :

- a. ukuran dan jumlah asset yang dikelola, tingkat pelayanan serta produktifitas;
 - b. pertimbangan persamaannya dengan Rumah Sakit lain;
 - c. kemampuan pendapatan Rumah Sakit;
 - d. kinerja operasional Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Bupati dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, mutu pelayanan, dan manfaat bagi masyarakat.
- (2) Remunerasi Wakil Direktur Medis dan Wakil Direktur Umum dan Keuangan ditetapkan paling banyak sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari remunerasi Direktur.

Bagian Ketiga Remunerasi Dewan Pengawas

Pasal 114

Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan sebagai berikut :

- a. honorarium ketua Dewan Pengawas paling banyak sebesar 40% (empat puluh persen) dari gaji Direktur Rumah Sakit;
- b. honorarium anggota Dewan Pengawas paling banyak sebesar 35% (tigapuluh lima persen) dari gaji Direktur Rumah Sakit;
- c. honorarium sekretaris Dewan Pengawas paling banyak sebesar 15% (limabelas persen) dari gaji Direktur Rumah Sakit.

Bagian Keempat Remunerasi Pejabat Pengelola dan Pegawai Rumah Sakit

Pasal 115

- (1) Remunerasi bagi pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit, dihitung berdasarkan indikator penilaian :
 - a. pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
 - b. keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
 - c. risiko kerja (*risk index*);
 - d. tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
 - e. jabatan yang disandang (*position index*);
 - f. hasil/capaian kinerja (*performance index*).
- (2) Bagi Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan PNS, serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang ditetapkan oleh Bupati sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 ayat (4).

Pasal 116

- (1) Pejabat pengelola, Dewan Pengawas dan sekretaris Dewan Pengawas yang diberhentikan sementara dari jabatannya memperoleh penghasilan sebesar 50% (lima puluh persen) dari remunerasi/honorarium bulan terakhir yang berlaku sejak tanggal

diberhentikan sampai dengan ditetapkannya keputusan definitif tentang jabatan yang bersangkutan.

- (2) Bagi pejabat pengelola berstatus PNS yang diberhentikan sementara dari jabatannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memperoleh penghasilan sebesar 50% (lima puluh persen) dari remunerasi bulan terakhir di Rumah Sakit sejak tanggal diberhentikan atau sebesar gaji PNS berdasarkan keputusan pangkat terakhir

Bagian Kelima Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Pasal 117

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum, Rumah Sakit wajib menyusun SPM yang ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (2) SPM sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

Pasal 118

- (1) SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 117 ayat (1) wajib memenuhi syarat :
 - a. fokus pada jenis pelayanan;
 - b. terukur;
 - c. dapat dicapai;
 - d. relevan dan dapat diandalkan;
 - e. tepat waktu.
- (2) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (3) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (4) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (5) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (6) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Bagian Keenam
Tarif Layanan

Pasal 119

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam bentuk tarif.
- (3) Tarif layanan sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) disusun atas dasar perhitungan biaya satuan (*Unit Cost*) per unit layanan atau hasil per investasi dana.
- (4) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagaimana dari biaya per unit layanan.
- (5) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berupa besaran tarif atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.

Pasal 120

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 119 diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati dan disampaikan kepada pimpinan DPRD.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (4) Bupati dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat membentuk Tim.
- (5) Pembentukan Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Bupati yang keanggotaannya dapat berasal dari :
 - a. pembina teknis;
 - b. pembina keuangan;
 - c. unsur Perguruan Tinggi;
 - d. lembaga profesi.

121

- (1) Peraturan Bupati mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) berpedoman pada ketentuan Pasal 119.

Bagian Ketujuh
Pengeloan

Paragraf 1
Pendapatan

Pasal 122

Pendapatan Rumah Sakit dapat bersumber dari :

- a. jasa layanan;
- b. hibah terikat dan tidak terikat;
- c. hasil kerjasama (KSO) dengan pihak lain;
- d. APBD;
- e. APBN; dan
- f. lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah.

Pasal 123

- (1) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122 huruf a, berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122 huruf b, dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (3) Hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam pasal 122 huruf c, dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (4) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122 huruf d, berupa pendapatan yang berasal dari otorisasi kredit anggaran Pemerintah Daerah bukan dari kegiatan pembiayaan APBD.
- (5) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122 huruf e, dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas pembentukan dan lain-lain.
- (6) Rumah Sakit dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), proses pengelolaan keuangan diselenggarakan secara terpisah berdasarkan ketentuan yang berlaku dalam pelaksanaan APBN.
- (7) Lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122 huruf f, antara lain :
 - a. hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;
 - b. hasil pemanfaatan kekayaan;
 - c. jasa giro;
 - d. pendapatan bunga;
 - e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;

- f. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh Rumah Sakit.

Pasal 124

- (1) Seluruh pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122 kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran Rumah Sakit sesuai RBA.
- (2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (3) Seluruh pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122 huruf a, b, c, dan f, dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan Rumah Sakit.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada PPKD setiap triwulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2 Biaya

Pasal 125

- (1) Biaya Rumah Sakit merupakan biaya operasional dan biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Penggunaan biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melebihi pagu yang telah ditetapkan, namun tidak boleh melebihi ambang batas yang besarnya ditentukan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) tahun berjalan.
- (4) Bila penggunaan biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melebihi ambang batas yang ada dalam RBA, Direktur harus minta persetujuan dari Bupati.
- (5) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.
- (6) Biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan.
- (7) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

Pasal 126

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 125 ayat (2) terdiri :
 - a. biaya pelayanan;
 - 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;
 - f. biaya pelayanan lain-lain.
- (5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri dari :
 - a. biaya pegawai;
 - b. biaya administrasi kantor;
 - c. biaya pemeliharaan;
 - d. biaya barang dan jasa;
 - e. biaya promosi; dan
 - f. biaya umum dan administrasi lain-lain.

Bagian Kedelapan
Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 127

- (1) Pimpinan BLUD berkewajiban melengkapi sarana dan prasarana Rumah Sakit sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang telah ditetapkan.
- (2) Upaya melengkapi sarana dan prasarana Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan secara bertahap sesuai dengan kemampuan internal Rumah Sakit dan kemampuan Pemerintah Daerah.
- (3) Pimpinan BLUD berkewajiban memelihara sarana dan prasarana yang ada secara rutin agar tetap layak dipakai.

Bagian Kesembilan
Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit

Pasal 129

- (1) Dalam menjaga kelestarian lingkungan, Rumah Sakit wajib mengelola limbah Rumah Sakit melalui Penyusunan Upaya Pengelolaan Lingkungan (UKL) dan Upaya Pemantauan Lingkungan (UPL) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pengelolaan limbah cair wajib memenuhi syarat baku mutu yang ditetapkan secara nasional dan regional sebelum dibuang ke lingkungan.
- (3) Dalam mengelola limbah padat (sampah), Rumah Sakit wajib memisahkan sampah medis dari sampah non medis.
- (4) Pengelolaan sampah medis wajib mematuhi peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesepuluh
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 129

- (1) Pembinaan dan Pengawasan BLUD dilakukan oleh Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (2) Pengawasan keuangan dan operasional secara internal dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal (SPI) yang bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Pembinaan dan pengawasan juga dilakukan oleh Inspektorat Kabupaten Lamongan.
- (4) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mempunyai tugas sebagai berikut :
 - a. membantu Direktur dalam mengadakan penilaian atas system pengendalian manajemen dan pelaksanaannya serta memberikan saran-saran perbaikan;
 - b. memberdayakan diri sebagai *strategic business partner* bagi Pejabat Pengelola dengan memberikan masukan-masukan dan pertimbangan terhadap hal-hal strategis yang dihadapi Rumah Sakit;
 - c. memiliki Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) dan evaluasi pencapaiannya;
 - d. menyampaikan laporan hasil pemeriksaan dan kinerja kepada Direktur dan atas permintaan tertulis Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola memberikan keterangan atau hasil pelaksanaan tugas SPI;

- e. bekerja secara independen sesuai dengan *Internal Audit Charter* dan pedoman pelaksanaan SPI lainnya yang terkait;
 - f. memiliki Standar Audit, mekanisme kerja, dan *supervise* yang memadai;
 - g. dalam menjalankan tugasnya SPI wajib menjaga kelancaran tugas satuan organisasi lainnya dalam Rumah Sakit sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing.
- (5) Pejabat Pengelola wajib memperhatikan dan segera mengambil langkah-langkah yang diperlukan atas segala sesuatu yang dikemukakan dalam setiap laporan hasil pemeriksaan.
- (6) Kedudukan tugas dan tanggungjawab SPI dituangkan dalam *Internal Audit Charter*.

Bagian Kesebelas Evaluasi dan Penilaian Kerja

Pasal 130

- (1) Kinerja Rumah Sakit dievaluasi dan dilakukan penilaian oleh Bupati melalui Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan aspek non keuangan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan BLUD sebagaimana ditetapkan dalam Renstra dan RBA.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja aspek keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam rentabilitas, likuiditas, solvabilitas, dan kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Evaluasi dan penilaian kinerja aspek non keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diukur berdasarkan perspektif pelanggan, perspektif proses internal pelayanan dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.
- (4) Penilaian kinerja penatabukuan keuangan dapat dilakukan oleh Lembaga Pengawas Eksternal (Badan Pengawas Keuangan) dan/atau Akuntan Publik.
- (5) Akuntan Publik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) adalah pihak yang independen dan profesional, yang memberikan pernyataan pendapat mengenai kewajaran laporan keuangan sesuai dengan prinsip akuntansi yang berlaku umum, dan mempunyai persyaratan sebagai berikut :
 - a. auditor eksternal harus bebas dari pengaruh Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan pihak yang berkepentingan di Rumah Sakit (*stakeholders*)
 - b. auditor eksternal tidak boleh memberikan jasa lain di luar audit selama periode pemeriksaan
 - c. pemeriksaan oleh auditor eksternal dilakukan sesuai dengan standar pemeriksaan yang berlaku umum dan sesuai dengan kode etik profesi.

BAB VIII
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK (*MEDICAL STAFF BY LAWS*)

Bagian Kesatu
Nama, Visi, Misi, Tujuan dan Ruang Lingkup Pengaturan

Pasal 131

Nama dokumen ini adalah Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soegiri Kabupaten Lamongan.

Pasal 132

Visi penyelenggaraan kegiatan perumahsakitannya oleh staf medik adalah menjadikan RSUD Dr. Soegiri sebagai pusat layanan rujukan unggulan yang berpenampilan, berprofesi dan beretik untuk wilayah Jawa Timur bagian utara.

Pasal 133

Misi penyelenggaraan kegiatan perumahsakitannya oleh staf medik adalah :

- a. mewujudkan pelayanan publik yang berpenampilan, profesional dan beretika di RSUD Dr. Soegiri yang berorientasi pada pelanggan;
- b. mewujudkan pelayanan unggulan sesuai dengan keinginan dan kebutuhan pelanggan yang berdampak pada peningkatan pendapatan Rumah Sakit dan kesejahteraan karyawan;
- c. mewujudkan suasana kondusif dan akomodatif terhadap pengembangan profesionalisme yang ada di RSUD Dr. Soegiri.

Pasal 134

Tujuan penetapan Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff By Laws*) adalah:

- a. agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi;
- b. sebagai pedoman dalam meningkatkan kualitas pelayanan medis di Rumah Sakit terhadap pasien tanpa memandang agama, ras, jenis kelamin, suku, kebangsaan, dan golongan;
- c. sebagai acuan Rumah Sakit dalam mengorganisasi staf medik dan membentuk Komite Medik;
- d. sebagai acuan dalam meningkatkan profesionalisme staf medik di RSUD Dr. Soegiri yang meliputi kompetensi dan perilaku seorang dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis;
- e. sebagai acuan dalam menyusun dan menetapkan standar pelayanan medis untuk setiap jenis disiplin ilmu kedokteran sesuai dengan kondisi dan situasi.

Pasal 135

Peraturan Internal staf medik (*Medical Staff By Laws*) ini berlaku bagi seluruh staf medik yang melakukan pelayanan medis baik didalam maupun diluar RSUD Dr. Soegiri dalam rangka menjalankan penugasan klinis.

Bagian Kedua
Kelompok Staf Medik (KSM)

Paragraf 1
Umum

Pasal 136

- (1) Untuk menjadi KSM Rumah Sakit seorang staf medik harus memiliki :
 - a. kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. Surat Tanda Registrasi (STR); dan
 - c. Surat Izin Praktek (SIP).
- (2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf medik harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang baik (*fit*) untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.

Pasal 137

Semua staf medik yang melaksanakan praktik kedokteran pada unit-unit pelayanan Rumah Sakit, termasuk unit-unit pelayanan yang melakukan kerja sama operasional dengan Rumah Sakit, wajib menjadi anggota KSM.

Pasal 138

- (1) Keanggotaan KSM merupakan hak khusus (*previlege*) yang dapat diberikan kepada dokter yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.

Pasal 139

KSM Rumah Sakit berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dibidang pelayanan medis.

Pasal 140

Dalam melaksanakan fungsinya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 139, KSM mempunyai tugas :

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promoti, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- b. membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran; dan
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 141

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 144, KSM dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian sama.
- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok KSM yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 142

- (1) Kelompok KSM dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- (2) Ketua kelompok KSM dapat dijabat oleh Dokter PNS atau Dokter Non PNS.
- (3) Pemilihan Ketua Kelompok KSM diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur.
- (4) Ketua Kelompok KSM ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Masa bakti Ketua Kelompok staf medik adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Pasal 143

Tanggungjawab KSM meliputi :

- a. melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- b. memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- c. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;

- d. memberikan laporan secara teratur paling sedikit 1 (satu) kali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur atau Wakil Direktur Pelayanan tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
- e. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen yang terkait.

Pasal 144

Kewajiban KSM meliputi :

- a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medik;
- b. menyusun indikator mutu klinis; dan
- c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

Pasal 145

- (1) Setiap pelaksanaan tugas dan fungsi KSM dilakukan penilaian kinerja oleh Direktur sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) KSM yang memberikan pelayanan medik dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Paragraf 2 Kelompok Staf Medik

Pasal 146

KSM Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 ayat (1) huruf a terdiri dari :

- a. KSM PNS;
- b. KSM Non PNS;
- c. Staf Medik Tamu;

Pasal 147

KSM PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 huruf a, adalah dokter PNS yang bekerja purna waktu sebagai pegawai tetap Rumah Sakit, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 148

- (1) KSM Non PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 huruf b, adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang berstatus tenaga kontrak dan yang telah terikat perjanjian kerja dengan Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan Keputusan Penempatan di Rumah Sakit oleh Direktur.
- (2) KSM Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhenti secara otomatis sebagai KSM Rumah Sakit apabila telah menyelesaikan masa kontrak 1 (satu) tahun atau berhenti atas persetujuan bersama.
- (3) KSM Non PNS yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat bekerja kembali untuk masa kontrak 1 (satu) berikutnya setelah menandatangani perjanjian kerja baru dengan pihak Rumah Sakit.

Pasal 149

Staf Medik Tamu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 huruf c, adalah dokter dari luar Rumah Sakit yang karena reputasi dan/atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medik yang ada di Rumah Sakit atau untuk melaksanakan tugas suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Paragraf 3

Masa Kerja Kelompok Staf Medik

Pasal 150

- (1) Masa kerja KSM PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 huruf a, sampai yang bersangkutan memasuki masa pension sesuai peraturan perundang-undangan.
- (2) Masa kerja KSM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 huruf b, huruf c, dan huruf d sesuai dengan perjanjian dan/atau Keputusan Direktur.

Pasal 151

- (1) KSM PNS yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai KSM Non PNS atau staf medik Tamu sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan tenaganya masih dibutuhkan oleh Rumah Sakit.
- (2) Untuk dapat diangkat kembali sebagai KSM Non PNS atau diangkat kembali sebagai staf medik Tamu, harus terlebih dahulu mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan tersebut.

- (3) Dalam pengambilan keputusan untuk menerima atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur meminta Komite Medik untuk melakukan kajian kompetensi calon staf medik melalui Subkomite Kredensial staf medik.

Pasal 152

KSM diberhentikan dengan hormat karena :

- a. telah memasuki masa pensiun;
- b. permintaan sendiri;
- c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai staf medik;
- d. tidak masuk kerja selama 46 (empat puluh enam) hari kerja secara kumulatif selama 1(satu) tahun; dan
- e. berhalangan tetap karena sakitnya sehingga tidak dapat melaksanakan tugas.

Pasal 153

KSM dapat diberhentikan dengan tidak hormat apabila melakukan perbuatan melawan hukum dengan ancaman pidana lebih dari 5 (lima) tahun.

Paragraf 4

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 154

- (1) Pembinaan dan pengawasan KSM dilakukan oleh Direktur melalui Komite Medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan anggota KSM dilakukan oleh Wakil Direktur Pelayanan melalui ketua KSM dari masing-masing kelompok.

Paragraf 5

Sanksi

Pasal 155

- (1) Seluruh staf medik Rumah Sakit yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan, ketentuan peraturan Rumah Sakit, klausul-klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (2) Sanksi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dapat berupa:
 - a. administrasi;
 - b. teguran lisan atau tertulis;
 - c. penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - d. pemberhentian dengan tidak hormat bagi KSM PNS; atau
 - e. pemutusan perjanjian kerja bagi KSM Non PNS yang masih berada dalam masa kontrak saja.

- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud ayat (1) dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Medik dalam hal ini Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medik dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.
- (4) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada KSM yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (5) Dalam hal KSM tidak dapat menerima sanksi maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan.
- (6) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

BAB IX
PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN
(NURSING STAFF BY LAWS) RSUD Dr. SOEGIRI LAMONGAN

Bagian Kesatu
Maksud dan Tujuan

Pasal 156

- (1) Penyusunan peraturan internal ini dimaksudkan agar Komite Keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme Kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi. Selain itu, peraturan internal staf keperawatan (*nursing staf bylaws*) juga bertujuan untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Keperawatan.
- (2) Penyusunan peraturan internal staf keperawatan bertujuan agar staf keperawatan Rumah Sakit terorganisir secara baik, dan memiliki peran, tugas serta kewenangan yang jelas.

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis

Pasal 157

- (1) Semua asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi Kewenangan Klinis melalui proses Kredensial.
- (2) Kewenangan Klinis seorang staf keperawatan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Keperawatan.
- (3) Penetapan kewenangan klinis oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan melalui penerbitan penugasan klinis.

- (4) Kewenangan klinis setiap staf keperawatan dapat saling berbeda walaupun memiliki level jenjang karir perawat klinik/spesialisasi/sertifikasi yang sama.
- (5) Kewenangan klinis diberikan kepada staf keperawatan berdasarkan pertimbangan antara lain:
 - a. *clinical appraisal* (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
 - b. Hasil asesmen kompetensi sesuai *level* Perawat Klinik dalam jenjang karir.

Pasal 158

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

Pasal 159

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

Pasal 160

- (1) Kewenangan klinis staf keperawatan, terdiri dari :
 - a. kewenangan klinis umum;
 - b. kewenangan klinis khusus; dan
 - c. kewenangan klinis istimewa.
- (2) Kewenangan klinis umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi yang dimiliki dan sesuai jenjang keperawatan klinis yang dimiliki.
- (3) Kewenangan klinis khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan area kerja/penugasan yang ditetapkan oleh Kepala/Direktur Rumah Sakit.

- (4) Kewenangan klinis istimewa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, diberikan kepada tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi tertentu yang dimiliki oleh tenaga keperawatan dengan mempertimbangkan resiko pelayanan dan teknologi yang digunakan.
- (5) Setiap tenaga keperawatan dapat memiliki lebih dari 1 (satu) jenis kewenangan klinis sesuai kompetensi dan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

Pasal 161

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

Pasal 162

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

Bagian Ketiga Penugasan Klinis

Pasal 163

- (1) Penugasan klinis diterbitkan kepada seorang staf keperawatan setelah melalui proses kredensial dan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat kewenangan klinis yang diberikan kepada seorang staf keperawatan dan tempat yang bersangkutan untuk dapat melaksanakan tugas.
- (3) Penugasan klinis ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Pasal 164

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

Bagian Keempat
Delegasi Tindakan Medik

Pasal 165

- (1) Kewenangan tenaga keperawatan untuk melakukan tindakan medik yang merupakan delegasi dari tenaga medis hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki kewenangan klinis tertentu berdasarkan hasil kredensial Subkomite Kredensial.
- (2) Tindakan medik sebagai pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri atas delegatif dan mandatori

Bagian Kelima
Rapat-Rapat

Pasal 166

- (1) Rapat Komite Keperawatan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Keperawatan untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan keprofesian tenaga keperawatan sesuai tugas dan kewajibannya.
- (2) Rapat Komite Keperawatan terdiri dari rapat rutin, rapat dengan Kepala Sub Bidang Pelayanan Keperawatan, dan rapat khusus.
- (3) Peserta rapat Komite Keperawatan selain Anggota Komite Keperawatan, apabila diperlukan dapat dihadiri oleh pihak lain yang terkait dengan agenda rapat, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit yang ditentukan oleh Komite Keperawatan.
- (4) Setiap rapat Komite Keperawatan dibuat risalah rapat.
- (5) Mekanisme pelaksanaan rapat Komite Keperawatan diatur dalam pedoman rapat Komite Keperawatan.

Pasal 167

- (1) Rapat rutin Komite Keperawatan:
 - a. Rapat rutin diselenggarakan terjadual paling sedikit 2 (dua) kali dalam 1 (satu) bulan dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan;
 - b. Rapat rutin merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, melakukan klarifikasi, mencari alternatif solusi berbagai masalah etik dan disiplin profesi, mutu profesi dari tenaga keperawatan dalam pemberian pelayanan keperawatan;
 - c. risalah rapat rutin disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat rutin berikutnya.
- (2) Rapat Komite Keperawatan dengan Bidang Pelayanan/Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang:
 - a. rapat dengan Bidang Pelayanan/Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang diselenggarakan terjadual paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan dan Bidang Pelayanan/ Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang;
 - b. rapat bertujuan untuk menginternalisasikan kebijakan dan peraturan-peraturan yang berhubungan dengan etik, mutu dan disiplin profesi dalam pemberian pelayanan keperawatan;
 - c. risalah rapat dengan Direktur disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat dengan Direktur berikutnya.
- (3) Rapat khusus Komite Keperawatan diselenggarakan berdasarkan :
 - a. atas permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Komite Keperawatan;
 - b. bertujuan untuk membahas masalah mendesak/penting yang segera memerlukan penetapan/keputusan Direktur ;

- c. undangan rapat khusus disampaikan kepada peserta rapat melalui telepon sebelum rapat diselenggarakan, dengan memberitahukan agenda rapat.
- (4) Setiap rapat Komite Keperawatan, dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan, apabila Ketua berhalangan dapat didelegasikan kepada salah satu sub Komite keperawatan.

Pasal 168

- (1) Komite keperawatan dalam melaksanakan kegiatannya dibantu oleh Subkomite yang terdiri dari :
 - a. Sub Komite Kredensial keperawatan;
 - b. Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan;
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi keperawatan.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.
- (2) Anggota/personalia Subkomite kredensial terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki penugasan klinis.
- (3) Pengorganisasian Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota.

Pasal 169

- (1) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 168 ayat (1) mempunyai tugas :
 - a. subkomite Kredensial Keperawatan :
 - 1. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
 - 2. menyusun buku putih (*white paper*) yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar kompetensinya. Buku putih disusun oleh Komite Keperawatan dengan melibatkan mitra bestari (*peer group*) dari berbagai unsur organisasi profesi keperawatan dan kebidanan, kolegium keperawatan, unsur pendidikan tinggi keperawatan dan kebidanan;
 - 3. menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial dari bagian SDM;
 - 4. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - 5. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - 6. Subkomite membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada kepala/ Direktur Rumah Sakit.

- b. Subkomite Mutu Profesi Keperawatan:
1. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 2. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 3. melakukan audit asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
 4. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Keperawatan:
1. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 2. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 3. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan;
 4. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
 5. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
 6. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya, Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai kewenangan sebagai berikut :
- a. Subkomite Kredensial Keperawatan, mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis untuk memperoleh surat penugasan klinis (*clinical appointment*).
 - b. Subkomite Mutu Profesi Keperawatan, mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi tindak lanjut audit ke[perawatan dan kebidanan, pendidikan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan.
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi keperawatan, mempunyai kewenangan memberikan usul rekomendasi pencabutan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) tertentu, memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis (*delineation of clinical privilege*), serta memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 170

- (1) Instrumen kredensial dan rekredensial antara lain adalah daftar rincian kewenangan klinis setiap spesialisasi, buku putih (*white paper*) untuk setiap pelayanan keperawatan dan daftar mitra bestari.
- (2) Proses kredensial dan rekredensial meliputi pemeriksaan dan pengkajian elemen :
 - a. Kompetensi :
 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang berlaku;
 2. kognitif;

3. afektif;
 4. psikomotor.
 - b. Kompetensi fisik;
 - c. Kompetensi mental/perilaku;
 - d. Perilaku etis (*ethical standing*).
- (3) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur dan terdokumentasi.
 - (4) Dalam melakukan pengkajian dapat membentuk panel atau panitia *Ad-hoc* atau melibatkan mitra bestari.
 - (5) Hasil kredensial berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

Pasal 171

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

Pasal 172

- (1) Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok Keperawatan dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi keperawatan termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Mitra Bestari tidak terbatas dari staf keperawatan yang ada di Rumah Sakit, tetapi dapat juga berasal dari Rumah Sakit lain, perhimpunan perawat spesialis, kolegium perawat spesialis dan/atau institusi pendidikan keperawatan.
- (3) Mitra Bestari dapat ditunjuk sebagai Panitia *Ad-hoc* untuk membantu Komite Keperawatan melakukan kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di Rumah Sakit.
- (4) Penetapan Mitra Bestari sebagai Panitia *Ad-hoc* sebagaimana ayat (3) ditetapkan dengan keputusan Direktur atas usulan Ketua Komite Keperawatan.

Bagian Keenam
Audit Keperawatan
Pasal 173

- (1) Audit keperawatan dilakukan secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan audit keperawatan menggunakan catatan asuhan keperawatan dan/atau kebidanan yang dibuat oleh staf keperawatan.
- (3) Hasil dari Audit keperawatan sebagaimana pada ayat (1) berfungsi:
 - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf keperawatan;
 - b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c. sebagai dasar bagi Komite Keperawatan dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - d. sebagai dasar bagi Komite Keperawatan dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

Bagian Ketujuh
Pendidikan Berkelanjutan

Pasal 174

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

Bagian Kedelapan
Pendampingan (*Proctoring*)

Pasal 175

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

Bagian Kesembilan
Pendisiplinan Profesi

Pasal 176

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

Pasal 177

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Subkomite etik dan disiplin profesi.

- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri 3 (tiga) orang staf keperawatan atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari Subkomite etik dan disiplin profesi;
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf keperawatan dengan kompetensi yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam Rumah Sakit atau dari luar Rumah Sakit, baik atas permintaan Komite Keperawatan dengan persetujuan Direktur atau atas permintaan Direktur Rumah Sakit terlapor.
- (3) Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit.
- (4) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan.

Bagian Kesepuluh
Pembinaan Profesi

Pasal 178

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

Bagian Kesebelas
Tata Kelola Klinis

Pasal 179

- (1) Semua pelayanan keperawatan dilakukan oleh setiap staf keperawatan di Rumah Sakit berdasarkan penugasan klinis dari Direktur.
- (2) Dalam keadaan kegawatdaruratan staf keperawatan dapat diberikan penugasan klinis untuk melakukan asuhan keperawatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.
- (3) Masing-masing Kelompok Keperawatan wajib membuat pedoman pelayanan keperawatan, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya.
- (4) Kebijakan teknis operasional pelayanan keperawatan tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) ini.

- (5) Dalam melaksanakan tugas, wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik di lingkungannya maupun dengan Kelompok Keperawatan lain atau instansi lain yang terkait.
- (6) Untuk menangani pelayanan keperawatan tertentu, Direktur dapat membentuk panitia atau kelompok kerja.
- (7) Setiap Ketua Kelompok Keperawatan wajib membantu Bidang Pelayanan/Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang serta Komite Keperawatan melakukan bimbingan, pembinaan dan pengawasan terhadap anggotanya.
- (8) Peraturan pelaksanaan tata kelola klinis ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keduabelas
Pengorganisasian Staf Keperawatan

Paragraf 1
Kelompok Keperawatan

Pasal 180

- (1) Pengorganisasian staf keperawatan di Rumah Sakit dilakukan dengan pembentukan Kelompok Keperawatan berdasarkan spesialisasi, unit kerja atau ruang perawatan.
- (2) Kelompok Keperawatan dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Kelompok Keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 181

Pengorganisasian staf keperawatan bertujuan agar staf keperawatan di Rumah Sakit dapat fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas, efisien dan bertanggung jawab.

Pasal 182

- (1) Kelompok Keperawatan Rumah Sakit dapat terdiri dari:
 - a. Kelompok Keperawatan Anak;
 - b. Kelompok Keperawatan Maternitas;
 - c. Kelompok Keperawatan Bedah;
 - d. Kelompok Keperawatan Gawat Darurat; dan
 - e. Kelompok Keperawatan Penyakit Dalam;
 - f. Kelompok Keperawatan Intensif.
- (2) Kelompok Keperawatan Anak merupakan kelompok perawat spesialis/perawat bersertifikat di bidang anak.
- (3) Kelompok Keperawatan Maternitas merupakan kelompok perawat spesialis/perawat bersertifikat di bidang maternitas.
- (4) Kelompok Keperawatan Gawat Darurat merupakan kelompok perawat spesialis/perawat bersertifikat di bidang kegawatdaruratan.

- (5) Kelompok Keperawatan Medikal merupakan kelompok perawat spesialis/perawat bersertifikat di bidang penyakit medikal.
- (6) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan Kelompok Keperawatan ditetapkan oleh Direktur sesuai kebutuhan pelayanan keperawatan.

Paragraf 2
Keanggotaan Kelompok Keperawatan
Pasal 183

Seluruh staf keperawatan baik pegawai tetap atau pegawai kontrak wajib menjadi Anggota Kelompok Keperawatan kecuali Perawat magang.

Pasal 184

- (1) Setiap Kelompok Keperawatan dipimpin oleh seorang ketua yang ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Dalam menentukan Ketua Kelompok Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Anggota Direksi dan Komite Keperawatan.
- (3) Penetapan sebagai Ketua Kelompok Keperawatan dengan surat keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 3
Tugas dan Wewenang Ketua Kelompok Keperawatan

Pasal 185

- (1) Ketua Kelompok Keperawatan mempunyai tugas membantu Bidang Pelayanan/Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang dalam membina Anggota Kelompok Keperawatan, dalam hal:
 - a. pemantauan penampilan kinerja pelayanan keperawatan Anggota Kelompok Keperawatan berdasarkan data yang komprehensif; dan
 - b. pemberian laporan secara tertib dan teratur kepada Bidang Pelayanan/Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang setelah melalui pembahasan bersama anggota Kelompok Keperawatan antara lain mengenai pemantauan indikator mutu pelayanan, hasil evaluasi kinerja tenaga keperawatan, pelaksanaan program pengembangan pelayanan dan pengembangan Anggota Kelompok Keperawatan.
- (2) Ketua Kelompok Keperawatan berwenang:
 - a. memberikan masukan kepada Bidang Pelayanan/Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang serta Ketua Komite Keperawatan dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi dalam pelayanan keperawatan serta temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik keperawatan;
 - b. mengkoordinasikan anggota Kelompok Keperawatan agar pelayanan keperawatan berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku;

- c. memberikan masukan kepada Bidang Pelayanan/Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang melalui Ketua Komite Keperawatan mengenai penerimaan calon staf keperawatan baru.
- (3) Untuk mendukung kelancaran tugas Ketua Kelompok Keperawatan, dapat ditunjuk Anggota Kelompok Keperawatan sebagai sekretaris dengan keputusan Direktur.

Paragraf 4

Pengangkatan dan Pemberhentian Anggota Kelompok Keperawatan

Pasal 186

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

Pasal 187

- (1) Pemberhentian staf keperawatan sebagai Anggota Kelompok Keperawatan berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian menetap.
- (2) Pemberhentian menetap apabila:
 - a. kondisi fisik dan/atau mental kelompok keperawatan fungsional yang bersangkutan tidak mampu lagi secara menetap melakukan tindakan keperawatan, berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Kesehatan yang berwenang; atau
 - b. melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap; atau
 - c. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh organisasi profesi dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi secara tetap/selamanya; atau
 - d. berakhir masa perjanjian kerja dan tidak diperpanjang; atau
 - e. tidak disetujui untuk diangkat kembali sebagai anggota Kelompok Keperawatan.

Paragraf 5

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 188

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf keperawatan yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Bidang Pelayanan/Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang atau Komite Keperawatan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf keperawatan meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi, disiplin pegawai dan motivasi kerja.

- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Keperawatan.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan, disiplin pegawai dan motivasi kerja dilakukan oleh Bidang Pelayanan/Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang.

Pasal 189

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

Pasal 190

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

Bagian Ketigabelas *Review* dan Perubahan

Pasal 192

- (1) Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) secara berkala sekurang-kurangnya setiap 3 (tiga) tahun dievaluasi, ditinjau kembali serta disesuaikan dengan perkembangan profesi keperawatan dan kondisi Rumah Sakit.
- (2) Perubahan dapat dilakukan dengan menambah pasal baru (*Addendum*) dan/atau mengubah pasal yang telah ada (*Amandemen*) yang merupakan satu kesatuan tidak terpisahkan dari Peraturan Internal ini.
- (3) Mekanisme *review* dan perubahan ditetapkan oleh Direktur.

**BAB X
PEMBIAYAAN**

Pasal 191

Segala biaya yang timbul akibat pelaksanaan kegiatan Pola Tata Kelola RSUD Dr. Soegiri dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Lamongan dan Badan Layanan Umum Daerah RSUD. Dr. Soegiri Kabupaten Lamongan.

**BAB XI
KETENTUAN PERALIHAN**

Pasal 192

Semua peraturan yang berlaku sebelum ditetapkan Peraturan Bupati ini, tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Bupati ini dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**BAB XII
KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 193

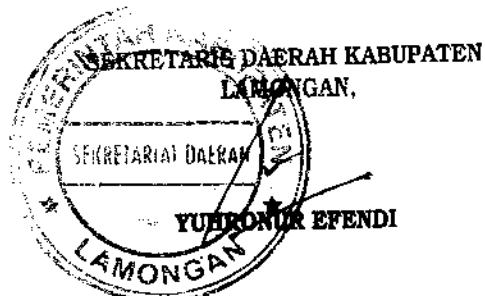
Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Lamongan Nomor 26 Tahun 2009 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soegiri Kabupaten Lamongan (Berita Daerah Kabupaten Lamongan Tahun 2009, Nomor 26), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 194

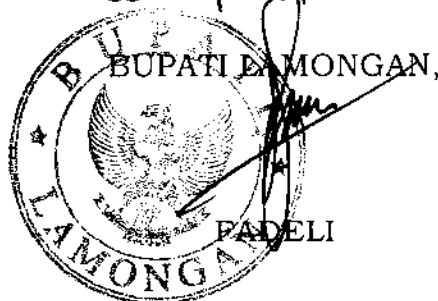
Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

**Diundangkan di Lamongan
pada tanggal**



**Ditetapkan di Lamongan
pada tanggal 14 Oktober 2016**



**BERITA DAERAH KABUPATEN LAMONGAN
TAHUN 2016 NOMOR 41**