



**BUPATI BOJONEGORO
PROVINSI JAWA TIMUR**

Salinan

**PERATURAN BUPATI BOJONEGORO
NOMOR 13 TAHUN 2017**

TENTANG

**POLA TATA KELOLA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KELAS D SUMBERREJO
KABUPATEN BOJONEGORO**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BOJONEGORO,

- Menimbang :
- a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten sehingga Pemerintah Kabupaten bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya;
 - b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan bermutu sesuai dengan yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
 - c. bahwa untuk mengatur hubungan, hak, dan kewajiban, wewenang, dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan Staf Medik fungsional, perlu disusun Peraturan Internal (*hospital by laws*) Rumah Sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten/Kota dalam Lingkungan Provinsi Jawa Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 9) 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 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
9. 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);

10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 920/Menkes/Per/XII/1986 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 159.b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;

21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228/Menkes/SK/Per/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
25. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
26. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff By Laws*) di Rumah Sakit;
27. Peraturan Daerah Kabupaten Bojonegoro Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Bojonegoro (Lembaran Daerah Kabupaten Bojonegoro Tahun 2008 Nomor 6) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bojonegoro Nomor 9 Tahun 2011 (Lembaran Daerah Kabupaten Bojonegoro Tahun 2011 Nomor 12);
27. Peraturan Daerah Kabupaten Bojonegoro Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Umum Daerah Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro (Lembaran Daerah Kabupaten Bojonegoro Tahun 2016 Nomor 7);
28. Peraturan Daerah Kabupaten Bojonegoro Nomor 13 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bojonegoro (Lembaran Daerah Kabupaten Bojonegoro Tahun 2016 Nomor 16);
29. Peraturan Bupati Bojonegoro Nomor 80 Tahun 2016 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Pada Dinas dan Badan Kabupaten Bojonegoro;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KELAS D SUMBERREJO KABUPATEN BOJONEGORO.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Bojonegoro.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Bojonegoro.
4. Bupati adalah Bupati Bojonegoro.
5. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro.
6. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro.
7. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro.
8. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro.
9. Pola Tata Kelola Manajerial (*Managerial By Laws*) adalah peraturan yang mengatur hubungan antara Pemerintah Kabupaten Bojonegoro sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, dan Staf Medik rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing.
10. Pola Tata Kelola Staf Medik (*Medical Staff Bylaws*) adalah peraturan yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan, dan hak dari Staf Medik di rumah sakit.
11. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari Direktur, Sub Bagian Umum, Seksi Keperawatan, dan Seksi Pelayanan Medis.
12. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan, dan hak seseorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.

13. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
14. Staf Medik adalah dokter, dokter gigi, dan dokter spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
15. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, fisioterapi dan lain-lain.
16. Unit Kerja adalah tempat Staf Medik dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
17. Dokter Kontrak adalah dokter yang direkrut oleh rumah sakit karena keahliannya, berkedudukan sejajar dengan rumah sakit, bertanggung jawab secara mandiri, dan bertanggung gugat secara proporsional sesuai kesepakatan atau ketentuan yang berlaku di rumah sakit.
18. Satuan Pemeriksaan Internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
19. Tenaga Administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Pola tata kelola RSUD dimaksudkan sebagai pedoman bagi RSUD dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit dan memberikan panduan mengenai hak dan kewajiban bagi kalangan profesional, meliputi tenaga medis dan non medis.
- (2) Pola tata kelola RSUD ditujukan untuk:
 - a. tercapainya kerjasama yang baik antara pemerintah daerah, pejabat pengelola, tenaga medis dan non medis; dan

- b. meningkatkan profesionalisme dengan tanggung jawab terhadap mutu layanan rumah sakit.

BAB III PRINSIP POLA TATA KELOLA

Pasal 3

- (1) Pola tata kelola merupakan peraturan internal rumah sakit, yang didalamnya memuat:
 - a. struktur organisasi;
 - b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan
 - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Pola tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas; dan
 - d. independensi.

Pasal 4

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

Pasal 5

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 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 menumbuhkan kepercayaan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf b merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada rumah sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf c merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 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.
- (5) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.

BAB IV
POLA TATA KELOLA MANAJERIAL
(*MANAGERIAL BY LAWS*)

Bagian Kesatu
Identitas

Pasal 6

Identitas dari RSUD adalah:

- a. Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro;
- b. Jenis rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum;
- c. Kelas rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D; dan
- d. Alamat rumah sakit adalah di Jalan Raya Nomor 231 Sumberrejo Kabupaten Bojonegoro, Telp./ Fax : (0353) 331530-333023.

Bagian Kedua
Visi, Misi, Motto, Tujuan Strategis, dan Nilai-nilai Dasar

Pasal 7

- (1) Visi rumah sakit adalah “Menjadi Rumah Sakit sebagai andalan pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah timur Bojonegoro yang berkualitas, terjangkau dan memuaskan”.
- (2) Misi rumah sakit adalah:
 - a. mengoptimalkan pelayanan kesehatan masyarakat sesuai Standar Prosedur Operasional;
 - b. meningkatkan kualitas kinerja seluruh petugas Rumah Sakit;
 - c. pemberdayaan sarana dan prasarana Rumah Sakit dengan manajemen pelayanan yang baik; dan
 - d. memberikan pelayanan dengan biaya yang terjangkau masyarakat.
- (3) Motto RSUD adalah “Kami peduli kesehatan anda dengan setulus hati”.
- (4) Tujuan strategis:
 - a. memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku di rumah sakit;
 - b. kualitas kinerja (Profesionalisme) seluruh petugas rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan yang lebih baik kepada masyarakat;
 - c. pemberdayaan sarana dan prasarana rumah sakit dengan manajemen yang baik agar masyarakat dapat mendapatkan pelayanan yang tepat dan akurat;
 - d. memberikan pelayanan dengan biaya terjangkau masyarakat sehingga masyarakat mampu memanfaatkan pelayanan di RSUD.
- (5) Nilai-nilai dasar rumah sakit adalah kepuasan pelanggan, profesionalisme, kepedulian, dan empati, serta efisiensi.

Bagian Ketiga
Kedudukan, Tugas Pokok, dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 8

- (1) Rumah sakit berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan, dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.

- (2) Rumah sakit mempunyai tugas pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), rumah sakit mempunyai fungsi:
 - a. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan
 - b. pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintah daerah di bidang pelayanan kesehatan; dan
 - c. pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pelayanan kesehatan.
- (4) Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, rumah sakit menjalankan organisasi sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Keempat
Kedudukan Pemerintah Daerah

Pasal 9

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.
- (2) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggung jawabnya mempunyai kewenangan:
 - a. menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit beserta perubahannya;
 - b. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola;
 - c. memberhentikan Pejabat Pengelola karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
 - d. menyetujui dan mengesahkan Rencana Strategis (Renstra); dan
 - e. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.
- (3) Pemerintah Daerah bertanggung jawab menutup defisit anggaran rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen.
- (4) Pemerintah Daerah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/ atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

Bagian Kelima
Pejabat Pengelola

Paragraf 1
Komposisi Pejabat Pengelola

Pasal 10

Pejabat Pengelola rumah sakit adalah pimpinan rumah sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional rumah sakit, terdiri atas:

- a. Direktur;
- b. Kepala Sub Bagian Tata Usaha;
- c. Kepala Seksi Pelayanan Medis; dan
- d. Kepala Seksi Asuhan Keperawatan.

Pasal 11

Direktur bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah terhadap operasional dan keuangan rumah sakit secara umum dan keseluruhan.

Pasal 12

Semua Pejabat Pengelola dibawah Direktur bertanggung jawab kepada Direktur sesuai bidang tanggung jawab masing-masing.

Pasal 13

- (1) Komposisi Pejabat Pengelola rumah sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis jabatan dan analisis beban kerja guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati.

Paragraf 2
Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 14

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola rumah sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (3) Pejabat Pengelola rumah sakit diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Bupati.

Pasal 15

Direktur merupakan Kepala Unit Pelaksana Teknis (UPT) yang berkedudukan dibawah Kepala Dinas dan menyelenggarakan pengelolaan keuangan secara otonom.

Paragraf 3

Persyaratan menjadi Pejabat Pengelola

Pasal 16

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:

- a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitannya, sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan rumah sakit;
- c. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- d. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 17

Syarat untuk menjadi Kepala Sub Bagian Tata Usaha dan Kepala Seksi diatur sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Paragraf 4

Pemberhentian Pejabat Pengelola

Pasal 18

Pejabat Pengelola dapat diberhentikan karena:

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
- d. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan
- f. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih.

Paragraf 5

Tugas dan Kewajiban Pejabat Pengelola

Pasal 19

Tugas dan kewajiban pimpinan rumah sakit adalah:

- a. memimpin dan mengurus rumah sakit sesuai dengan tujuan rumah sakit yang telah ditetapkan dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;

- b. memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan rumah sakit;
- c. mewakili rumah sakit di dalam dan di luar Pengadilan;
- d. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah digariskan;
- e. memperhatikan pengelolaan rumah sakit dengan berwawasan lingkungan;
- f. menyiapkan Rencana Strategis (Renstra) dan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) rumah sakit;
- g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- h. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala; dan
- i. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan rumah sakit.

Pasal 20

Tugas dan fungsi Kepala Sub Bagian Tata Usaha adalah:

a. Tugas:

Melaksanakan urusan umum, rekam medik, keuangan, dan program.

b. Fungsi:

1. penyelenggaraan kegiatan surat menyurat, rumah tangga dan protokol;
2. penyusunan program dan laporan.;
3. perencanaan, pengoordinasian, pengevaluasian, serta pelaporan bidang administrasi perkantoran dan perlengkapan sarana prasarana rumah sakit;
4. pengoordinasian kegiatan perpustakaan dan kearsipan rumah sakit;
5. pelaksanaan rekam medik dan pengelolaan keuangan rumah sakit;
6. pengumpulan dan pengolahan serta umpan balik data laporan (harian, mingguan, bulanan, triwulan, semester, dan tahunan);
7. pelaksanaan, pengumpulan, penyajian, dan analisis statistik data;
8. pengoordinasian pelaksanaan jasa kebersihan, keamanan dan parkir; dan
9. pelaksanaan fungsi-fungsi lain yang diberikan oleh direktur sesuai bidang tugasnya.

Pasal 21

Tugas dan fungsi Kepala Seksi Pelayanan Medis adalah:

a. Tugas:

Mengoordinasikan semua kebutuhan pelayanan medis, penunjang medis, melakukan pengawasan penggunaan fasilitas, serta kegiatan pelayanan medis dan penunjang medis.

b. Fungsi:

1. pelaksanaan perencanaan program pelayanan medis;
2. pengusulan rencana anggaran pembiayaan program pelayanan medis;
3. pelaksanaan pemantauan dan analisis kegiatan pelayanan medis;
4. pelaksanaan pengawasan dan penilaian pelayanan pasien termasuk pemulangan jenazah;
5. perencanaan dan penganalisaan sumber daya dalam rangka peningkatan mutu pelayanan medis rumah sakit;
6. penganalisaan indikator kinerja dan standar pelayanan rumah sakit dan implementasinya pada kinerja pelayanan medis;
7. pelaksanaan koordinasi kegiatan pelayanan medis yang melibatkan institusi di luar rumah sakit; dan
8. pelaksanaan fungsi-fungsi lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan bidang tugasnya.

Pasal 22

Tugas dan fungsi Kepala Seksi Asuhan Keperawatan adalah:

a. Tugas:

Melaksanakan koordinasi perencanaan, kebutuhan tenaga, perlengkapan dan fasilitas, pemantauan dan pengawasan asuhan keperawatan serta mutu etika asuhan perawatan.

b. Fungsi:

1. perencanaan dan pemastian pelayanan dan mutu asuhan perawatan mulai dari pasien masuk hingga keluar serta memelihara kesinambungan informasi;
2. pengoordinasian dan pelaksanaan mobilisasi tenaga perawat sesuai Peraturan Perundang-undangan;
3. pengoordinasian peningkatan kemampuan, perilaku dan mutu tenaga perawat, serta bekerja sama dengan unit kerja terkait di lingkungan internal rumah sakit;
4. pengoordinasian penyusunan prosedur tetap Asuhan Perawatan;

5. pengoordinasian kebutuhan dan kegiatan pada instalasi promosi kesehatan rumah sakit dan pelayanan administrasi terpadu; dan
6. pelaksanaan fungsi-fungsi lain yang diberikan oleh direktur sesuai bidang tugasnya.

Paragraf 6
Wewenang dan Tanggung Jawab Direktur

Pasal 23

- (1) Kewenangan Direktur adalah:
 - a. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
 - b. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap rumah sakit;
 - c. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pegawai rumah sakit sesuai Peraturan Perundang-undangan;
 - d. menetapkan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
 - e. memberikan penghargaan kepada pegawai rumah sakit yang berprestasi, dan tenaga profesional tanpa atau dengan sejumlah uang;
 - f. memberikan sanksi kepada pegawai rumah sakit yang melakukan pelanggaran sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
 - g. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dibawah direktur kepada Bupati;
 - h. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen;
 - i. menetapkan unit pelaksana fungsional dan unit pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
 - j. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan; dan
 - k. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua Pejabat Pengelola.
- (2) Tanggung jawab Direktur menyangkut hal sebagai berikut:
 - a. kebijakan rumah sakit;
 - b. kelancaran, efektivitas dan efisiensi kegiatan rumah sakit;
 - c. program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya; dan
 - d. meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.

Bagian Keenam
Organisasi Pelaksana

Paragraf 1
Instalasi

Pasal 24

- (1) Guna memungkinkan penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi non struktural yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Kepala instalasi berkoordinasi dengan Kepala Seksi terkait dalam pelaksanaan kegiatan operasional maupun pelayanan.
- (5) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.

Pasal 25

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur.

Pasal 26

- (1) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (2) Instalasi terdiri dari instalasi pelayanan medik dan penunjang medik.
- (3) Instalasi medik terdiri dari:
 - a. Instalasi Rawat Jalan;
 - b. Instalasi Rawat Inap;
 - c. Instalasi Rawat Darurat; dan
 - d. Instalasi Bedah.
- (4) Instalasi penunjang medik terdiri dari:
 - a. Instalasi Farmasi;
 - b. Instalasi Laboratorium;
 - c. Instalasi Radiologi;
 - d. Instalasi Gizi;
 - e. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR);
 - f. Instalasi Rekam Medis; dan
 - g. Pemulasaran Jenazah.
- (5) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.

Paragraf 2
Pelaksana Administrasi Rumah Sakit

Pasal 27

- (1) Penyelenggaraan administrasi rumah sakit dikoordinir oleh Kepala Sub Bagian Tata Usaha.
- (2) Penyelenggaraan administrasi rumah sakit terdiri dari:
 - a. administrasi keuangan; dan
 - b. administrasi umum dan kepegawaian.
- (3) Kegiatan penyelenggaraan administrasi keuangan terdiri dari:
 - a. perencanaan dan penganggaran;
 - b. perbendaharaan; dan
 - c. akuntansi dan pelaporan.
- (4) Penyelenggaraan administrasi umum dan kepegawaian terdiri dari:
 - a. pengelolaan SDM;
 - b. sarana dan prasarana; dan
 - c. hubungan masyarakat.
- (5) Penugasan pegawai yang melaksanakan kegiatan administrasi rumah sakit ditetapkan oleh Keputusan Direktur.

Paragraf 3
Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 28

- (1) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok jabatan fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing yang berlaku.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai Peraturan Perundang undangan.
- (5) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari:
 - a. Staf Medik;
 - b. Staf Keperawatan; dan
 - c. Staf Tenaga Kesehatan Lainnya.

Pasal 29

- (1) Staf Medik adalah kelompok Tenaga Medis yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional.

- (2) Tenaga Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis.
- (3) Staf Medik mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya, Staf Medik menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Pasal 30

- (1) Staf Keperawatan adalah kelompok tenaga perawat yang bekerja di bidang keperawatan dalam jabatan fungsional.
- (2) Tenaga Perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari perawat dan bidan.
- (3) Staf Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan asuhan keperawatan dan kebidanan yang meliputi pengkajian, diagnosis, rencana, tindakan dan evaluasi keperawatan penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya, Staf Keperawatan menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Pasal 31

- (1) Staf Tenaga Kesehatan lainnya adalah kelompok Tenaga Kesehatan yang bekerja di bidang pelayanan kesehatan dalam jabatan fungsional.
- (2) Staf Tenaga Kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari: Apoteker, Asisten Apoteker, Analis Kesehatan, Fisioterapis, Fisikiawan Medis, Nutrisionis, Okupasi Terapis, Ortosis Protesis, Psikologis Klinis, Perekam Medis, Radiografer, Sanitarian, Terapis Wicara, Penyuluh Kesehatan Masyarakat, Teknisi Elektromedis, Teknisi Gigi, dan Teknisi Tranfusi Darah.
- (3) Staf Tenaga Kesehatan lainnya mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan yang meliputi penyuluhan, pencegahan penyakit, pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya, staf tenaga kesehatan lainnya menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Bagian Ketujuh
Organisasi Pendukung

Paragraf 1
Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 32

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal adalah organisasi fungsional yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*).
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Satuan Pemeriksaan Internal dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota Satuan Pemeriksaan Internal adalah:
 - a. mempunyai etika, integritas, dan kapabilitas yang memadai;
 - b. memiliki pendidikan dan/atau pengalaman teknis dalam pemeriksaan atau pengawasan; dan
 - c. mempunyai sikap independen dan objektif terhadap objek yang diperiksa atau diawasi.

Pasal 33

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal membantu manajemen dalam hal:
 - a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
 - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya, Satuan Pemeriksaan Internal wajib untuk menyusun:
 - a. pedoman kerja Satuan Pemeriksaan Internal;
 - b. program kerja tahunan; dan
 - c. laporan hasil pemeriksaan.

Paragraf 2
Komite Medis

Pasal 34

- (1) Guna membantu Direktur dalam mengawal dan menjamin mutu pelayanan medis agar sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit dan untuk memberi wadah bagi profesional medis dibentuk Komite Medis.

- (2) Komite Medis merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Komite Medis terdiri dari Sub Komite Kredensial, Sub Komite Mutu Profesi, dan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (4) Susunan, fungsi, tugas, dan kewajiban, serta tanggung jawab dan kewenangan Komite Medis diuraikan lebih lanjut dalam Pola Tata Kelola Staf Medik yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 3
Komite Keperawatan

Pasal 35

- (1) Guna membantu Direktur dalam menyusun standart pelayanan keperawatan dan memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan (*previlege*) perawat dan bidan mengembangkan pelayanan keperawatan program pendidikan, pelatihan, penelitian serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang keperawatan maka dibentuk Komite Keperawatan.
- (2) Komite keperawatan merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Komite keperawatan terdiri dari Sub Komite Kredensial Dan Disiplin Keperawatan, Sub Komite Mutu Keperawatan, dan Sub Komite Pelayanan dan Dokumentasi Keperawatan.
- (4) Komite Keperawatan dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah mempertimbangkan usulan dari Kepala Seksi Asuhan Keperawatan.

Bagian Kedelapan
Prosedur dan Tata Kerja

Pasal 36

Dalam melaksanakan tugasnya pimpinan satuan organisasi di lingkungan rumah sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi, dan *cross functional approach* secara vertikal dan horisontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

Pasal 37

Setiap Pimpinan Satuan Organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan dan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 38

Setiap Pimpinan Satuan Organisasi bertanggung jawab memimpin dan mengoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.

Pasal 39

Setiap Pimpinan Satuan Organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala pada waktunya.

Pasal 40

Setiap pelaksanaan kegiatan harus didasarkan pada Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 41

Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahannya.

Pasal 42

Kepala Sub Bagian, Kepala Seksi, Kepala Instalasi, Satuan Pengawas Internal wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya.

Pasal 43

Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

Pasal 44

(1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi dibantu oleh kepala atau koordinator satuan organisasi di bawahnya.

- (2) Dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan setiap pimpinan atau koordinator wajib mengadakan rapat berkala.

Bagian Kesembilan
Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Paragraf 1
Tujuan Pengelolaan

Pasal 45

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

Paragraf 2
Pengangkatan Pegawai

Pasal 46

- (1) Pegawai rumah sakit dapat berasal dari PNS atau non PNS profesional sesuai dengan kebutuhan yang dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (2) Pengangkatan pegawai rumah sakit yang berasal dari PNS disesuaikan dengan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Pengangkatan pegawai rumah sakit yang berasal dari non PNS dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan terhadap adanya kekurangan tenaga Dokter, Dokter Spesialis, dan Paramedis.

Paragraf 3
Penghargaan dan Jenjang Karir/Pangkat

Pasal 47

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas maka rumah sakit menerapkan kebijakan tentang imbal jasa bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.

Pasal 48

- (1) Kenaikan pangkat PNS merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian pegawai yang bersangkutan terhadap negara berdasarkan sistem kenaikan pangkat reguler dan kenaikan pangkat pilihan sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

- (2) Kenaikan pangkat reguler diberikan kepada PNS yang tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu, termasuk PNS yang:
 - a. melaksanakan tugas belajar dan sebelumnya tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu;
 - b. dipekerjakan atau diperbantukan secara penuh di luar instansi induk dan tidak menduduki jabatan pimpinan yang telah ditetapkan persamaan eselonnya atau jabatan fungsional tertentu; dan
 - c. Kenaikan pangkat pilihan adalah penghargaan yang diberikan kepada PNS yang menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu.

Paragraf 4
Pendistribusian dan Rotasi Pegawai

Pasal 49

- (1) Pendistribusian pegawai dimaksudkan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Direktur berwenang untuk melakukan pendistribusian dan rotasi pegawai non pejabat struktural di lingkungan rumah sakit.
- (3) Pendistribusian dan rotasi pegawai dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
 - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya
 - b. pengalaman pada bidang tugas tertentu
 - c. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Paragraf 5
Pembinaan, Disiplin Pegawai, dan Sanksi

Pasal 50

- (1) Pembinaan pegawai diselenggarakan untuk meningkatkan kinerja pegawai melalui kegiatan pengembangan sumber daya manusia, penegakan disiplin, dan penilaian kinerja.
- (2) Pembinaan pegawai dilaksanakan oleh Direktur.
- (3) Pegawai yang melanggar disiplin pegawai akan diberikan sanksi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Paragraf 6
Pemberhentian Pegawai

Pasal 51

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus PNS dilakukan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus non PNS didasarkan pada ketentuan perjanjian kontrak kerja.

Bagian Kesepuluh
Jasa Pelayanan

Pasal 52

- (1) Seluruh karyawan PNS maupun non PNS berhak mendapatkan jasa pelayanan.
- (2) Pemanfaatan dan pembagian jasa pelayanan pada rumah sakit diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.

Bagian Kesebelas
Sistem Akuntabilitas Kinerja Pelayanan

Paragraf 1
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 53

Standar Pelayanan Minimal diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.

Paragraf 2
Retribusi Pelayanan

Pasal 54

Retribusi Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit diatur berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Paragraf 3
Rencana Strategis (RENSTRA)

Pasal 55

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Strategis setiap 5 (lima) tahun sekali sebagai perencanaan jangka menengah 5 (lima) tahunan, sebagai dasar untuk menyusun rencana kerja tahunan berupa Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) dan evaluasi kinerja.

- (2) Rencana Strategis disusun sebagai bagian dari penjabaran Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dengan mempertimbangkan hasil analisis faktor internal maupun faktor eksternal rumah sakit.

Paragraf 4
Rencana Kerja dan Anggaran

Pasal 56

Rumah sakit menyusun Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) berpedoman pada Rencana Strategis (Renstra), yang berisi usulan program dan kegiatan.

Paragraf 5
Pengelolaan Pendapatan

Pasal 57

Pendapatan rumah sakit dapat bersumber dari:

- a. jasa layanan;
- b. APBD; dan
- c. APBN.

Pasal 58

- (1) Pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 huruf a, harus disetorkan ke kas daerah dalam waktu 1 x 24 jam.
- (2) Pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 huruf a dilaksanakan melalui rekening kas daerah dan dicatat dalam kode rekening kelompok Pendapatan Asli Daerah.
- (3) Pendapatan sebagaimana dimaksud pada Pasal 57 huruf a, dilaporkan kepada Bupati setiap 1 (satu) bulan sekali.

Paragraf 6
Pengelolaan Belanja

Pasal 59

- (1) Belanja rumah sakit merupakan biaya operasional, mencakup seluruh belanja yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (2) Belanja rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan sesuai dengan kelompok, jenis, program, dan kegiatan.

Pasal 60

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (1), terdiri dari:
 - a. belanja pelayanan; dan
 - b. belanja umum dan administrasi.
- (2) Belanja pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (3) Belanja umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (4) Belanja pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari:
 - a. belanja pegawai;
 - b. belanja bahan;
 - c. belanja jasa pelayanan;
 - d. belanja pemeliharaan;
 - e. belanja barang dan jasa; dan
 - f. belanja pelayanan lain-lain.
- (5) Belanja umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), terdiri dari:
 - a. belanja pegawai;
 - b. belanja administrasi kantor;
 - c. belanja pemeliharaan;
 - d. belanja barang dan jasa;
 - e. belanja promosi; dan
 - f. belanja umum dan administrasi lain-lain.

Pasal 61

- (1) Seluruh pengeluaran belanja rumah sakit yang bersumber dari pendapatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 dilaporkan kepada Bupati 1 (satu) bulan sekali.
- (2) Seluruh pengeluaran belanja rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan SPM Pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggung Jawab (SPTJ).

Paragraf 7

Pelaporan Keuangan

Pasal 62

Rumah sakit menyusun laporan keuangan dengan menggunakan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 63

- (1) Laporan keuangan berdasar SAP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 ditujukan untuk konsolidasi Laporan Keuangan rumah sakit selaku Unit Kerja Perangkat Daerah pada Laporan Keuangan Daerah.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Laporan Realisasi Anggaran;
 - b. Laporan Posisi Keuangan/Neraca;
 - c. Laporan Operasional;
 - d. Laporan Perubahan Ekuitas; dan
 - e. Catatan atas Laporan Keuangan.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disampaikan setiap semester dan tahunan kepada Bupati.
- (4) Laporan keuangan berdasar SAP diaudit oleh Badan Pemeriksan Keuangan (BPK) sebagai bagian dari Laporan Keuangan Pemerintah Daerah.

Bagian Kedua Belas Pengelolaan Lingkungan dan Limbah

Pasal 64

Rumah sakit wajib mengelola lingkungan, baik internal maupun eksternal, melalui peningkatan mutu pelayanan yang mendukung keamanan, kenyamanan, kebersihan, kerapian, keindahan, dan keselamatan.

Pasal 65

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 meliputi pengelolaan limbah rumah sakit, yang meliputi: limbah medis dan non medis baik dalam bentuk fisik, kimia, dan biologis.
- (2) Pengelolaan limbah di rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR).
- (3) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dituangkan dalam bentuk Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengacu pada ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

BAB V
TATA KELOLA STAF MEDIK
(*MEDICAL STAFF BY LAWS*)

Bagian Kesatu
Nama, Maksud dan Tujuan

Pasal 66

- (1) Nama Staf Medik rumah sakit adalah Staf Medik RSUD.
- (2) Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Medik adalah agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- (3) Tujuan pengorganisasian Staf Medik:
 - a. agar semua pasien menerima pelayanan medik yang terbaik;
 - b. agar masalah medico-administratif diselesaikan bersama dengan pihak manajemen;
 - c. mengupayakan dan mempertahankan *self government*; dan
 - d. melaksanakan kegiatan pendidikan dan mempertahankan standar pendidikan.

Bagian Kedua
Staf Medik Fungsional

Paragraf 1
Keanggotaan

Pasal 67

- (1) Staf Medik Fungsional (SMF) rumah sakit terdiri dari:
 - a. Dokter Umum;
 - b. Dokter Spesialis dan Dokter Sub Spesialis;
 - c. Dokter Gigi Umum; dan
 - d. Dokter Gigi Spesialis.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Staf Medik Fungsional yang berasal dari PNS mengacu kepada Peraturan Kepegawaian sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Pengangkatan dan pemberhentian Staf Medik Fungsional yang berasal dari non PNS diatur dalam Peraturan Bupati tersendiri.
- (4) Hak Dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
 - a. hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Operasional Prosedur (SOP);

- b. hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Operasional Prosedur (SOP);
 - c. hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
 - d. hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
- (5) Kewajiban Dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Operasional Prosedur (SOP) serta kebutuhan medis;
 - b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
 - c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
 - d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
 - e. menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

Paragraf 2
Kategori

Pasal 68

Keanggotaan Staf Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 dikategorikan menjadi:

- a. Dokter Tetap/Dokter Organik;
- b. Dokter Tamu; dan
- c. Dokter Konsultan.

Bagian Ketiga
Komite Medik

Paragraf 1
Pengorganisasian

Pasal 69

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non Struktural yang dibentuk di rumah sakit.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari Staf Medik.

Pasal 70

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur, yang keanggotaannya terdiri dari:
 - a. Ketua;

- b. Sekretaris;
 - c. Bendahara; dan
 - d. Sub Komite.
- (2) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
 - (3) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disesuaikan dengan jumlah Staf Medik di rumah sakit.
 - (4) Anggota Komite Medik terbagi kedalam Sub Komite.

Paragraf 2
Pemilihan Komite Medik

Pasal 71

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

Paragraf 3
Tugas dan Fungsi Komite Medik

Pasal 72

- (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 sebagai 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; dan
 4. etika profesi.

- c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap permohonan kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
 - g. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medik Komite Medik memiliki fungsi sebagai 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 bagi Staf Medik yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medik Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan Staf Medik yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan Keputusan Etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf 4
Wewenang Komite Medik

Pasal 73

Wewenang Komite Medik terdiri dari:

- 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*;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis/ *delineation of clinical privilege*;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;

- g. memberikan rekomendasi pendampingan/*proctoring*; dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Bagian Keempat
Sub Komite

Pasal 74

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari Staf Medik yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite yang ada di Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. Sub Komite Kredensial;
 - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

Paragraf 1
Sub Komite Kredensial

Pasal 75

Untuk melindungi masyarakat, Komite Medik memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh Staf Medik di rumah sakit melalui Sub Komite Kredensial.

Pasal 76

- (1) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, objektif sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- (3) Sub Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang Staf Medik dan menyiapkan berbagai Instrumen kredensial yang disahkan Direktur rumah sakit. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi: kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan kewenangan klinis, prosedur penilaian kompetensi klinis, dan formulir yang diperlukan.
- (4) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang Staf Medik.
- (5) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap Staf Medik yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

Pasal 77

- (1) Staf Medik mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada Direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
- (2) Berkas permohonan Staf Medik yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur kepada Komite Medik.
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (4) Pengkajian oleh Sub Komite Kredensial meliputi elemen:
 - a. kompetensi:
 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 2. kognitif;
 3. afektif; dan
 4. psikomotor,
 - b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. perilaku etis.
- (5) Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (6) Daftar rincian kewenangan klinis diperoleh dengan cara:
 - a. menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medik;
 - b. mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
 - c. mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi Staf Medik dilakukan secara periodik.
- (7) Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (8) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap Staf Medik yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/ dimodifikasi; dan

- f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (9) Bagi Staf Medik yang ingin memulihkan Kewenangan Klinis yang dikurangi atau menambah Kewenangan Klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur.
- (10) Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

Paragraf 2
Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 78

Untuk menjaga mutu profesi para Staf Medik, Komite Medik mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan Staf Medik melalui Sub Komite Mutu Profesi.

Pasal 79

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari:

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

Pasal 80

- (1) 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.

- (2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis:
 - a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
 - b. penetapan standar dan kriteria;
 - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 - f. menerapkan perbaikan;
 - g. rencana reaudit;
 - h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing Staf Medik setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya; dan
 - i. memberikan persetujuan terhadap permintaan Staf Medik sebagai asupan kepada manajemen.
- (3) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medik yang membutuhkan:
 - a. menentukan nama Staf Medik yang akan mendampingi Staf Medik yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis;
 - b. komite medik berkoordinasi dengan Direktur untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

Paragraf 3
Sub Komite Etika Dan Disiplin Profesi

Pasal 81

Peran Komite Medik dalam upaya pendisiplinan Staf Medik dilakukan oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

Pasal 82

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

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

Pasal 83

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan :
 - a. Peraturan Internal Rumah Sakit;
 - b. Peraturan Internal Staf Medik;
 - c. etika rumah sakit;
 - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika;
- (2) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional Staf Medik yaitu:
 - a. pedoman pelayanan;
 - b. Standar Operasional Prosedur;
 - c. kewenangan klinis;
 - d. kode etik kedokteran Indonesia;
 - e. panduan praktek klinik; dan
 - f. *clinical pathway*.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi. Panel terdiri dari 3 orang Staf Medik atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
 - 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 dengan persetujuan Direktur atau Direktur Rumah Sakit terlapor.
- (4) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut:
 - a. Sumber Laporan:
 1. perorangan:
 - a) manajemen rumah sakit;
 - b) Staf Medik lain;
 - c) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan; dan
 - d) pasien atau keluarga pasien.
 2. non perorangan:
 - a) hasil konferensi kematian; dan
 - b) hasil konferensi klinis.
 - b. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain:
 1. kompetensi klinis;
 2. penatalaksanaan kasus medis;
 3. pelanggaran disiplin profesi;
 4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit; dan

5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf Rumah Sakit yang dapat membahayakan pasien.

c. Pemeriksaan:

1. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
2. melalui proses pembuktian;
3. dicatat oleh petugas Sekretariat Komite Medik;
4. dilaporkan dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.

d. Keputusan:

Keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit. Bilamana dilaporkan merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Medik.

e. Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada Staf Medik oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi di rumah sakit berupa:

1. peringatan tertulis;
2. limitasi (reduksi) kewenangan klinis;
3. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut; dan
4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau sciamanya.

f. Pelaksanaan Keputusan:

Keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur melakukan eksekusi.

- (5) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan Pembinaan Profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan Profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medik.
- (6) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan Keputusan Etis.

Bagian Kelima
Rapat Komite Medik

Pasal 84

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari:
 - a. rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan Staf Medik yang diselenggarakan setiap 1 (satu) bulan sekali;
 - b. rapat koordinasi dengan pejabat pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
 - c. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya urgen; dan
 - d. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.
- (2) Rapat rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Kepala Sub Komite Medik apabila ketua tidak dapat hadir.
- (3) Rapat rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit $\frac{2}{3}$ (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 30 (tiga puluh) menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.
- (4) Keputusan rapat Komite Medik didasarkan atas suara terbanyak.
- (5) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (6) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.
- (7) Direktur rumah sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin dan rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (8) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknyanya usulan tersebut.

Pasal 85

- (1) Rapat khusus diadakan apabila:
 - a. ada permintaan dan tanda tangan paling sedikit 3 (tiga) anggota Staf Medik;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh Komite Medik; dan

- c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik, atau dalam hal kuorum, tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 1 (satu) hari sebelum rapat dilaksanakan.
 - (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
 - (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 86

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

Bagian Keenam Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)

Paragraf 1 Umum

Pasal 87

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh Staf Medik yang telah diberi kewenangan klinis oleh Direktur.
- (2) Kewenangan Klinis seperti dimaksud pada ayat (1) adalah berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial sesuai dengan prosedur penerimaan Anggota SMF.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota SMF untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) merupakan kewenangan klinis yang diberikan Direktur berdasarkan kewenangan klinis yang dimiliki di rumah sakit asal, dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di rumah sakit kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.

- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Subkomite Kredensial Komite Medik.

Paragraf 2

Proses Penilaian Kewenangan Klinis

Pasal 88

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:

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

Paragraf 3

Pembatasan Kewenangan Klinis

Pasal 89

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

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

Paragraf 4

Pencabutan Kewenangan Klinis

Pasal 90

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

Paragraf 5

Pengakhiran Kewenangan Klinis

Pasal 91

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (SPK):
 - a. habis masa berlakunya; atau
 - b. dicabut sesuai Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (2).

Bagian Ketujuh
Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)

Pasal 92

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

BAB VI
PERUBAHAN PERATURAN INTERNAL

Pasal 93

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Institusi dan Peraturan Internal Staf Medis dapat dilakukan berdasarkan usulan Direktur kepada Bupati.
- (2) Usulan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan sepengetahuan Kepala Dinas dan berdasarkan pertimbangan dari Komite Medik dan Staf Medik Fungsional.
- (3) Waktu perubahan Peraturan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan paling lama 5 (lima) tahun.

BAB VII
KERAHASIAAN INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu
Kerahasiaan Pasien

Pasal 94

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan Informasi tentang pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur/Kepala Seksi Pelayanan Medis.

Bagian Kedua
Informasi Medis

Pasal 95

Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai:

- a. keadaan kesehatan pasien;
- b. rencana terapi dan alternatifnya;

- c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
- d. prognosis; dan
- e. kemungkinan komplikasi.

BAB VIII REVIU KEBIJAKAN, PEDOMAN, DAN PROSEDUR

Pasal 96

- (1) Kebijakan, pedoman/panduan, dan prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi rumah sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di rumah sakit kemudian diikuti dengan pedoman/panduan dan selanjutnya Standar Operasional Prosedur (SOP).
- (3) Reviu dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Kepala Sub Bagian/Seksi terkait sebelum diterbitkan oleh Direktur.
- (4) Proses dan frekuensi reviu serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan, dan prosedur dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan.
- (5) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan, dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Komite Mutu dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui salinan terkendali.
- (6) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan, dan prosedur dilakukan oleh unit pelaksana secara berjenjang sesuai hierarki struktural.
- (7) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (8) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan, dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan dokumen melalui catatan *List Document Eksternal*.
- (9) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan, dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (10) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan *list* dokumen internal yang dikelola oleh Komite Mutu.

BAB IX
PENUTUP

Pasal 97

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Bojonegoro
pada tanggal 27 Maret 2017

BUPATI BOJONEGORO,

ttd.

H. S U Y O T O

Diundangkan di Bojonegoro
pada tanggal 27 Maret 2017

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO

ttd.

SOEHADI MOELJONO

BERITA DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO TAHUN 2017 NOMOR 47.

Salinan sesuai dengan aslinya

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO



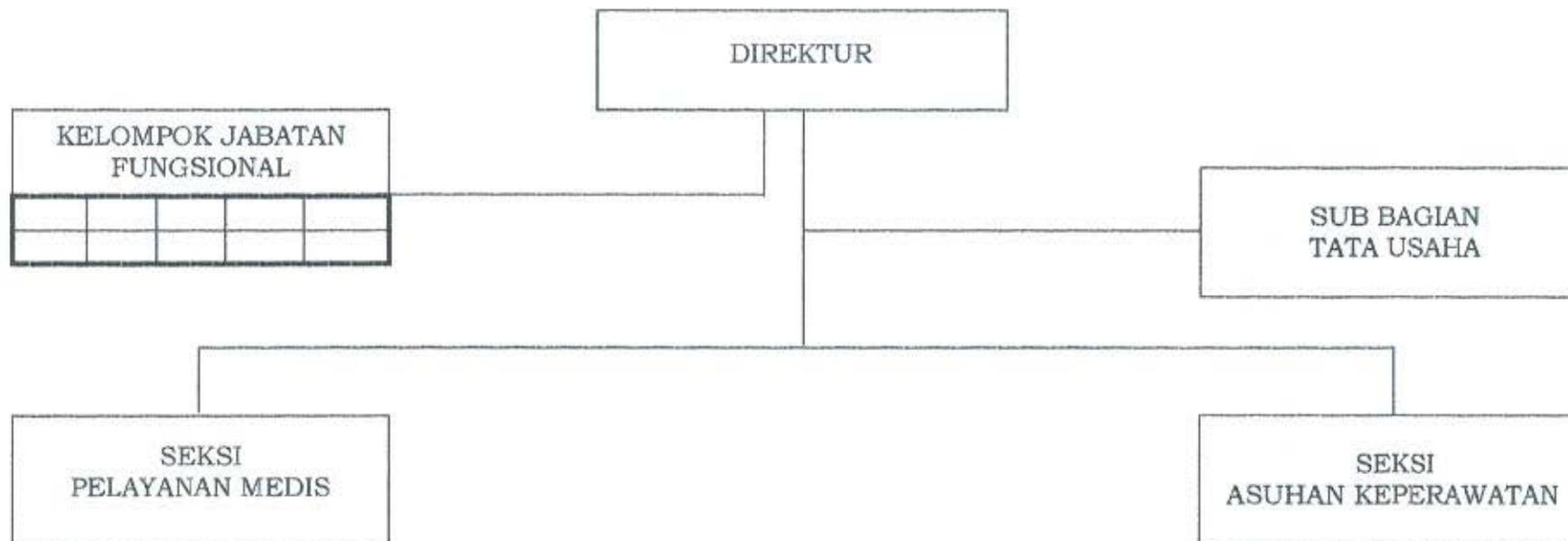
Drs. SOEHADI MOELJONO, MM

Pembina Utama Madya

NIP. 19600131 198603 1 008

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI BOJONEGORO
NOMOR : 13 TAHUN 2017
TANGGAL : 27 MARET 2017

**STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KELAS D SUMBERREJO KABUPATEN BOJONEGORO**



— = GARIS KOMANDO

BUPATI BOJONEGORO,
ttd.
H. S U Y O T O



Salinan sesuai dengan aslinya
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO,

Drs. SOEHADI MOELJONO, MM
Pembina Utama Madya
NIP. 19600131 198603 1 008