



PARAF KOORDINASI		
OPD/UNIT KERJA	BAGIAN HUKUM	
	KABAG	JFT
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

BUPATI GROBOGAN
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI GROBOGAN
NOMOR *32* TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*)
RSUD Dr. R. SOEDJATI SOEMODIARDJO PURWODADI
KABUPATEN GROBOGAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI GROBOGAN,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan BAB II Angka 2.6.1 Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*), perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal (*HOSPITAL BY LAWS*) RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan;

Mengingat :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 1441, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

5. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 93 tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor No. 295, TLN No. 5777);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Penyelenggaraan Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);

15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*);
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) di Rumah Sakit;
17. Peraturan Bupati Grobogan Nomor 95 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Uraian Tugas Jabatan dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi (Berita Daerah Kabupaten Grobogan Tahun 2021 Nomor 95);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RSUD Dr. R. SOEDJATI SOEMODIARDJO PURWODADI KABUPATEN GROBOGAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Grobogan.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Grobogan.
3. Bupati adalah Bupati Grobogan.
4. Rumah Sakit adalah RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan yang merupakan Rumah Sakit Daerah Milik Pemerintah Daerah yang sudah ditetapkan sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus dan sebagai Badan Layanan Umum Daerah penuh.
5. Direktur adalah Direktur RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan.
6. Badan Layanan Umum Daerah RSUD yang selanjutnya disingkat BLUD RSUD adalah sistem yang diterapkan oleh RSUD dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan

keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.

7. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
8. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (*corporate bylaws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff bylaw*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
9. Peraturan Internal Korporasi adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi terselenggara dengan baik melalui hubungan antara pemilik, pengelola dan staf medis di Rumah Sakit.
10. Peraturan Internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme kelompok staf medis di Rumah Sakit.
11. Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat Pejabat Pengelola adalah pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri dari Direktur dan Wakil Direktur.
12. Standar pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggara pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.
13. Standar Pelayanan Minimal RSUD yang selanjutnya disebut SPM RSUD adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal dan juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.

14. Rencana Strategis Bisnis Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat Renstra Bisnis BLUD adalah dokumen perencanaan 5 (lima) tahun yang disusun untuk menjelaskan strategi pengelolaan BLUD dengan mempertimbangkan alokasi sumber daya dan kinerja dengan menggunakan teknik analisis bisnis.
15. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis di rumah sakit.
16. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah Staf Medis di rumah sakit yang dikelompokkan sesuai bidang keahliannya.
17. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
18. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
19. Manajer Pelayanan Pasien adalah staf fungsional yang diberi tugas dan tanggung jawab oleh direktur untuk membantu direktur dalam mengkoordinasikan, mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan, mutu dan keselamatan pasien.
20. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
21. Unit kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
22. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.

23. Surat Izin Praktik medis dan paramedis yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah, maupun Surat Tugas untuk melakukan praktik kedokteran yang dikeluarkan oleh Pemerintah Provinsi kepada Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
24. Surat Ijin Praktik Khusus Rumah Sakit Pendidikan adalah Surat Ijin Praktik yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit Pusat Pendidikan Utama dan berlaku pula di Rumah Sakit Pendidikan Jejaring RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan, begitu juga sebaliknya dari Rumah Sakit Pendidikan Jejaring RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan ke Rumah Sakit Pendidikan Utama.
25. Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
26. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
27. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
28. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
29. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
30. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.

31. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada Rumah Sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan Rumah Sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
32. 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
33. Dokter Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) adalah Dokter peserta didik Spesialisasi dari Rumah Sakit Pendidikan Utama dimana RSUD Dr. R. Soedjati Soemodjardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan merupakan jejaring Rumah Sakit Pendidikan tersebut yang sedang melaksanakan praktik di Rumah Sakit atau mendapatkan tugas dari Pemerintah sesuai ketentuan yang berlaku.
34. Jasa Pelayanan adalah insentif/imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik dan atau pelayanan lainnya.
35. Pengaduan adalah penyampaian keluhan yang disampaikan pengadu kepada pengelola pengaduan pelayanan publik atas pelayanan pelaksana yang tidak sesuai dengan standar pelayanan, atau pengabaian kewajiban dan/atau pelanggaran larangan oleh penyelenggara.

Pasal 2

Maksud Peraturan Internal ini adalah :

- a. mengatur hubungan antara pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili, Direktur Rumah Sakit, dan Staf Medis sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas; dan
- b. meningkatkan kinerja layanan secara profesional kepada masyarakat.

Pasal 3

Tujuan Peraturan Internal ini adalah :

- a. sebagai konstitusi/pedoman dalam pengaturan hubungan tata kerja antara pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili, Direktur Rumah Sakit, dan Staf Medis; dan
- b. Sebagai pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan Rumah Sakit.

Pasal 4

Fungsi Peraturan Internal ini adalah :

- a. sebagai acuan pemilik Rumah Sakit dalam melakukan pengawasan;
- b. sebagai acuan Direktur Rumah Sakit dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional;
- c. sarana menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu layanan;
- d. sarana perlindungan hukum;
- e. sebagai acuan penyelesaian konflik; dan
- f. untuk memenuhi persyaratan akreditasi.

BAB II

RUANG LINGKUP DAN PRINSIP

Pasal 5

- (1) Ruang Lingkup Peraturan Internal Rumah Sakit terdiri dari :
 - a. Korporasi;
 - b. Staf Medis;
 - c. Informasi Medis;
 - d. Tuntutan Hukum; dan
 - e. Pelaksanaan Peraturan Pola Tata Kelola.
- (2) Peraturan Internal menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
 - a. transparansi, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.

- b. akuntabilitas, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit 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.
- c. responsibilitas, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat dengan perundang-undangan.
- d. independensi, 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

PERATURAN INTERNAL KORPORASI

Bagian Kesatu

Identitas Rumah Sakit

Pasal 6

- (1) Identitas Rumah Sakit ditetapkan sebagai berikut:
 - a. Nama Rumah Sakit adalah RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan;
 - b. RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan berdirinya sejak tahun 1924;
 - c. Ulang tahun ditetapkan tanggal 28 Februari sesuai Keputusan Bupati Grobogan Nomor : 445/0629/2003 tentang penetapan nama RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan oleh Bupati Grobogan pada tanggal 28 Februari tahun 2003;
 - d. RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan merupakan Organisasi Bersifat Khusus (OBK) berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Daerah yang merupakan unsur Pemerintah Daerah dalam pelaksanaan tugas di bidang pelayanan Kesehatan;

- e. Kelas rumah sakit adalah RSUD Kelas B yang selanjutnya mengikuti perkembangan penetapan kelas rumah sakit oleh lembaga yang berwenang;
 - f. Alamat rumah sakit adalah Jalan Mayor Jenderal D.I. Panjaitan Nomor 36 Purwodadi Grobogan;
 - g. Logo Rumah Sakit dan arti logo sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Peraturan Bupati ini; dan
 - h. Yel-yel Rumah Sakit adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran II Peraturan Bupati ini.
- (2) Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Direktur yang merupakan seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakit.

Bagian Kedua

Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Program, Motto,
dan Janji Layanan

Pasal 7

- (1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional pada Rumah Sakit ditetapkan Visi " Rumah Sakit Rujukan dan Penyelenggara Pendidikan yang Bermutu Prima, Unggul serta Terpercaya".
- (2) Sebagai upaya untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai misi untuk:
 - a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu prima bagi masyarakat;
 - b. meningkatkan sarana dan prasarana untuk kenyamanan dan keamanan pasien, keluarga dan karyawan;
 - c. meningkatkan kesejahteraan karyawan; dan
 - d. melaksanakan pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan untuk menghasilkan sumber daya manusia yang berkualitas.
- (3) Untuk mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Rumah Sakit mempunyai tujuan :
 - a. meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan RSUD melalui upaya promotif, preventif, kuaratif dan rehabilitatif serta pelayanan rujukan agar tercapai derajat kesehatan yang optimal dan melaksanakan

pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan untuk menghasilkan Sumber Daya Manusia yang berkualitas; dan

- b. meningkatkan kualitas penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan bagi karyawan dan peserta didik.
- (4) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Rumah Sakit memiliki sasaran strategis sebagai berikut :

SASARAN STRATEGIS	
NAMA	INDIKATOR
Meningkatnya kualitas dan kuantitas pelayanan Rumah Sakit	Indek Kepuasan Masyarakat (IKM)
	Net Death Rate (NDR)

- (5) Program Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis RSUD adalah sebagai berikut:
- a. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten; dan
 - b. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat.
- (6) Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.
- (7) Perubahan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan oleh Bupati sebagai pemilik/dewan pengawas sebagai representasi pemilik Rumah Sakit.

Pasal 8

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Rumah Sakit memiliki motto “ Melayani dengan sepenuh hati ”.

Pasal 9

Janji layanan Rumah Sakit kepada masyarakat adalah : Kami menyatakan siap memberikan pelayanan sesuai standar yang

telah ditetapkan, apabila tidak memberikan sesuai standar pelayanan yang telah ditetapkan, kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga
Tanggung Jawab dan Wewenang Bupati
Pasal 10

- (1) Bupati sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan Rumah Sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati berwenang:
 - a. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku representasi pemilik;
 - b. mengesahkan Peraturan Internal Rumah Sakit;
 - c. mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran melalui pejabat yang ditunjuk yaitu Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) dengan diketahui Dewan Pengawas;
 - d. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai peraturan perundang-undangan;
 - e. mengevaluasi kinerja Pejabat Pengelola baik kinerja keuangan, maupun non keuangan 1 (satu) kali dalam satu tahun melalui institusi yang ditunjuk;
 - f. menyediakan anggaran operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis Rumah Sakit;
 - g. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan dan pengelolaan sumber daya manusia Rumah Sakit;
 - h. memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit;
 - i. memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi Rumah Sakit, serta melakukan evaluasi secara berkala misi Rumah Sakit.

- (3) Memberikan advokasi dan tanggung gugat kepada pihak manajemen Rumah Sakit dan para pekerja profesional kesehatan di Rumah Sakit.
- (4) Bupati mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur dalam melaksanakan fleksibilitas dalam rangka efisien dan efektivitas pelaksanaan Rumah Sakit meliputi:
 - a. pengelompokan jenis pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b. melaksanakan perjanjian kerjasama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan pada Rumah Sakit;
 - c. dalam keadaan darurat, melakukan pemenuhan kebutuhan pegawai Rumah Sakit;
 - d. menyusun tata cara kerjasama dalam Peraturan Direktur;
 - e. melakukan publikasi visi dan misi Rumah Sakit;
 - f. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku;

Bagian Keempat

Pelaksanaan Pembinaan dan Pengawasan Rumah Sakit

Pasal 11

- (1) Bupati dan/atau Dewan Pengawas wajib melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit, bilamana diperlukan dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakitannya dan organisasi kemasyarakatan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan Rumah Sakit mengacu pada peraturan perundang-undangan.

Bagian Kelima
Dewan Pengawas
Paragraf 1
Umum
Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas merupakan representasi dari pemilik Rumah Sakit yang dibentuk dengan Keputusan Bupati.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan paling banyak 5 (lima) orang sesuai dengan besarnya omzet dan/atau nilai aset Rumah Sakit, serta 1 (satu) orang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (3) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhalangan tetap, maka Bupati mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi Ketua hingga masa jabatan berakhir atas usulan Direktur Rumah Sakit.
- (4) Dewan Pengawas sebagai representasi pemilik Rumah Sakit bertanggung jawab kepada Bupati.
- (5) Struktur koordinasi Dewan Pengawas sebagai representasi pemilik Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Lampiran III Peraturan Bupati ini.
- (6) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas unsur :
 - a. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi kegiatan perumahsakitian;
 - b. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (7) Tenaga Ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (6) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan Rumah Sakit.
- (8) Pengangkatan Dewan Pengawas dilakukan setelah Pimpinan Rumah Sakit ditetapkan.

- (9) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat :
- a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan Rumah Sakit;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
 - d. memiliki pengetahuan yang memadai tentang tugas dan fungsi Rumah Sakit;
 - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
 - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud dalam ayat (2);
 - h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpinnya dinyatakan pailit;
 - i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon Bupati atau calon Wakil Bupati, dan/atau calon anggota legislatif.

Paragraf 2

Kedudukan, Tugas, Dan Wewenang

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Bupati.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk pada Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakititan secara internal di Rumah Sakit.

- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (5) Dewan Pengawas mempunyai tugas :
 - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - c. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - d. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
 - f. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;

Pasal 14

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai tanggung jawab :

- a. menyetujui dan mengkaji visi misi Rumah Sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi Rumah Sakit;
- b. menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional Rumah Sakit yang diperlukan untuk berjalannya Rumah Sakit sehari-hari;
- c. menyetujui partisipasi Rumah Sakit dalam pendidikan professional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program-program tersebut;
- d. menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis Rumah Sakit;
- e. melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
- f. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- g. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan

- yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis; dan
- h. melakukan pengkajian laporan manajemen risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya dievaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

Paragraf 3

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas berkewajiban melaporkan hasil penilaian kinerjanya kepada pemilik setiap 1 (satu) tahun sekali.
- (2) Penilaian kinerja diukur paling sedikit meliputi:
 - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Penilaian kinerja non keuangan diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (5) Penilaian Kinerja terhadap Dewan Pengawas dilakukan Bupati.
- (6) Penilaian didasarkan pada laporan pelaksanaan tugas dan kepatuhan terhadap Peraturan Perundang-Undangan.

Paragraf 4

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa

jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.

- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena :
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e. mengundurkan diri; dan
 - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada Rumah Sakit, negara, dan/atau Daerah.

Paragraf 5

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Bupati dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.

Paragraf 6
Pembiayaan dan Operasional Dewan Pengawas
Pasal 18

Biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit.

Paragraf 7
Rapat Dewan Pengawas
Pasal 19

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola dan Komite-Komite serta pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 4 (empat) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, Komite-Komite dan pihak lain tertentu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.

Pasal 20

- (1) Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:

- a. terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. terdapat permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit tiga orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
 - (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
 - (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (2) butir b di atas, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya suatu permintaan tersebut.

Pasal 21

- (1) Rapat tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Paragraf 8

Undangan Rapat

Pasal 22

Setiap undangan dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan.

Paragraf 9

Peserta Rapat

Pasal 23

Setiap rapat rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan perwakilan Staf Medis/Komite Medik serta pihak lain yang ada

di lingkup Rumah Sakit dan/atau di luar lingkup Rumah Sakit apabila diperlukan.

Pasal 24

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Paragraf 10

Kuorum

Pasal 25

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Bila Kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang ditentukan, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Paragraf 11

Risalah Rapat

Pasal 26

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah Rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan.

Paragraf 12
Putusan Rapat
Pasal 27

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dekehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Paragraf 13
Pembatalan Putusan Rapat
Pasal 28

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Paragraf 14
Stempel Dewan Pengawas
Pasal 29

- (1) Dewan Pengawas dapat membuat dan menggunakan stempel dewan pengawas dalam rangka pelaksanaan pengadministrasian.
- (2) Setiap dokumen tidak akan dibubuhi stempel Dewan Pengawas selain menyangkut hal-hal yang diputuskan oleh Dewan Pengawas dimana Ketua diberi wewenang untuk menggunakan stempel tersebut dengan persetujuan minimal dua anggota Dewan Pengawas lainnya.

Bagian Keenam
Pejabat Pengelola
Paragraf 1
Struktur Pejabat Pengelola
Pasal 30

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit terdiri dari :
- a. Direktur
 - b. Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahi :
 1. Bagian Umum, membawahi : Sub Bagian Tata Usaha, Sub Bagian Rumah Tangga dan Perlengkapan, dan Sub Bagian Kepegawaian, Pendidikan dan Pelatihan.
 2. Bagian Keuangan, membawahi : Sub Bagian Anggaran dan Mobilisasi Dana, Sub Bagian Perbendaharaan, dan Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi.
 3. Bagian Bina Program, membawahi : Sub Bagian Perencanaan Program dan Pengembangan Rumah Sakit, Sub Bagian Kerjasama, Promosi dan Hubungan Masyarakat, dan Sub Bagian Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit dan Pelaporan.
 - c. Wakil Direktur Pelayanan, membawahi :
 1. Bidang Pelayanan Medik, membawahi : Seksi Pelayanan Medik Rawat Jalan, Gawat Darurat dan Sumber Daya Manusia, dan Seksi Pelayanan Medik Rawat Inap dan Sarana Prasarana Medik.
 2. Bidang Pelayanan Keperawatan, membawahi : Seksi Sumber Daya Pelayanan Keperawatan, dan Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan.
 3. Bidang Pelayanan Penunjang, membawahi : Seksi Pelayanan Penunjang Medik, dan Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang memangku jabatan rangkap sebagai:
- a. Direksi Badan Usaha Milik Negara;
 - b. Direksi pada Rumah Sakit Swasta;

- c. Jabatan lain yang berhubungan dengan pengurusan perusahaan.
- (3) Direktur bertanggung jawab kepada Bupati terhadap operasional, pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta kepegawaian.
 - (4) Wakil Direktur sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf b dan huruf c bertanggung jawab kepada Direktur sesuai bidang tanggung jawab masing-masing.
 - (5) Susunan Pejabat Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
 - (6) Perubahan susunan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan oleh Bupati.
 - (7) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
 - (8) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (7) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatannya.
 - (9) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (7) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
 - (10) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

Paragraf 2

Persyaratan Pejabat Pengelola

Pasal 31

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) huruf a adalah :

- a. seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahnyasakit dan tidak boleh dirangkap oleh pemilik Rumah Sakit serta berkewarganegaraan Indonesia;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;

- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus sebagai Aparatur Sipil Negara;
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan dan bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan dan menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian; dan
- g. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Pasal 32

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Umum dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) huruf b adalah:

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bagian umum, keuangan dan/atau akuntansi;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan Pelayanan Umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
- c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan administrasi Rumah Sakit;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
- e. berstatus sebagai Aparatur Sipil Negara;
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di Rumah Sakit;
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian; dan
- h. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Pasal 33

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) huruf c adalah:

- a. seorang dokter/dokter gigi/dokter spesialis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit;
- d. berstatus sebagai Aparatur Sipil Negara;
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian; dan
- g. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Paragraf 3

Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Kewenangan Direktur

Pasal 34

(1) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) huruf a mempunyai tugas:

- a. menyusun rencana kerja Rumah Sakit berdasarkan program kerja dan hasil evaluasi tahun sebelumnya dan peraturan perundang-undangan;
- b. merumuskan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan Rumah Sakit;
- c. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan program dan kegiatan di lingkup Rumah Sakit;
- d. menyelenggarakan pembinaan, pengawasan dan pengendalian pelayanan kesehatan Rumah Sakit;
- e. melaksanakan operasional Rumah Sakit;

- f. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- g. menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
- h. menetapkan pedoman kerja dan Standar Operasional Prosedur di lingkup Rumah Sakit;
- i. melaksanakan dan mengembangkan pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit;
- j. mengelola manajemen keuangan dan sumber daya Rumah Sakit;
- k. mengoordinasikan pemungutan Pendapatan Asli Daerah yang menjadi tanggung jawab unit kerjanya;
- l. melakukan koordinasi dan kerja sama dengan perangkat daerah/instansi terkait untuk kepentingan pengembangan pelayanan kesehatan Rumah Sakit;
- m. menyelenggarakan dan mengendalikan pengelolaan keuangan, kepegawaian dan barang milik Daerah serta urusan umum di lingkup Rumah Sakit;
- n. menyusun Rencana Strategis, Laporan Kinerja Instansi Pemerintah dan penyusunan bahan Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah Bupati sebagai wujud pertanggungjawaban kinerja aparatur sesuai dengan visi, misi dan tujuan organisasi serta menetapkan indikator kinerja kegiatan Rumah Sakit;
- o. menyusun laporan keuangan, yang terdiri dari realisasi anggaran, penyusunan neraca, arus kas dan catatan atas hasil laporan keuangan Rumah Sakit;
- p. melaksanakan monitoring, mengevaluasi dan menilai kinerja pelaksanaan tugas bawahan secara berkala melalui sistem penilaian yang tersedia;
- q. melaporkan pelaksanaan tugas kepada atasan baik secara lisan maupun tertulis sebagai pertanggungjawaban pelaksanaan tugas;
- r. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan baik lisan maupun tertulis berdasarkan kajian agar pelaksanaan kegiatan berjalan lancar dan optimal serta untuk menghindari penyimpangan; dan

- s. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan bidang tugasnya.
- (2) Direktur dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan.

Pasal 35

Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) huruf a memiliki fungsi :

- a. perumusan kebijakan dibidang pelayanan kesehatan dan prosedur yang dibutuhkan untuk menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dijalankan;
- b. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan kesehatan;
- c. pemberian arahan dan petunjuk teknis serta pengelolaan di bidang pelayanan kesehatan;
- d. pemberian arahan dan petunjuk teknis pemasaran dan informasi pelayanan kesehatan;
- e. penandatanganan naskah dinas keluar;
- f. penyelenggaraan kerjasama dengan pihak lain;
- g. peninjauan Falsafah, Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, dan Janji Layanan Rumah Sakit secara berkala minimal sekali dalam 5 (lima) tahun;
- h. pengumuman visi Rumah Sakit kepada publik;
- i. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas; dan
- j. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Bupati.

Pasal 36

Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) huruf a memiliki tanggung jawab dan wewenang :

- a. mematuhi peraturan perundang-undangan;
- b. menjalankan visi dan misi Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
- c. menetapkan kebijakan Rumah Sakit;

- d. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
- e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
- f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan;
- g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di Rumah Sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas Rumah Sakit;
- h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada pemilik/Dewan Pengawas; dan
- i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.

Pasal 37

- (1) Dalam menjalankan fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan, Direktur bertindak selaku Kuasa Pengguna Anggaran mempunyai tugas dan kewenangan:
 - a. menyusun Rencana Kerja dan Anggaran;
 - b. menyusun Dokumen Pelaksanaan Anggaran;
 - c. menandatangani Surat Perintah Membayar;
 - d. mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - e. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
 - f. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan dan pejabat penatausahaan keuangan; dan
 - g. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah.
- (2) Selain menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur bertindak sebagai Kuasa Pengguna Barang.

Paragraf 4

Tugas dan Fungsi Wakil Direktur Umum Dan Keuangan

Pasal 38

- (1) Tugas Wakil Direktur Umum dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) huruf b adalah memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan bidang perencanaan dan evaluasi, keuangan serta ketatausahaan.
- (2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) huruf b dipimpin oleh seorang Wakil Direktur Umum dan Keuangan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 39

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 38 ayat (1), Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai fungsi:

- a. perumusan pelaksanaan teknis kebijakan di Bagian Perencanaan, Ketatausahaan dan Keuangan;
- b. pemberian arahan dan petunjuk teknis di Bagian Perencanaan, Ketatausahaan, dan Keuangan;
- c. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas di Bagian Perencanaan, Ketatausahaan, dan Keuangan;
- d. penandatanganan naskah dinas keluar sesuai kewenangannya;
- e. penyusunan laporan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
- f. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

Paragraf 5

Tugas dan Fungsi Wakil Direktur Pelayanan

Pasal 40

- (1) Tugas Wakil Direktur Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) huruf c adalah memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan di bidang pelayanan medis dan keperawatan, penunjang dan pengendalian pelayanan.
- (2) Wakil Direktur Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) huruf c dipimpin oleh seorang Wakil Pelayanan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 41

- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (1), Wakil Direktur Pelayanan mempunyai fungsi :
 - a. perumusan pelaksanaan teknis kebijakan di bidang pelayanan;
 - b. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas di bidang pelayanan;
 - c. pemberian arahan dan petunjuk teknis pemasaran dan informasi pelayanan kesehatan;
 - d. pemberian arahan dan petunjuk teknis pelaksanaan pelayanan
 - e. penyempurnaan konsep dan penandatanganan atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
 - f. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya; dan
 - g. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

Pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 42

Direktur dan Wakil Direktur dapat diberhentikan karena :

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan tidak masuk kerja tanpa alasan yang sah secara kumulatif selama 28 (dua puluh delapan) hari kerja atau lebih dalam 1 (satu) tahun;
- c. berhalangan tidak masuk kerja tanpa alasan yang sah secara terus menerus selama 10 (sepuluh) hari kerja;
- d. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik sesuai standar kinerja yang diatur dalam peraturan perundang-undangan;
- e. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah ditetapkan;
- f. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan
- g. terbukti terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih berdasarkan putusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.

Paragraf 6

Evaluasi Kinerja Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 43

- (1) Evaluasi Kinerja Direktur meliputi :
 - a. Evaluasi kinerja Direktur berdasarkan pencapaian kinerja dan mutu Rumah Sakit berdasarkan Rencana Bisnis Anggaran (RBA); dan
 - b. Evaluasi kinerja Direktur terdiri dari pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu non keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
- (2) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Dewan Pengawas setiap tahun 1 (satu) kali setelah memperoleh pendelegasian dari Bupati.
- (3) Evaluasi Kinerja Wakil Direktur Umum dan Keuangan meliputi :

- a. Evaluasi Kinerja Wakil Direktur Umum dan Keuangan berdasarkan pencapaian kinerja umum dan keuangan; dan
 - b. Evaluasi kinerja Wakil Direktur Umum dan Keuangan terdiri dari kinerja mutu umum dan keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
- (4) Evaluasi Kinerja Wakil Direktur Pelayanan meliputi :
- a. Evaluasi Kinerja Wakil Direktur Pelayanan berdasarkan pencapaian kinerja Pelayanan; dan
 - b. Evaluasi kinerja Wakil Direktur Pelayanan terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
- (5) Evaluasi Kinerja Wakil Direktur Umum Dan Keuangan serta Wakil Direktur Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) dinilai oleh Direktur setiap tahun 1 (satu) kali.

Bagian Ketujuh
Paragraf 1
Organisasi Pelaksana
Pasal 44

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan di RSUD dibentuk Organisasi Pelaksana yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan, perubahan jumlah dan jenis Organisasi Pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kemampuan RSUD.
- (3) Organisasi Pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari staf dengan jabatan fungsional yang dipimpin oleh seorang Kepala/ Ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Organisasi Pelaksana mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyelenggarakan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.

- (5) Kriteria Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud ayat (3) diatur dalam Peraturan Bupati Grobogan.

Pasal 45

Kepala Organisasi Pelaksana mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan kepada Direktur.

Paragraf 2

Organisasi dan Jabatan Non Struktural

Pasal 46

- (1) Selain Jabatan Struktural, di RSUD dapat dibentuk Satuan Organisasi yang bersifat Non Struktural dan dipimpin pejabat non struktural yang bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Kelompok Jabatan Non Struktural sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari:
 - a. Satuan Pemeriksaan Internal;
 - b. Komite;
 - c. Instalasi;
 - d. Manager Pelayanan Pasien.
- (3) Kelompok Jabatan Non Struktural sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf a, huruf b dan huruf c ditetapkan dalam Peraturan Bupati Grobogan dan diatur lebih lanjut dalam peraturan.

Paragraf 3

Tim, Panitia dan Kelompok Kerja

Pasal 47

- (1) Direktur dapat membentuk Tim, Panitia dan Kelompok Kerja dan menetapkan honor dalam rangka peningkatan pelaksanaan pelayanan kesehatan pada RSUD untuk menyelesaikan suatu tugas tertentu.
- (2) Tim, Panitia dan Kelompok Kerja dimaksud pada ayat (1) merupakan kebijakan dengan mempertimbangkan

kemampuan keuangan RSUD, susunan keanggotaan, kualifikasi anggota dan jumlah anggota.

BAB IV
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 48

Staf Medis Rumah Sakit terdiri dari :

- a. Staf Medis Aparatur Sipil Negara;
- b. Staf Medis pegawai profesional Rumah Sakit; dan
- c. Staf Medis mitra.

Pasal 49

Staf Medis Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 huruf a, yaitu dokter Aparatur Sipil Negara yang bekerja penuh waktu sebagai pegawai tetap Rumah Sakit, yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 50

- (1) Staf Medis pegawai profesional Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 huruf b, yaitu dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang berstatus tenaga kontrak dan yang telah terikat perjanjian kerja dengan Rumah Sakit dan/atau Institusi Pendidikan dan ditetapkan berdasarkan Keputusan Penempatan di Rumah Sakit oleh Direktur.
- (2) Staf Medis pegawai profesional Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis Rumah Sakit apabila telah menyelesaikan masa kontrak atau berhenti atas persetujuan bersama.
- (3) Staf Medis pegawai profesional Rumah Sakit yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat bekerja kembali untuk masa kontrak

berikutnya setelah menandatangani perjanjian kerja baru dengan pihak Rumah Sakit.

Pasal 51

Staf Medis mitra sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 huruf c, yaitu 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 Medis yang ada di Rumah Sakit atau untuk melaksanakan tugas suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Pasal 52

- (1) Untuk menjadi Staf Medis Rumah Sakit seorang Staf Medis harus memiliki :
 - a. kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. STR; dan
 - c. SIP.
- (2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Staf Medis harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang laik untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.

Pasal 53

- (1) Staf Medis Rumah Sakit berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dibidang pelayanan medis.
- (2) Staf Medis fungsional dapat melimpahkan tindakan medis tertentu kepada Perawat berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.

Pasal 54

Dalam melaksanakan fungsinya Staf Medis 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; dan
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran.

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis Staf Medis
Pasal 55

- (1) Setiap Staf Medis Rumah Sakit diberikan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) oleh Direktur sesuai standar profesi setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan buku putih (*white paper*).
- (2) Kewenangan Klinis seorang Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (*behavior*).

Pasal 56

- (1) Untuk dapat memberikan rekomendasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 ayat (1) Komite Medik menetapkan rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) dari syarat-syarat kompetensi yang dibutuhkan untuk setiap jenis pelayanan medis bagi setiap jenis pelayanan di Rumah Sakit.
- (2) Penetapan rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium spesialisasi dan didokumentasikan oleh Komite Medik dalam buku putih.
- (3) Buku putih sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menjadi dasar bagi Komite Medik dalam mengeluarkan rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk Staf Medis.

Bagian Ketiga
Surat Penugasan Klinis
Pasal 57

- (1) Pemberian Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 ayat (1) diberikan Direktur melalui penerbitan surat Penugasan Klinis.
- (2) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Staf Medis sebagai dasar untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.
- (3) Berdasarkan surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka seorang Staf Medis tergabung menjadi anggota kelompok (*member*) Staf Medis yang memiliki Kewenangan Klinis untuk melakukan pelayanan medik di Rumah Sakit.
- (4) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) seorang Staf Medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.
- (5) Dengan dibekukan atau diakhirinya Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) seorang Staf Medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medik di Rumah Sakit.

Pasal 58

Direktur dapat memberikan surat Penugasan Klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*) kepada dokter tamu atau dokter pengganti.

Pasal 59

Dalam keadaan *emergency* atau bencana yang menimbulkan banyak korban, semua Staf Medis Rumah Sakit dapat diberikan Kewenangan Klinis oleh Direktur untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar Kewenangan Klinis yang dimilikinya sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Keempat
Masa Kerja Staf Medis
Pasal 60

- (1) Staf Medis Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 huruf a, memiliki masa kerja sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan.
- (2) Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 huruf b dan huruf c, memiliki masa kerja sesuai dengan perjanjian dan/atau Keputusan Direktur.

Pasal 61

- (1) Staf Medis Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 huruf a yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis pegawai profesional Rumah Sakit atau Staf Medis mitra sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan tenaganya masih dibutuhkan oleh Rumah Sakit.
- (2) Staf Medis Aparatur Sipil Negara yang sudah pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (1), untuk dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis pegawai profesional Rumah Sakit atau diangkat kembali sebagai Staf Medis mitra, 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 (2), Direktur meminta Komite Medik untuk melakukan kajian kompetensi calon Staf Medis melalui Sub Komite Kredensial.
- (4) Selain Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur juga dapat mempekerjakan Staf Medis spesialis mandiri/dari luar yang diikat dengan perjanjian kerjasama/kontrak berdasarkan analisis kebutuhan yang dilakukan dengan membuat kajian terlebih dahulu oleh Komite Medik Sub Komite Kredensial.

- (5) Jangka waktu perjanjian kerjasama sebagaimana dimaksud ayat (4) berdasarkan kesepakatan kedua belah pihak dengan mempertimbangkan efektivitas, efisien dan kemampuan keuangan.
- (6) Tata cara pelaksanaan perjanjian kerja sama diatur dalam peraturan Direktur sebagai pedoman dalam pengelolaan kerjasama di Rumah Sakit.

Pasal 62

Staf Medis diberhentikan dengan hormat karena :

- a. telah memasuki masa pensiun;
- b. permintaan sendiri;
- c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai Staf Medis; atau
- d. berhalangan tetap karena sakitnya sehingga tidak dapat melaksanakan tugas.

Pasal 63

Staf Medis dapat diberhentikan dengan tidak hormat apabila terbukti melakukan perbuatan melawan hukum dengan ancaman pidana lebih dari 5 (lima) tahun berdasarkan putusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.

Bagian Kelima

Penilaian Kinerja Staf Medis

Pasal 64

Penilaian kinerja Staf Medis dilakukan oleh Komite Medik melalui sub komite mutu dan profesi, ketua kelompok Staf Medis dan Kepala Bidang Pelayanan medik yang disampaikan kepada Direktur, dan merupakan rekomendasi bagi Direktur untuk mengambil kebijakan.

Bagian Keenam
Pembinaan dan Pengawasan
Pasal 65

- (1) Pembinaan dan pengawasan Staf Medis terkait Kredensial, mutu profesi serta etik dan disiplin profesi dilakukan oleh Direktur melalui Komite Medik berkoordinasi dengan Wakil Direktur Pelayanan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan selain terkait Kredensial, mutu profesi serta etik dan disiplin profesi dilakukan oleh Direktur melalui Pejabat Struktural yang membidangi.

Bagian Ketujuh
Sanksi
Pasal 66

- (1) Seluruh Staf Medis Rumah Sakit yang melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, aturan Rumah Sakit, klausul-klausul dalam perjanjian kerjasama atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (2) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa :
 - a. teguran lisan atau tertulis;
 - b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis Aparatur Sipil Negara; atau
 - d. pemutusan perjanjian kerjasama bagi Staf Medis pegawai profesional Rumah Sakit dan Staf Medis mitra yang masih berada dalam masa kontrak saja.
- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terkait pelanggaran Kredensial, mutu profesi serta etik dan disiplin profesi, dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Medik dalam hal ini Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.
- (4) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terkait selain pelanggaran Kredensial, mutu profesi serta etik dan disiplin profesi, dilakukan oleh Direktur setelah

mengkaji berbagai hal bersama pejabat struktural yang membidangi.

- (5) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (6) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis kepada Direktur.
- (7) Apabila Staf Medis melakukan sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

Bagian Kedelapan
Kelompok Staf Medis
Pasal 67

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal terdiri atas 1 (satu) orang dokter yang merangkap sebagai ketua dan anggota kelompok Staf Medis.

Pasal 68

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya melalui mekanisme yang ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Ketua kelompok Staf Medis dapat dijabat oleh Dokter Aparatur Sipil Negara atau dokter pegawai profesional Rumah Sakit.
- (3) Ketua Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali.

Pasal 69

Tanggung jawab Ketua Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (1) meliputi :

- a. melakukan evaluasi atas kinerja anggota Kelompok Staf Medis berdasarkan data yang komprehensif;
- b. memberikan kesempatan kepada anggota Kelompok Staf Medis untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- c. memberikan masukan kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran; dan
- d. memberikan laporan secara teratur paling sedikit 1 (satu) kali setiap tahun 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.

Pasal 70

Kewajiban Ketua Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (1) meliputi :

- a. menyusun dan melakukan revisi 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 71

- (1) Terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi Staf Medis dilakukan penilaian kinerja oleh Direktur sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dan etik disiplin Staf Medis dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan yang berlaku.

Bagian Kesembilan
Usulan Perubahan Peraturan Internal
Staf Medis Oleh Staf Medis
Pasal 72

- (1) Staf medis melalui Komite Medik dapat mengajukan usulan perubahan Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff bylaws*) melalui rapat khusus yang diselenggarakan.
- (2) Usulan untuk perubahan Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff bylaws*) hanya dapat dilaksanakan melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk keperluan tersebut.
- (3) Usulan perubahan Peraturan Internal Staf Medis diterima pimpinan Rumah Sakit untuk dibahas bersama dengan Komite Medik dan perwakilan Staf Medis yang selanjutnya disetujui di tingkat Rumah Sakit, dan akan diusulkan sebagai bagian dari usulan revisi Peraturan Internal (*Hospital By Laws*).

Bagian Kesepuluh
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis
Pasal 73

- (1) Peran Staf Medis terhadap kelengkapan rekam medis :
 - a. Staf Medis harus mengambil tindakan yang diperlukan untuk menjamin kelengkapan rekam medis tiap pasien yang ditangani di Rumah Sakit terpelihara dengan baik; dan
 - b. pelanggaran atas ketentuan sebagaimana dimaksud pada huruf a, Staf Medis dapat dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Peran Staf Medis dalam pengiriman jaringan untuk pemeriksaan patologi :
 - a. Staf Medis mengirimkan jaringan yang dikeluarkan pada waktu operasi untuk pemeriksaan patologi; dan
 - b. Staf Medis harus melakukan pemeriksaan terhadap pasien secara cermat dan teliti, serta mencatat diagnosis prabedah.

- (3) Peran Staf Medis dalam konsultasi kepada pasien adalah wajib memberikan kesempatan yang cukup bagi pasien/keluarga pasien yang hendak melakukan konsultasi mengenai penyakit yang diderita pasien serta asuhan medis yang diterima.
- (4) Peran Staf Medis terkait persetujuan tindakan medis :
- a. semua tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
 - b. persetujuan sebagaimana dimaksud pada huruf (a) dapat diberikan secara tertulis maupun lisan.
 - c. persetujuan sebagaimana dimaksud pada huruf (a) diberikan setelah pasien/keluarga pasien mendapat penjelasan dari Staf Medis.
 - d. setiap tindakan medis yang mengandung resiko 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.
 - e. tindakan medis yang tidak termasuk dalam ketentuan sebagaimana dimaksud pada huruf d dapat diberikan dengan persetujuan lisan dan diberikan dalam bentuk ucapan setuju atau bentuk gerakan menganggukkan kepala yang dapat diartikan sebagai ucapan setuju.
 - f. dalam hal persetujuan lisan yang diberikan sebagaimana dimaksud pada huruf e dianggap meragukan, maka dapat dimintakan persetujuan tertulis.
 - g. dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien dan atau mencegah kecacatan tidak diperlukan persetujuan tindakan medis, dan Staf Medis wajib memberikan penjelasan sesegera mungkin kepada pasien atau keluarga pasien setelah pasien sadar.
 - h. Staf Medis yang akan melakukan tindakan medis mempunyai tanggung jawab utama memberikan informasi dan penjelasan yang diperlukan kepada pasien/keluarga pasien.

- i. informasi dan penjelasan sebagaimana dimaksud pada huruf (h) meliputi :
 1. diagnosis dan tata cara tindakan medis;
 2. tujuan tindakan medis;
 3. alternatif tindakan lain dan resikonya;
 4. resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 5. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
 6. perkiraan biaya.

Bagian Kesebelas

Komite Medik

Paragraf 1

Pembentukan

Pasal 74

- (1) Komite Medik dibentuk dengan Keputusan Direktur.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan Staf Medis.
- (3) Komite Medik mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (4) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan bagi Komite Medik untuk melaksanakan fungsinya.

Paragraf 2

Susunan, Fungsi, Tugas dan Kewenangan

Pasal 75

Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:

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

Pasal 76

- (1) Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 huruf a ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis.
- (2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 huruf b dan huruf c ditetapkan

oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis.

- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah Staf Medis di Rumah Sakit.
- (5) Dalam hal diperlukan Wakil Ketua Komite Medik, maka Wakil Ketua Komite Medik diusulkan oleh Ketua Komite Medik dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.

Pasal 77

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Komite Medik terbagi dalam 3 (tiga) Subkomite, yaitu :
 - a. Subkomite Kredensial;
 - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- (3) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang Staf Medis yang memiliki surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

Pasal 78

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*);
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis (*delineation of clinical privilege*);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut Audit Medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 79

- (1) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 ayat (2) huruf a sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme Staf Medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Subkomite Kredensial memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1. kompetensi;
 - 2. kesehatan fisik dan mental; dan
 - 3. perilaku 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. pemberian rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan surat Penugasan Klinis.

Pasal 80

- (1) Subkomite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 ayat (2) huruf b, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas memelihara mutu profesi Staf Medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Subkomite Mutu Profesi memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a. pelaksanaan Audit Medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis Rumah Sakit tersebut;
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis yang membutuhkan; dan
 - e. pemantauan dan pengendalian mutu profesi dilakukan melalui :
 - 1. pemantauan kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), Audit Medis, *journal reading*; dan
 - 2. Tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Pasal 81

- (1) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 ayat (2) huruf c, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Subkomite Etika dan Disiplin Profesi memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan Staf Medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf 3

Kredensial

Pasal 82

- (1) Rekomendasi dari Komite Medik untuk pemberian Kewenangan Klinis dilakukan melalui proses Kredensial.
- (2) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya Rumah Sakit dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh Staf Medis yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (3) Rumah Sakit wajib melakukan proses Kredensial sebagaimana dimaksud ayat (1) untuk memverifikasi keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan Kewenangan Klinis agar yang bersangkutan bisa melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi.
- (4) Upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan cara mengatur agar setiap pelayanan medis yang

dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh Staf Medis yang benar-benar memiliki kompetensi.

- (5) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi 2 (dua) aspek yaitu:
 - a. kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, ketrampilan dan perilaku profesional; dan
 - b. kompetensi fisik dan mental.

Pasal 83

- (1) Setelah seorang Staf Medis dinyatakan kompeten melalui suatu proses Kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian Kewenangan Klinis.
- (2) Tanpa adanya pemberian Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang Staf Medis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

Paragraf 4

Rekredensial

Pasal 84

- (1) Paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum penerbitan surat Penugasan Klinis habis masa berlakunya, Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur dengan mengisi formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit melalui Subkomite Kredensial harus melakukan rekredensial terhadap Staf Medis yang bersangkutan.
- (3) Mekanisme dan proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses Kredensial.

- (4) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Medik kepada Direktur 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 85

- (1) Mekanisme Kredensial dan rekredensial di Rumah Sakit merupakan tanggung jawab Komite Medik.
- (2) Proses Kredensial dan rekredensial dilaksanakan oleh Subkomite Kredensial.

Paragraf 5

Rapat-Rapat

Pasal 86

Rapat Komite Medik terdiri dari:

- a. rapat rutin;
- b. rapat khusus; dan
- c. rapat tahunan.

Pasal 87

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (2) Rapat rutin bersama semua kelompok Staf Medis dan/atau dengan semua Staf Medis, dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (3) Rapat rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Wakil Ketua dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu dari

anggota yang hadir dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik tidak hadir.

- (4) 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 untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.
- (5) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 88

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 huruf b diadakan apabila:
 - a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota Staf Medis;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 14 (empat belas) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 89

- (1) Rapat tahunan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 huruf c diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 5 (lima) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 90

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 huruf b dan huruf c wajib dihadiri oleh Direktur, Wakil Direktur Pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.

Pasal 91

- (1) Keputusan rapat Komite Medik didasarkan pada musyawarah mufakat dan/atau suara terbanyak.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama, maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.

Pasal 92

- (1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Paragraf 6

Panitia *Adhoc*

Pasal 93

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh Panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Medik.

- (3) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari Staf Medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Mitra Bestari (*per group*) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan sekelompok Staf Medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
- (5) Staf Medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Paragraf 7

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 94

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh Menteri, Badan Pengawas Rumah Sakit, Dewan Pengawas Rumah Sakit, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, dan Perhimpunan/asosiasi perumahsakititan dengan melibatkan perhimpunan atau kolegium profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan, pihak-pihak yang bertanggung jawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

BAB V
TUNTUTAN HUKUM DAN PEMBERIAN BANTUAN HUKUM
Pasal 95

- (1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit dituntut berkaitan dengan hukuman pidana dan/atau perdata, maka tindak lanjutnya berdasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka Rumah Sakit bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan/SPO yang telah ditetapkan.
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu yang diduga tidak mematuhi aturan/SPO yang telah ditetapkan, maka Rumah Sakit memfasilitasi pendampingan hukum terhadap individu yang diduga melakukan kesalahan.
- (4) Apabila hasil penelitian menunjukkan kebenaran dugaan kesalahan, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberlakukan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (5) Pemerintah Daerah dapat menyediakan anggaran terhadap kasus penyelesaian hukum terhadap masyarakat sebagai perlindungan hukum dan bantuan hukum sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud ayat (5) dilakukan sesuai mekanisme yang berlaku melalui koordinasi dengan pihak berwajib/penegak hukum.

BAB VI
PELAKSANAAN PERATURAN
POLA TATA KELOLA

Pasal 96

Seluruh pelaksanaan dan petunjuk teknis dari Peraturan Internal ini akan diatur dalam peraturan di tingkat Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Direktur.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 97

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, maka Peraturan Bupati Grobogan Nomor : 12 Tahun 2020 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 98

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Purwodadi
pada tanggal 25 Juli 2022

Diundangkan di Purwodadi
pada tanggal 25 Juli 2022

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN GROBOGAN

MOHAMAD SUMARSONO

BUPATI GROBOGAN

SRI SUMARNI

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI GROBOGAN
NOMOR 32 TAHUN 2022
TENTANG
PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*)
RSUD Dr. R. SOEDJATI SOEMODIARDJO
PURWODADI KABUPATEN GROBOGAN

LOGO RSUD Dr. R. SOEDJATI SOEMODIARDJO PURWODADI
KABUPATEN GROBOGAN

1. Logo



2. Arti logo Rumah Sakit

- a. Gambar melingkar saling berangkulan melambangkan semangat kebersamaan dan kegotong-royongan.
- b. Warna dalam gambar orang berangkulan menunjukkan nilai-nilai yang mendukung penyelenggaraan pelayanan di RSUD yang berkualitas:
 - Warna Merah melambangkan semangat dan energik;
 - Warna Hijau melambangkan kesan sehat dan alami;
 - Warna Oranye melambangkan kebahagiaan dan kebebasan;
 - Warna Biru Muda melambangkan kepercayaan dan profesionalisme;
 - Warna Ungu Muda Kreativitas;
 - Warna Silver melambangkan Canggih dan harmonis;
 - Warna Kuning memberikan kesan Optimis.
- c. Warna gambar orang berangkulan juga mencerminkan unsur yang mendukung keberlangsungan pelayanan di RSUD yaitu:
 - Pemerintah;
 - Pengguna layanan;
 - Badan atau pelaku usaha di luar rumah sakit;
 - Akademisi;

- Organisasi Profesi;
- Lembaga Swadaya Masyarakat;
- Media.

d. Gambar Palang dengan tulisan SS :

- Palang melambangkan kesehatan;
- SS singkatan dari Soedjati Soemodiardjo.

BUPATI GROBOGAN



LAMPIRAN II : PERATURAN BUPATI GROBOGAN
NOMOR 31 TAHUN 2022
TENTANG
PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*)
RSUD Dr. R. SOEDJATI SOEMODIARDJO
PURWODADI KABUPATEN GROBOGAN

YEL-YEL RSUD Dr. R. SOEDJATI SOEMODIARDJO PURWODADI
KABUPATEN GROBOGAN

- SEMANGAT PAGI : PAGI, PAGI, LUAR BIASA
- GROBOGAN : HEBAT !
- GROBOGAN : LEBIH SEJAHTERA, BERDAYA SAING, BERIMAN
DAN BERBUDAYA
- SIMPATIK : TETAP SEMANGAT
- KINERJA : OKE, OKE
- AKREDITASI : PARIPURNA
- ZONA INTEGRITAS : • ORA KORUPSI
• ORA NGAPUSI

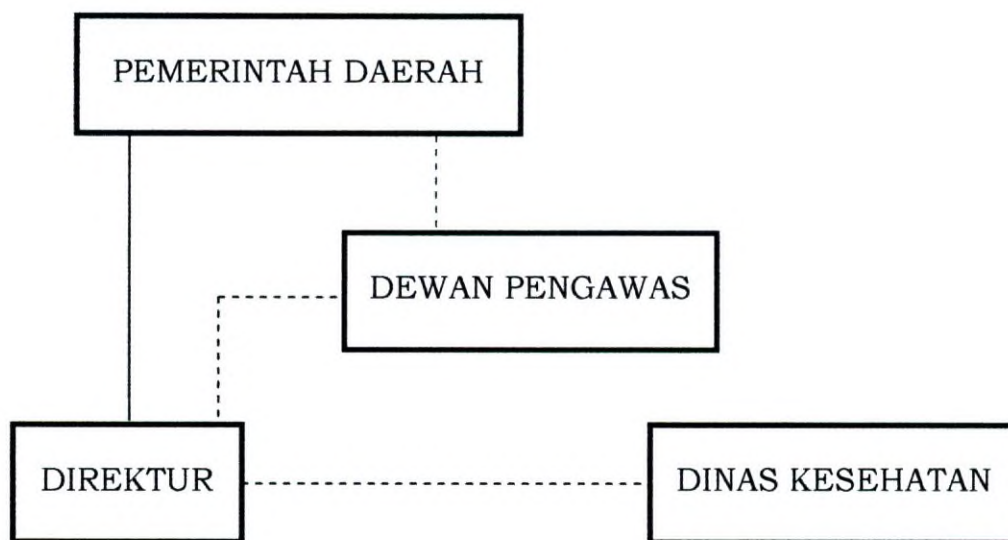
BUPATI GROBOGAN



SRI SUMARNI

LAMPIRAN III : PERATURAN BUPATI GROBOGAN
NOMOR 32 TAHUN 2022
TENTANG
PERATURAN INTERNAL (HOSPITAL BY LAWS)
RSUD Dr. R. SOEDJATI SOEMODIARDJO
PURWODADI KABUPATEN GROBOGAN

STRUKTUR KEPEMILIKAN
RSUD Dr. R. SOEDJATI SOEMODIARDJO PURWODADI KABUPATEN GROBOGAN



BUPATI GROBOGAN

SRI SUMARNI