



SALINAN

BUPATI PONOROGO
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI PONOROGO
NOMOR 54 TAHUN 2018

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. HARJONO S. KABUPATEN PONOROGO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PONOROGO,

- Menimbang : a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, maka dari itu perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
- b. bahwa beberapa ketentuan dalam Peraturan Bupati Ponorogo Nomor 45 Tahun 2015 tentang Peraturan Internal RSUD Dr. Harjono S. Kabupaten Ponorogo, sudah tidak sesuai dengan perkembangan sehingga perlu ditinjau dan diatur kembali;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, maka perlu mengatur dan menetapkan kembali Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono S. Kabupaten Ponorogo;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam lingkungan Propinsi 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 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya & Dati II Surabaya dengan mengubah Undang-undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam lingkungan Propinsi Jawa Timur & Undang-Undang 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan DI. Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4430);

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pola 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 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5341);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 295, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5777);
10. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;

16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 772/Menkes/SKNI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/III/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 631/Menkes/SK/III/2015 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical staff by law*);
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.02.03/I/1148/2016 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Harjono S. sebagai Rumah Sakit Pendidikan;
23. Peraturan Daerah Kabupaten Ponorogo Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Ponorogo Tahun 2016 Nomor 6);
24. Peraturan Bupati Ponorogo Nomor 37 Tahun 2008 tentang Uraian Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Harjono S. Kabupaten Ponorogo (Berita Daerah Kabupaten Ponorogo Tahun 2008 Nomor 37);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. HARJONO S. KABUPATEN PONOROGO.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Kabupaten adalah Kabupaten Ponorogo.
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Ponorogo.
3. Bupati adalah Bupati Ponorogo.
4. Pemilik adalah Pemerintah Kabupaten Ponorogo.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono S. Kabupaten Ponorogo.
6. Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/atau kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi.
7. Pelayanan kesehatan adalah segala pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

8. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan yang mengatur hubungan antara Pemerintah Kabupaten Ponorogo dengan Pengelola dan Staf Medis Rumah Sakit.
9. Peraturan Internal Staf Medis adalah peraturan yang mengatur hubungan, hak dan kewajiban dan Direksi dan Staf Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono S. Kabupaten Ponorogo.
10. Dewan Pengawas adalah pengawas yang melakukan pengawasan operasional dibentuk dengan keputusan Bupati atas usulan Direktur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
11. Jabatan struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri atas Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Sub Bidang dan Kepala Sub Bagian (kelompok manajemen).
12. Jabatan fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang Aparatur Sipil Negara dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
13. Direktur adalah Direktur RSUD Dr. Harjono S. Kabupaten Ponorogo.
14. Wakil Direktur adalah Wakil Direktur RSUD Dr. Harjono S. Kabupaten Ponorogo yang terbagi menjadi dua yaitu Wakil Direktur Medik dan Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan.
15. Profesi Kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapat pendidikan formal kesehatan dan melaksanakan fungsi melayani masyarakat dengan usaha pelayanan penyakit dan mental untuk menjadi sehat.
16. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu rawat jalan, rawat inap, rawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
17. Pelayanan medis spesialis dasar adalah pelayanan medis spesialis penyakit dalam, spesialis kebidanan dan penyakit kandungan, spesialis bedah dan spesialis anak.
18. Pelayanan medis spesialis luas adalah pelayanan medis spesialis dasar ditambah : pelayanan spesialis telinga, hidung dan tenggorokan, spesialis mata, spesialis syaraf, spesialis jiwa, spesialis kulit dan kelamin, spesialis jantung, spesialis paru, spesialis radiologi, spesialis anestesi, spesialis rehabilitasi medis, spesialis patologi, spesialis gigi dan mulut, kedokteran forensik dan mediko legal, dan pelayanan spesialis lainnya sesuai dengan kebutuhan.
19. Pelayanan medis sub spesialis adalah pelayanan sub spesialis yang ada di pelayanan medis spesialis bedah, spesialis anak, spesialis kebidanan dan penyakit kandungan, spesialis penyakit dalam, spesialis paru dan pelayanan sub spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
20. Unit kerja adalah tempat staf medis menjalankan profesinya, yang dapat berbentuk Instalasi, Bagian atau Bidang.
21. Komite Medis adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
22. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.

23. Komite Profesi Kesehatan Lainnya adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme Profesi Kesehatan selain Medis dan Keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi
24. Komite Etik adalah wadah Non-Struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan Etika pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah Etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit.
25. Satuan Pengawas Internal (SPI) adalah perangkat rumah sakit yang bertugas 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.
26. Kelompok Staf Medis (KSM) adalah sekumpulan staf medis dengan spesialisasi dan atau keahlian yang sejenis, hampir sejenis atau seminat.
27. Staf medis adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis yang telah terikat perjanjian dengan rumah sakit maupun yang ditetapkan berdasarkan surat keputusan penempatan di rumah sakit dari pejabat yang berwenang sebagai tenaga tetap dan memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan medis di Rumah Sakit, termasuk tindakan medis diagnostik maupun terapeutik.
28. Staf medis pengganti adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis yang telah terikat perjanjian dengan rumah sakit maupun yang ditetapkan berdasarkan surat keputusan penempatan di rumah sakit dari pejabat yang berwenang dan hanya memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan medis di rumah sakit dalam rangka menggantikan tugas profesi seorang staf medis yang berhalangan.
29. Peserta Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) adalah calon dokter spesialis yang mengikuti pendidikan lanjutan di RSUD Dr. Harjono S. Kabupaten Ponorogo dengan melakukan tindakan medis tertentu untuk jangka waktu tertentu.
30. Staf Medis Konsultan Tamu adalah seorang dokter spesialis atau sub spesialis yang telah diketahui memiliki reputasi tinggi di bidang keahliannya yang diminta oleh Rumah Sakit untuk melakukan tindakan medis tertentu untuk jangka waktu tertentu.
31. 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.
32. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas staf medis, komite medis, dan sub komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis.

BAB II PERATURAN INTERNAL RSUD Dr. HARJONO S. PONOROGO

Bagian Kesatu Maksud Dan Tujuan

Pasal 2

Tujuan disusunnya Peraturan Bupati ini adalah :

- a. mengatur tentang hubungan antara Pemerintah Kabupaten Ponorogo sebagai Pemilik dengan Pengelola dan Staf Medis RSUD;
- b. mengatur hubungan antara manajemen dengan para dokter dalam menjalankan *corporate governance* dan *clinical governance* sesuai dengan kaidah hukum dan keprofesian;
- c. sebagai perangkat hukum internal yang sampai pada batas-batas tertentu mengakui kemandirian profesi medis untuk mengatur dan mendisiplinkan sendiri anggotanya;
- d. memberi landasan hukum yang pasti bagi klinisi dan mengambil keputusan klinis serta menjalankan tindakan kepada pasien sesuai dengan ijin yang diberikan kepadanya;
- e. untuk mencegah dan menyelesaikan konflik antara profesional atau kelompok-kelompok profesi yang bekerja di rumah sakit;
- f. memberi kepastian dan perlindungan hukum bagi pasien bahwa haknya dihormati dan akan mendapatkan pelayanan yang profesional dan bermutu.

Bagian Kedua
Filosofi, Azas Dan Nilai RSUD

Pasal 3

- (1) Filosofi RSUD adalah ikhlas mengabdikan kepada masyarakat dengan memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, bermutu dan mengutamakan keselamatan pasien. Serta melaksanakan fungsi pendidikan rumah sakit dengan sebaik-baiknya guna peningkatan kualitas sumber daya kesehatan.
- (2) RSUD diselenggarakan berazaskan Pancasila.
- (3) Nilai dasar dalam penyelenggaraan RSUD adalah kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial.

Bagian Ketiga
Visi, Misi, Tujuan, Strategi

Pasal 4

- (1) Visi RSUD adalah "Terwujudnya RSUD Dr. Harjono S. sebagai pilihan utama pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kabupaten Ponorogo dan sekitarnya".
- (2) Misi RSUD adalah :
 - a. meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit;
 - b. meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan ketrampilan sumber daya Rumah Sakit, baik medis, paramedis maupun tenaga yang lain;
 - c. meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana Rumah Sakit baik medis maupun non medis;
 - d. memberikan kontribusi nyata untuk pendidikan, pelatihan dan penelitian yang terintegrasi dengan pelayanan dalam rangka meningkatkan Sumber Daya Manusia (SDM) dan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK); dan
 - e. meningkatkan koordinasi, konsolidasi sesama karyawan, pemerintah dan lembaga masyarakat untuk mencapai kepentingan bersama.
- (3) Tujuan RSUD adalah :
 - a. keselamatan dan kenyamanan pasien, masyarakat, lingkungan Rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;

- b. pelayanan kesehatan yang terstandar namun tetap terjangkau oleh semua golongan masyarakat;
 - c. loyalitas pasien, *stake holder* dan pegawai;
 - d. menjadi Rumah Sakit Pendidikan di wilayah Ponorogo dan sekitarnya; dan
 - e. pengelolaan yang baik, transparan dan akuntabel serta memberikan perlindungan hukum kepada pasien/klien, pemberi pelayanan, serta penyelenggara rumah sakit.
- (4) Strategi yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan adalah :
- a. tujuan keselamatan dan kenyamanan pasien, masyarakat, lingkungan Rumah Sakit dan sumber daya manusia di Rumah Sakit, strateginya :
 - 1. melengkapi fasilitas/sarana prasarana sesuai standar Rumah Sakit type B Pendidikan;
 - 2. akreditasi Rumah Sakit yang berkelanjutan dan berkesinambungan;
 - 3. memilih teknologi medik dan obat-obatan serta penggunaan sumberdaya selalu mempertimbangkan mutu dan keselamatan;
 - 4. menyediakan sumberdaya yang mendukung dan mendorong budaya keselamatan; dan
 - 5. melengkapi berbagai perizinan sesuai peraturan yang berlaku.
 - b. tujuan pelayanan kesehatan yang berstandar namun tetap terjangkau oleh semua golongan masyarakat, strateginya:
 - 1. pendidikan dan pelatihan baik *in house training* maupun *eks house training* yang berkelanjutan (pelatihan dasar, keterampilan maupun motivasi); dan
 - 2. meningkatkan pelayanan dan melengkapi SDM sesuai standar Rumah Sakit type B Pendidikan.
 - c. tujuan loyalitas pasien, *stake holder* dan pegawai, strateginya :
 - 1. Pelayanan prima;
 - 2. Komunikasi dan jaring aspirasi pasien, masyarakat, *stake holder* dan pegawai; dan
 - 3. Promosi dan publikasi melalui media cetak, elektronik, internet dan kegiatan masyarakat untuk membangun citra Rumah Sakit yang terdepan dalam kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) dan kelengkapan peralatan.
 - d. menjadi Rumah Sakit Pendidikan di wilayah Ponorogo dan sekitarnya, strateginya :
 - 1. Menjalin komunikasi dan kerjasama dengan institusi pendidikan tenaga kesehatan di Ponorogo dan sekitarnya;
 - 2. Memenuhi standar Rumah Sakit pendidikan secara bertahap;
 - 3. Menyelenggarakan penelitian dalam rangka mendukung jejaring pendidikan di bidang kesehatan; dan
 - 4. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan terintegrasi dengan mengutamakan tata kelola klinis yang baik, perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain berbasis bukti dengan memperhatikan aspek etika profesi dan hukum kesehatan.
 - e. pengelolaan yang baik, transparan dan akuntabel serta memberikan perlindungan hukum kepada pasien/klien, pemberi pelayanan, serta penyelenggara rumah sakit strateginya :
 - 1. menjalin komunikasi dan kerjasama dengan *stake holder* (pemasok barang dan jasa, pelayanan kesehatan swasta;

2. forum komunikasi internal dan eksternal (Forpimda, DPRD, LSM, tokoh masyarakat, perangkat kecamatan dan desa); dan
3. selalu mengikuti perkembangan informasi hukum dan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keempat
Kedudukan, Tugas Pokok Dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 5

- (1) Kedudukan RSUD adalah sebagai salah satu Lembaga Teknis Daerah Pemerintah Kabupaten Ponorogo di bidang pelayanan kesehatan perorangan, yang dipimpin oleh seorang Direktur yang bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tugas pokok Rumah Sakit adalah melaksanakan upaya kesehatan perorangan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
- (3) Fungsi RSUD adalah : menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi :
 - a. pelayanan medis;
 - b. pelayanan penunjang medis dan non medis;
 - c. pelayanan asuhan keperawatan;
 - d. pelayanan rujukan;
 - e. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan;
 - f. pelaksanaan penelitian dan pengembangan;
 - g. pengelolaan administrasi dan keuangan; dan
 - h. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh kepala daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

BAB III
ORGANISASI

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 6

- (1) Susunan organisasi RSUD terdiri dari :
 - a. Pemilik;
 - b. Dewan Pengawas;
 - c. Pejabat Pengelola RSUD;
 - d. Bidang dan Bagian;
 - e. Organisasi Pelaksana;
 - f. Komite Medis;
 - g. Komite Keperawatan;
 - h. Komite Profesi Kesehatan lainnya;
 - i. Komite Etik;
 - j. Satuan Pengawasan Internal; dan
 - k. Kelompok Jabatan Fungsional.

- (2) Apabila dipandang perlu, Direktur dapat membentuk Komite lainnya sesuaiKebutuhan.

Bagian Kedua
Pemilik

Pasal 7

- (1) Pemilik RSUD adalah Pemerintah Kabupaten Ponorogo.
- (2) Pemerintah Kabupaten bertanggungjawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan RSUD sesuai dengan yang diharapkan masyarakat.
- (3) Pemerintah Kabupaten memiliki kewajiban sebagai berikut :
- a. selaku pemilik berkewajiban mengalokasikan sumberdaya yang dimiliki dalam mendukung pencapaian visi misi RSUD;
 - b. selaku pemilik berkewajiban melakukan pembinaan kepada RSUD dengan memberikan kuasa kepada Sekretaris Daerah atau pejabat lain yang ditunjuk;
 - c. selaku pemilik berkewajiban menjaga agar tujuan pendirian RSUD tetap terlaksana dan memberikan manfaat yang semaksimal mungkin bagi negara dan daerah untuk kepentingan peningkatan kesejahteraan rakyat;
 - d. selaku pemilik harus memiliki mekanisme pengangkatan dan pemberhentian Dewan Pengawas dan Pejabat Pengelola;
 - e. selaku pemilik harus memiliki mekanisme penilaian kinerja Rumah Sakit dan penilaian kinerja masing-masing Dewan Pengawas dan Pejabat Pengelola;
 - f. selaku pemilik harus memiliki mekanisme untuk mengesahkan RSB, RBA dan Laporan Pertanggungjawaban Tahunan, dengan tepat waktu; dan
 - g. selaku pemilik harus memiliki mekanisme baku dan transparan menyangkut pemberian persetujuan atas semua kegiatan RSUD yang memerlukan persetujuan Bupati.
- (4) Pemerintah Kabupaten selaku pemilik memiliki hak sebagai berikut :
- a. melaksanakan segala wewenang yang tidak diserahkan kepada Dewan Pengawas dan/atau Pejabat Pengelola;
 - b. memperoleh informasi material mengenai RSUD secara tepat waktu dan teratur;
 - c. memperoleh dan menindaklanjuti laporan mengenai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dilaksanakan RSUD setiap 3 (tiga) bulan sekali;
 - d. melakukan evaluasi kinerja dari manajer senior RSUD minimal 1 (satu) tahun sekali.
- (5) Pemerintah Kabupaten dalam melaksanakan tanggungjawabnya memiliki kewenangan sebagai berikut:
- a. menetapkan peraturan tata kelola dan standar pelayanan minimum rumah sakit beserta perubahannya;
 - b. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola (manajer senior beserta perangkatnya) dan Dewan Pengawas;
 - c. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
 - d. menetapkan peraturan internal RSUD;
 - e. memberikan persetujuan atas rencana strategis dan rencana manajemen rumah sakit, maupun kebijakan dan prosedur operasional;

- f. memberikan persetujuan atas strategi RSUD dan program yang terkait dengan pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian, kemudian memberikan pengawasan terhadap mutu program;
- g. menyetujui dan menetapkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta melakukan review atas pelaksanaannya;
- h. menetapkan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUD;
- i. memberikan persetujuan atas misi rumah sakit dan melakukan review berkala 1 (satu) tahun sekali atas pelaksanaan misi tersebut;
- j. menetapkan tarif layanan RSUD;
- k. menyetujui dan mengesahkan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) RSUD;
- l. memberikan persetujuan atas modal (*capital*) dan anggaran operasional RSUD;
- m. menyetujui investasi jangka panjang;
- n. melakukan evaluasi kinerja dari Dewan Pengawas dan manajer senior RSUD;
- o. menetapkan remunerasi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Pegawai RSUD;
- p. menyetujui pemindahtanganan barang milik RSUD selain tanah dan/atau bangunan yang bernilai sampai dengan Rp 5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah);
- q. menetapkan penghapusan barang milik RSUD yang masuk kriteria : tidak berada dalam penguasaan RSUD, tidak dapat digunakan, tidak dapat dimanfaatkan, tidak dapat dipindahtangankan atau alasan lain sesuai ketentuan perundangan;
- r. menetapkan penghapusan piutang RSUD secara mutlak dan bersyarat yang bernilai sampai dengan Rp 5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah);
- s. mengalihgunakan tanah dan bangunan yang tidak digunakan RSUD untuk penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi RSUD;
- t. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien yang harus dipenuhi oleh Rumah Sakit;
- u. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit yang harus dipenuhi oleh Rumah Sakit; dan
- v. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi dan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga
Dewan Pengawas

Pasal 8

Ketentuan mengenai Dewan Pengawas diatur tersendiri dalam Peraturan Bupati.

Bagian Keempat
Pejabat Pengelola RSUD

Pasal 9

- (1) Pengelola RSUD adalah pimpinan RSUD yang bertanggungjawab terhadap kinerja operasional RSUD, terdiri atas :
 - a. Pemimpin BLUD yaitu Direktur RSUD;
 - b. Pejabat Keuangan yaitu Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan; dan
 - c. Pejabat Teknis yaitu Wakil Direktur Medis.

- (2) Pemimpin BLUD (Direktur RSUD) bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah terhadap kinerja operasional dan keuangan rumah sakit secara umum dan keseluruhan.
- (3) Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis bertanggungjawab kepada Pemimpin BLUD.
- (4) Komposisi Pejabat Pengelola BLUD RSUD dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (5) Perubahan komposisi jabatan sebagaimana ayat (4) ditetapkan oleh Bupati.
- (6) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola BLUD RS ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (7) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (8) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan RSUD.
- (9) Pejabat Pengelola BLUD RSUD diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Bupati.
- (10) Dalam hal Direktur berasal dari Pegawai Negeri Sipil (PNS), maka yang bersangkutan merupakan pengguna anggaran dan barang daerah.
- (11) Dalam hal Direktur berasal dari unsur non Pegawai Negeri Sipil (PNS), maka yang bersangkutan bukan merupakan pengguna anggaran dan barang daerah.
- (12) Dalam hal Direktur bukan pegawai negeri sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (11), maka yang menjadi pengguna anggaran dan barang daerah adalah wakil direktur yang berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil (PNS).

Pasal 10

Syarat untuk dapat diangkat menjadi direktur adalah :

- a. seorang dokter/dokter spesialis atau dokter gigi/dokter gigi spesialis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang manajemen perumahsakit;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil dan/atau Non Pegawai Negeri Sipil;
- e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di RSUD.

Pasal 11

Direktur 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 peraturan perundang-undangan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan
- f. terlibat dalam suatu perbuatan yang melanggar hukum yang ancaman hukuman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih.

Pasal 12

- (1) Wakil Direktur RSUD terdiri atas Wakil Direktur Medik dan Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan.
- (2) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Medik adalah :
 - a. seorang dokter/dokter spesialis atau dokter gigi/dokter gigi spesialis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan rumah sakit;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha demi kemandirian rumah sakit;
 - c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
 - d. berstatus pegawai negeri sipil;
 - e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian; dan
 - f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di rumah sakit.
- (3) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan adalah :
 - a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang umum dan keuangan;
 - 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 pegawai negeri sipil;
 - e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian; dan
 - f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di rumah sakit.

Pasal 13

Wakil Direktur 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 peraturan perundang-undangan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan
- f. terlibat dalam suatu perbuatan yang melanggar hukum yang ancaman hukuman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih.

Pasal 14

Tugas dan kewajiban Direktur dan Wakil Direktur adalah :

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

- b. mengumumkan visi dan misi RSUD kepada masyarakat;
- c. memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan RSUD;
- d. mewakili RSUD di dalam dan di luar pengadilan;
- e. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola RSUD sebagaimana yang digariskan;
- f. memperhatikan pengelolaan RSUD dengan berwawasan lingkungan, menyiapkan Rencana Strategi Bisnis (RSB) dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) RSUD;
- g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi RSUD sesuai ketentuan yang berlaku;
- h. menyampaikan laporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Bupati;
- i. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala; dan
- j. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan RSUD.

Pasal 15

Wewenang direktur adalah :

- a. memberikan perlindungan kepada dokter dengan mengikut sertakan dokter pada asuransi tanggung gugat profesional;
- b. menetapkan kebijakan operasional RSUD;
- c. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap rumah sakit;
- d. mengangkat dan memberhentikan pegawai RSUD non PNS sesuai peraturan perundang-undangan;
- e. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan;
- f. memberikan penghargaan pegawai, karyawan, dan profesional yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
- g. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- h. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen manakala diperlukan;
- i. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- j. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- k. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya; dan
- l. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari Wakil Direktur.

Pasal 16

Tanggungjawab Direktur menyangkut hal-hal sebagai berikut :

- a. kebenaran kebijaksanaan RSUD;
- b. kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan RSUD;
- c. kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya;
- d. meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan;

- e. melaksanakan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba secara optimal; dan
- f. mendukung pencapaian program-program prioritas Nasional bidang Kesehatan.

Pasal 17

Tugas dan kewajiban Wakil Direktur Medik adalah:

- a. menyusun rencana pelayanan medis, penunjang medis dan non medis dengan mempertimbangkan rekomendasi dari komite-komite yang ada di RSUD;
- b. melaksanakan kegiatan pelayanan medis, penunjang medis dan non medis, umum dan administrasi sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran (RBA);
- c. memonitor pelaksanaan kegiatan pelayanan medis, penunjang medis dan non medis;
- d. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang pelayanan medis, penunjang medis dan non medis;
- e. melaksanakan koordinasi secara intensif dengan komite medis dalam rangka menjamin dan meningkatkan mutu pelayanan medis agar sesuai dengan standar pelayanan RSUD;
- f. mengkoordinasikan pelaksanaan serta pemantauan dengan bekerjasama dengan Satuan Pengawas Internal; dan
- g. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Direktur.

Pasal 18

Tugas dan kewajiban Wakil Direktur Umum dan Keuangan adalah:

- a. mengkoordinasikan penyusunan Rencana Bisnis Anggaran (RBA);
- b. menyiapkan Daftar Pelaksanaan Anggaran RSUD;
- c. melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
- d. menyelenggarakan pengelolaan kas;
- e. melakukan pengelolaan utang-piutang;
- f. menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
- g. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
- h. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan;
- i. mengkoordinasikan pengelolaan sistem remunerasi, pola tarif dan pelayanan administrasi keuangan;
- j. melaksanakan administrasi umum dan kepegawaian serta kehumasan RSUD;
- k. mengkoordinasikan pelaksanaan serta pemantauan dengan bekerjasama dengan Satuan Pengawas Internal; dan
- l. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Direktur.

Bagian Kelima Bidang dan Bagian

Pasal 19

- (1) Bidang dan Bagian adalah satuan kerja struktural yang merupakan unsur bantuan pendukung.
- (2) Bidang dan Bagian dipimpin oleh seorang kepala yang bertanggungjawab kepada Wakil Direktur yang menjadi atasan langsungnya.
- (3) Bidang dan Bagian mempunyai tugas pokok melaksanakan fungsi manajemen RSUD sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

- (4) Bidang dan Bagian mempunyai tugas membantu Direksi dalam mengkaji, mereview, memilih dan memantau Kerjasama Klinis dan/atau Kerjasama Manajerial.

Pasal 20

- (1) Wakil Direktur Medik sebagaimana dimaksud pada Pasal 14, membawahi dan mengkoordinir :
- a. Bidang Pelayanan Medik, yang terdiri atas :
 1. Seksi Rawat Jalan dan Rawat Darurat; dan
 2. Seksi Rawat Inap dan Rawat Intensif.
 - b. Bidang Pelayanan Keperawatan, yang terdiri atas:
 1. Seksi Pelayanan Tenaga; dan
 2. Seksi Bimbingan Pengendalian Mutu dan Mutu Keperawatan.
 - c. Bidang Penunjang Medik dan Farmasi, yang terdiri atas :
 1. Seksi Pelayanan Penunjang Medik; dan
 2. Seksi Pelayanan Farmasi.
- (2) Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada Pasal 14, membawahi dan mengkoordinir :
- a. Bagian Tata Usaha, yang terdiri atas :
 1. Sub Bagian Umum dan Perbekalan;
 2. Sub Bagian Personalia dan Diklat; dan
 3. Sub Bagian Hubungan Masyarakat dan Publikasi.
 - b. Bagian Keuangan, yang terdiri atas :
 1. Sub Bagian Mobilisasi Dana; dan
 2. Sub Bagian Verifikasi Pembendaharaan dan Akuntansi.
 - c. Bagian Perencanaan Program, yang terdiri atas :
 1. Sub Bagian Penyusunan dan Evaluasi Progra ; dan
 2. Sub Bagian Rekam Medis dan Informasi Medis.

Bagian Keenam Organisasi Pelaksana

Pasal 21

- (1) Dalam rangka penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi/unit kerja yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi dan unit kerja ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi dan unit kerja dipimpin oleh Kepala Instalasi atau Kepala Unit Kerja yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Kepala Instalasi dan Kepala Unit Kerja dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional serta bertanggungjawab kepada Kepala Bidang atau Kepala Bagian yang menjadi atasan langsungnya.
- (5) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan instalasi dan unit kerja wajib berkoordinasi dengan seksi atau sub bagian terkait.
- (6) Pembentukan dan perubahan instalasi dan unit kerja didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (7) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.

- (8) Kepala instalasi dan unit kerja mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing.

Bagian Ketujuh
Komite Medik

Pasal 22

- (1) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur RSUD dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Komite medis berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Komite medis mempunyai tugas membantu Direktur meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di RSUD dengan cara melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD, memelihara mutu profesi staf medis dan menjaga disiplin, etika, serta perilaku profesi staf medis.
- (4) Dalam melaksanakan tugas komite medik dapat dibantu oleh panitia ad-hoc.
- (5) Panitia ad-hoc adalah kelompok kerja khusus didalam komite medis yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus.
- (6) Pembentukan panitia ad-hoc ditetapkan oleh Direktur.
- (7) Susunan, fungsi, tugas dan kewajiban, serta tanggungjawab dan kewenangan Komite Medis diuraikan lebih lanjut dalam Bagian Peraturan Internal Staf Medis.
- (8) Pembentukan Komite Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur untuk masa kerja 3 (tiga) tahun.

Bagian Kedelapan
Komite Keperawatan

Pasal 23

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Susunan Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari seorang Ketua, seorang Sekretaris dan sub komite.
- (3) Tugas Komite Keperawatan adalah membantu Direktur untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD dengan cara melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di RSUD, memelihara mutu profesi tenaga keperawatan dan menjaga disiplin, etika serta perilaku profesi perawat dan bidan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas, komite keperawatan dapat dibantu oleh panitia ad-hoc.
- (5) Panitia ad-hoc berasal dari tenaga keperawatan yang tergolong sebagai mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur RSUD berdasarkan usulan Ketua Komite Keperawatan.
- (6) Tata kelola klinis yang baik di RSUD yang harus dilaksanakan oleh tenaga perawat dan tenaga bidan akan diuraikan lebih lanjut di dalam Peraturan Internal Staf Keperawatan yang disusun oleh Komite Keperawatan dan disahkan dengan Peraturan Direktur.

- (7) Pembentukan komite keperawatan ditetapkan oleh Direktur untuk masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (8) Dalam menjalankan tugasnya Komite Keperawatan wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite Medis, Manajemen Keperawatan dan Instalasi terkait.

Bagian Kesembilan
Komite Profesi Kesehatan Lainnya

Pasal 24

- (1) Komite Profesi Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Susunan Komite Profesi Kesehatan Lainnya sekurang-kurangnya terdiri dari seorang Ketua, seorang Sekretaris dan sub komite.
- (3) Tugas Komite Profesi Kesehatan Lainnya adalah membantu Direktur untuk meningkatkan profesionalisme tenaga Profesi Kesehatan selain Medis dan Keperawatan yang bekerja di RSUD dengan cara melakukan kredensial bagi seluruh tenaga Profesi Kesehatan Lainnya yang akan melakukan pelayanan Profesi Kesehatan Lainnya di RSUD, memelihara mutu profesi tenaga Profesi Kesehatan Lainnya dan menjaga disiplin, etika serta perilaku Profesi Kesehatan Lainnya.
- (4) Dalam melaksanakan tugas, komite Profesi Kesehatan Lainnya dapat dibantu oleh panitia ad-hoc.
- (5) Panitia ad-hoc berasal dari tenaga Profesi Kesehatan Lainnya yang tergolong sebagai mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur RSUD berdasarkan usulan Ketua Komite Profesi Kesehatan Lainnya.
- (6) Pembentukan komite Profesi Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur untuk masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (7) Dalam menjalankan tugasnya Komite Profesi Kesehatan Lainnya wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite Medis, Komite Keperawatan dan Instalasi terkait.

Bagian Kesepuluh
Komite Etik

Pasal 25

Komite Etik adalah wadah Non-Struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan Etika pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah Etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit.

Bagian Kesebelas
Satuan Pengawas Internal

Pasal 26

- (1) Untuk membantu Direktur dalam sidang pengawasan internal dan monitoring dibentuk Satuan Pengawas Internal.
- (2) Satuan Pengawas Internal adalah kelompok jabatan non struktural yang bertugas membantu Direktur melaksanakan pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya RSUD.

- (3) Pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah untuk mengawasi agar pengelolaan sumber daya RSUD dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku untuk mencapai tujuan organisasi.
- (4) Satuan Pengawas Internal berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (5) Satuan Pengawas Internal dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Keduabelas
Kelompok Jabatan Fungsional

Paragraf 1
Umum

Pasal 27

- (1) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya, antara lain :
 - a. Staf medis fungsional;
 - b. Staf keperawatan fungsional; dan
 - c. Staf fungsional lainnya.
- (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 yang berlaku.

Paragraf 2
Staf Medis Fungsional

Pasal 28

- (1) Kelompok Staf Medis adalah kelompok dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang bekerja di bidang medis spesialisasi tertentu dalam jabatan fungsional.
- (2) Kelompok Staf Medis berkedudukan dibawah Kepala Bidang Pelayanan Medis dan beranggotakan staf medic.
- (3) Pembentukan Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Kelompok Staf Medis mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya, kelompok staf medis menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait dan dikoordinir oleh seorang Ketua yang dipilih oleh masing-masing kelompok staf medis dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 3
Staf Keperawatan Fungsional

Pasal 29

- (1) Staf keperawatan fungsional berperan mengatur kegiatan profesi, mengkoordinasikan pengembangan staf keperawatan dan menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar pelayanan dan asuhan keperawatan yang berlaku.
- (2) Anggota staf keperawatan fungsional diangkat dan ditempatkan oleh Direktur sesuai prosedur yang berlaku.
- (3) Keanggotaan staf keperawatan fungsional dapat diberhentikan oleh Direktur sesuai prosedur yang berlaku.
- (4) Staf keperawatan fungsional dipimpin oleh seorang Ketua.
- (5) Staf keperawatan fungsional ditugaskan sesuai staf keperawatan seminat.
- (6) Untuk membentuk staf-staf keperawatan fungsional minimal 5 (lima) orang anggota staf keperawatan seminat.
- (7) Anggota staf keperawatan fungsional mempunyai tugas melaksanakan pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan keperawatan.

Paragraf 4
Staf Fungsional Lainnya

Pasal 30

Staf Fungsional Lainnya adalah tenaga Profesi Kesehatan selain Medis dan Keperawatan yang bekerja di RSUD yang akan melakukan pelayanan Profesi Kesehatan Lainnya di RSUD Harjono S. Ponorogo

BAB IV
TATA KERJA

Pasal 31

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan RSUD wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horisontal baik di lingkungannya serta dengan unit organisasi yang lainnya sesuai tugas masing-masing.
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.
- (4) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala pada waktunya.

- (5) Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan satuan organisasi dan bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahannya.
- (6) Wakil Direktur Pelayanan, Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian, Kepala Seksi, Kepala Instalasi dan Kepala Unit Kerja wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya secara berjenjang.
- (7) Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

BAB V PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Pasal 32

- (1) 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.
- (2) Sumber daya manusia RSUD dapat berasal dari :
 - a. Pegawai Negeri Sipil (PNS); dan
 - b. Non Pegawai Negeri Sipil (non PNS).
- (3) Penerimaan pegawai RSUD adalah sebagai berikut :
 - a. untuk pegawai yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) dilakukan sesuai dengan ketentuan Pemerintah Daerah yang berlaku;
 - b. untuk pegawai non Pegawai Negeri Sipil (PNS) dilakukan rekrutmen, Kerja Sama Operasional (KSO), magang, atau cara-cara lain yang efektif dan efisien;
 - c. penerimaan pegawai RSUD non Pegawai Negeri Sipil (PNS) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, dilakukan dengan cara seleksi, meliputi seleksi administrasi, test psikologi, seleksi akademik dan ketrampilan, wawancara dan test kesehatan; dan
 - d. kerjasama operasional dilaksanakan sesuai kebutuhan dan dilakukan oleh Direktur dengan pihak ketiga.
- (4) Kenaikan pangkat Pegawai Negeri Sipil (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 yang berlaku.
- (5) Kenaikan pangkat pegawai non Pegawai Negeri Sipil (PNS) adalah merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja pegawai yang bersangkutan terhadap kinerja Rumah Sakit dan diberikan berdasarkan ketentuan yang berlaku dan ditetapkan oleh Direktur.
- (6) 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.

- c. kenaikan pangkat pilihan adalah penghargaan yang diberikan kepada PNS yang menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu.
- (7) Rotasi pegawai baik PNS dan non PNS secara internal bagi pegawai PNS dan non PNS yang tidak menduduki jabatan struktural dilaksanakan dan ditetapkan oleh Direktur dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (8) Rotasi dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
- a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan ketrampilannya;
 - b. masa kerja di unit tertentu;
 - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - d. kegunaannya dalam menunjang karir;
 - e. kompetensi, perilaku dan kemampuan (*skill*); dan
 - f. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Pasal 33

- (1) Pegawai RSUD dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang ditetapkan oleh pejabat yang berwenang dan/atau non Pegawai Negeri Sipil (PNS) sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pegawai RSUD yang berasal dari non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (3) Pengangkatan pegawai RSUD yang berasal dari PNS disesuaikan dengan peraturan perundangan-undangan.
- (4) Pengangkatan pegawai RSUD yang berasal dari non Pegawai Negeri Sipil (PNS) dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam peningkatan pelayanan.
- (5) Pengangkatan pegawai RSUD yang berasal dari non Pegawai Negeri Sipil (PNS) dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pasal 34

- (1) Disiplin Pegawai adalah kesanggupan Pegawai untuk menaati kewajiban dan menghindari larangan yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan dan/atau peraturan kedisiplinan yang apabila tidak ditaati atau dilanggar dijatuhi hukuman disiplin yang dituangkan dalam :
- a. Daftar hadir;
 - b. Laporan kegiatan; dan
 - c. Daftar Penilaian Pekerjaan Pegawai/SKP.
- (2) Hukuman disiplin adalah hukuman yang dijatuhkan kepada pegawai karena melanggar peraturan disiplin pegawai.
- (3) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai untuk pegawai yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS), meliputi :
- a. Hukuman disiplin ringan, yang terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis, dan pernyataan tidak puas secara tertulis;
 - b. Hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan pangkat setingkat lebih rendah selama 1 (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan

- c. Hukuman disiplin berat yang terdiri dan penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 3 (tiga) tahun, pemindahan dalam rangka penurunan jabatan setingkat lebih rendah, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas 'permintaan sendiri sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS), dan pemberhentian tidak hormat sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS).
- (4) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai untuk pegawai yang berstatus non Pegawai Negeri Sipil (PNS):
- a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri dari teguran tertulis, dan pernyataan tidak puas secara tertulis;
 - b. hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan
 - c. hukuman disiplin berat yang terdiri dari pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai pegawai RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo dan pemberhentian tidak hormat sebagai pegawai RSUD.
- (5) Selain hukuman disiplin sebagaimana dirnaksud pada ayat (2), kepada pegawai yang melakukan tindakan pelanggaran peraturan disiplin pegawai dapat diberikan sanksi tambahan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di RSUD.

Pasal 35

- (1) Pemberhentian pegawai yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) diatur menurut ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pemberhentian pegawai yang berstatus non Pegawai Negeri Sipil (PNS) dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit non Pegawai Negeri Sipil (PNS) mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan/atau tidak diperpanjang masa kontraknya;
 - b. pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun dilaksanakan apabila :
 1. pegawai rumah sakit non Pegawai Negeri Sipil (PNS) telah memasuki masa batas usia pensiun sebagai berikut:
 - a. batas usia pensiun tenaga medis 60 tahun;
 - b. batas usia pensiun tenaga perawat 58 tahun; dan
 - c. batas usia pensiun tenaga non medis 58 tahun.
 2. pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai Rumah Sakit non Pegawai Negeri Sipil (PNS) melakukan tindakan-tindakan pelanggaran sesuai yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB VI REMUNERASI

Pasal 36

- (1) Remunerasi adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji pejabat pengelola (direksi), honorarium, jasa pelayanan, insentif pegawai yang ditetapkan dengan mempertimbangkan prinsip proporsionalitas, kesetaraan dan kepatutan sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan yang selanjutnya akan diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.

- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), untuk RSUD ditetapkan oleh Bupati berdasarkan usulan pimpinan Rumah Sakit melalui Sekretaris Daerah Kabupaten Ponorogo.

BAB VII STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 37

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum, maka RSUD wajib melaksanakan standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan.
- (2) Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diusulkan oleh pimpinan RSUD dan ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (3) Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.
- (4) Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan :
 - a. fokus pada jenis pelayanan;
 - b. terukur;
 - c. dapat dicapai;
 - d. relevan dan dapat diandalkan; dan
 - e. tepat waktu;
- (5) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, rnengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi RSUD.
- (6) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (7) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (8) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (9) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

BAB VIII TARIF LAYANAN

Pasal 38

- (1) RSUD dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbal hasil yang wajar dan investasi dana untuk menutup seluruh atau sebagian dan biaya per unit layanan.

- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran pembayaran oleh pihak penjamin dengan besaran sesuai perjanjian kerjasama atau besaran tarif pola tarif sesuai jenis layanan RSUD.
- (5) Tarif layanan RSUD diusulkan oleh Pimpinan RSUD kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (6) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (7) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (6), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (8) Bupati dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (6), dapat membentuk Tim.
- (9) Pembentukan Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (8), ditetapkan oleh Bupati yang keanggotaannya dapat berasal dari :
 - a. Unsur RSUD;
 - b. Pembina teknis;
 - c. Pembina Keuangan; dan
 - d. Unsur perguruan tinggi dan/atau Lembaga profesi.
- (10) Peraturan Bupati mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (11) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (10), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.

BAB IX PENDAPATAN

Pasal 39

- (1) Pendapatan RSUD dapat bersumber dari
 - a. jasa layanan;
 - b. hibah;
 - c. hasil kerjasama dengan pihak lain;
 - d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Ponorogo;
 - e. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN); dan
 - f. lain-lain pendapatan RSUD yang sah.
- (2) Pendapatan RSUD yang bersumber dari jasa layanan dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (3) Pendapatan RSUD yang bersumber dari hibah dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (4) Hasil kerjasama dengan pihak lain dapat berupa perolehan dan kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi RSUD.
- (5) Pendapatan RSUD yang bersumber dari pendapatan yang berasal dari otorisasi kredit anggaran pemerintah daerah bukan dan kegiatan pembiayaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).
- (6) Pendapatan RSUD yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan dan lain-lain.

- (7) RSUD dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan, proses pengelolaan keuangan diselenggarakan secara terpisah berdasarkan ketentuan yang berlaku dalam pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN).
- (8) Lain-lain pendapatan RSUD yang sah, antara lain :
 - a. hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;
 - b. hasil pemanfaatan kekayaan;
 - c. jasa giro;
 - d. pendapatan bunga;
 - e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - f. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh Rumah Sakit; dan
 - g. hasil investasi.
- (9) Seluruh pendapatan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran RSUD sesuai Rencana Bisnis Anggaran (RBA).
- (10) Hibah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (11) Seluruh pendapatan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf f, dilaksanakan melalui rekening kas RSUD dan dicatat dalam kode rekening kelompok Pendapatan Asli Daerah pada jenis Lain-lain Pendapatan Asli Daerah yang Sah dengan obyek Pendapatan Jasa Layanan Umum Badan Layanan Umum Daerah.
- (12) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (11) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.
- (13) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (12), sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

BAB X BIAYA

Pasal 40

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

- (6) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (7) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (8) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (6), terdiri dari;
 - a. biaya pegawai;
 - b. biaya bahan;
 - c. biaya jasa pelayanan;
 - d. biaya pemeliharaan;
 - e. biaya barang dan jasa; dan
 - f. biaya pelayanan lain-lain.
- (9) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (7), terdiri dari :
 - a. biaya pegawai;
 - b. biaya administrasi kantor;
 - c. biaya pemeliharaan;
 - d. biaya barang dan jasa;
 - e. biaya promosi; dan
 - f. biaya umum dan administrasi lain.
- (10) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) terdiri dari:
 - a. biaya bunga;
 - b. biaya administrasi bank;
 - c. biaya kerugian penjualan aset tetap;
 - d. biaya kerugian penurunan nilai; dan
 - e. biaya non operasional lain-lain.
- (11) Seluruh pengeluaran biaya RSUD yang bersumber sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan dan Daerah (PPKD) setiap triwulan :
 - a. seluruh pengeluaran biaya RSUD yang bersumber sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan Surat Perintah Membayar (SPM) Pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggungjawab Mutlak (SPTJM); dan
 - b. Format Surat Pernyataan Tanggungjawab Mutlak (SPTJM) dan format laporan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada huruf a, sesuai peraturan yang berlaku.
- (12) Pengeluaran biaya RSUD diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan :
 - a. fleksibilitas pengeluaran biaya RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (11), merupakan pengeluaran biaya yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas Rencana Bisnis Anggaran (RBA) yang telah ditetapkan secara definitive;
 - b. fleksibilitas pengeluaran biaya RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (11), hanya berlaku untuk biaya Rumah Sakit, yang berasal dari pendapatan selain dari Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara (APBN)/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Ponorogo dan hibah terikat;

- c. fleksibilitas pengeluaran biaya RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (11), tidak berlaku untuk RSUD yang berstatus Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD) bertahap; dan
 - d. dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Ponorogo kepada Pejabat Pengelola Keuangan dan Daerah (PPKD) melalui Sekretaris Daerah Kabupaten Ponorogo.
- (13) Ambang batas Rencana Bisnis Anggaran (RBA) sebagaimana dimaksud dalam ayat (12) huruf a, ditetapkan dengan besaran persentase :
- a. besaran persentase ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional RSUD;
 - b. besaran persentase sebagaimana dimaksud pada huruf a, ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA) dan Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) RSUD oleh Pejabat Pengelola Keuangan dan Daerah (PPKD); dan
 - c. persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada huruf a, merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

BAB XI PENGELOLAAN SUMBERDAYA LAIN

Pasal 41

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

BAB XII PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT

Pasal 42

- (1) Direktur menunjuk pejabat yang mengelola lingkungan RSUD antara lain lingkungan fisik, kimia, biologi serta pembuangan limbah yang berdampak pada kesehatan lingkungan internal dan eksternal serta halaman, taman, dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan, dan keselamatan;

BAB XIII PRINSIP TATA KELOLA

Pasal 43

- (1) RSUD beroperasi berdasarkan prinsip tata kelola atau peraturan internal, yang memuat antara lain :
 - a. struktur organisasi;

- b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi yang logis; dan
 - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhatikan prinsip, antara lain :
- a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. resposibilitas; dan
 - d. independensi.
- (3) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, dan wewenang dalam organisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang ada.
- (4) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (5) Pengelompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.
- (6) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada 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.
- (7) Transparansi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
- (8) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada RSUD agar pengelolaanya dapat dipertanggungjawabkan.
- (9) Responsibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan antara pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- (10) Independensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dan pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

BAB XIV PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bagian Kesatu Umum

Pasal 44

- (1) Peraturan Internal Staf Medis ini berlaku bagi seluruh staf medis yang melakukan tindakan medis baik didalam maupun diluar RSUD dalam rangka menjalankan tugas dari Direktur.

- (2) Ketentuan mengenai Peserta Pendidikan Dokter Spesialis dan Konsultan Tamu akan diatur lebih lanjut oleh Komite Koordinator Pendidikan (KOMKORDIK) bersama dengan Direktur.
- (3) Seluruh staf medis yang bekerja di RSUD yang tergabung dalam Kelompok Staf Medis RSUD yang sehari-hari diatur oleh Komite Medis, yang dibentuk berdasarkan peraturan internal Rumah Sakit dan disahkan oleh Direktur.
- (4) Seluruh Staf Medis harus menandatangani perjanjian kerjasama yang berupa pakta integritas staf medis untuk mematuhi peraturan perundang-undangan dan regulasi yang ada di RSUD.

Pasal 45

Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medis (*medical staf by laws*) adalah :

- a. agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi;
- b. memberikan dasar hukum bagi antara bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi Komite Medik.

Bagian Kedua Kewenangan Klinis

Pasal 46

- (1) Staf Medis hanya dapat melakukan tindakan medis sesuai dengan spesialisasi dan kemampuannya secara khusus, sesuai kewenangan klinis yang diperolehnya melalui proses kredensial.
- (2) Kewenangan klinis sebagaimana tercantum dalam. ayat (1) terdiri dari :
 - a. kewenangan klinis biasa sebagai staf medis di RSUD;
 - b. kewenangan klinis sementara bagi Peserta Pendidikan Dokter Spesialis dan Konsultan Tamu; dan
 - c. kewenangan klinis darurat dalam keadaan darurat.
- (3) Kewenangan klinis sementara bagi Peserta Pendidikan Dokter Spesialis sebagaimana tercantum pada ayat (2) point b sesuai standarisasi yang disusun Fakultas Kedokteran tempat asal pendidikan.
- (4) Kewenangan klinis sementara bagi Konsultan Tamu sebagaimana tercantum pada ayat (2) huruf b dan kewenangan klinis darurat sebagaimana tercantum pada ayat (2) huruf c dapat diberikan tanpa melalui proses kredensial.

Pasal 47

- (1) Kewenangan klinis hanya diberikan pada dokter yang telah terikat perjanjian dengan RSUD, setelah memenuhi persyaratan sebagaimana ditetapkan dalam peraturan internal ini.
- (2) Penentuan kewenangan klinis untuk melakukan tindakan medis didasarkan pada pendidikan, pelatihan, pendidikan ber kelanjutan, pengalaman, untuk kemampuan termasuk pengambilan keputusan.
- (3) Penentuan kewenangan klinis sebagaimana tercantum dalam kredensial dan didasarkan pada pengamatan kinerja klinis serta dokumentasi program peningkatan kinerja yang bersangkutan.
- (4) Penentuan kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berpedoman pada buku putih yang disusun mitra bestari.

- (5) Mitra bestari yang dimaksud pada ayat (3) dibentuk oleh Komite Medik bersama direktur RSUD.
- (6) Komite Medik merekomendasikan hasil penilaian kredensial oleh subkomite kredensial kepada direktur RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo.

Bagian Ketiga
Penerimaan Dan Penugasan Staf Medis

Pasal 48

- (1) Setiap permohonan untuk menjadi staf medis RSUD akan dievaluasi, dan dapat dikabulkan atau ditolak, sejalan dengan kebutuhan RSUD dan kemampuan RSUD.
- (2) Faktor yang digunakan untuk mempertimbangkan kebutuhan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan *master plan* RSUD yang penyusunannya melibatkan Komite Medik.
- (3) Direktur RSUD akan menerbitkan perjanjian perikatan antara RSUD dengan staf medis setelah dipenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 dan Pasal 47 sesuai dengan kebutuhan RSUD.
- (4) Direktur menerbitkan surat keputusan pengangkatan dan penempatan staf medis yang telah diterima.
- (5) Semua pelayanan medis yang dilakukan oleh setiap staf medis di RSUD dilakukan atas penugasan direktur RSUD.
- (6) Penugasan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berupa pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh direktur RSUD melalui penerbitan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) kepada staf medis yang bersangkutan.

Bagian Keempat
Komite Medik

Paragraf 1
Tugas

Pasal 49

Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di RSUD dengan cara :

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

Pasal 50

- (1) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan non keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian :
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku; dan

4. etika dan disiplin profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesi kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang akurat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada ketua Komite Medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis, Komite Medik memiliki fungsi sebagai :
- a. pelaksana 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; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin dan perilaku profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran etika dan disiplin profesi;
 - c. rekomendasi pendisiplinan tenaga medis rumah sakit yang melanggar disiplin profesi; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf 2
Wewenang Komite Medik

Pasal 51

Wewenang Komite Medik meliputi :

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

Paragraf 3
Ketua Komite Medik

Pasal 52

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit sebagaimana tercantum pada pasal 44 ayat (3) Peraturan ini.
- (2) Ketua Komite Medik adalah seorang staf medis tetap.
- (3) Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medik sebagai berikut :
 - a. anggota Komite Medik;
 - b. telah bekerja sebagai Staf medis minimal 5 (lima) tahun;
 - c. mempunyai kredibilitas dalam profesinya;
 - d. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - e. peka terhadap perkembangan perumahsakitannya; dan
 - f. memiliki surat penugasan klinis.
- (4) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan ketua sebelum masa jabatannya berakhir, maka kekosongan jabatan tersebut diisi oleh wakil ketua.
- (5) Tugas Ketua Komite Medik adalah :
 - a. menyelenggarakan komunikasi yang efektif dan mewakili pendapat, kebijakan, laporan, kebutuhan, dan keluhan staf medis serta bertanggung jawab kepada direktur RSUD;
 - b. menyelenggarakan dan bertanggungjawab atas semua risalah rapat yang diselenggarakan Komite Medik;
 - c. Merekomendasikan wakil Komite dalam setiap kepanitiaan di RSUD yang memerlukan perwakilan dari staf medis dalam hal-hal yang terkait dengan profesi medis;
 - d. menghadiri pertemuan yang dilaksanakan oleh *Governing Board* dan kepanitiaan lainnya;
 - e. mengusulkan wakil ketua, sekretaris dan ketua-ketua Sub Komite; dan
 - f. menentukan agenda setiap rapat Komite Medik.

Paragraf 4
Wakil Ketua Komite Medik

Pasal 53

- (1) Wakil Ketua Komite Medik ditetapkan direktur atas rekomendasi Ketua Komite Medik.
- (2) Wakil Ketua Komite Medik adalah seorang staf medis tetap.
- (3) Tugas Wakil Ketua Komite Medik adalah :
 - a. membantu pelaksanaan tugas Ketua Komite Medik;
 - b. mewakili Ketua Komite Medik dalam hal ketua Komite Medik berhalangan.

Paragraf 5
Sekretaris Komite Medik

Pasal 54

- (1) Sekretaris Komite Medik ditetapkan direktur atas rekomendasi Ketua Komite Medik.

- (2) Sekretaris Komite Medik adalah seorang staf medis tetap.
- (3) Sekretaris Komite Medik bertanggungjawab untuk mengkoordinasikan tugas-tugas kesekretariatan Komite Medik.
- (4) Sekretaris Komite Medik dibantu petugas sekretariat purna waktu.
- (5) Seluruh kebutuhan sarana dan prasarana kesekretariatan komite rnedik disediakan oleh RSUD.
- (6) Tugas Sekretaris Komite Medik adalah :
 - a. melakukan pemberitahuan kepada semua anggota yang berhak untuk menghadiri rapat-rapat Komite Medik;
 - b. mempersiapkan dan mengedarkan risalah rapat anggota lengkap kepada hadirin yang berhak menghadiri rapat;
 - c. melaksanakan tugas lain yang ditetapkan oleh ketua Komite Medik.

Paragraf 6
Pendanaan

Pasal 55

- (1) Personalia Komite Medik berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Medik didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Paragraf 7
Hubungan Komite Medik Dengan Direktur RSUD

Pasal 56

- (1) Komite Medik bertanggung jawab kepada direktur RSUD.
- (2) Direktur RSUD menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik.

Pasal 57

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia ad-hoc.
- (2) Panitia ad-hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur RSUD berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (3) Panitia ad-hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium Adler/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dicatat institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Paragraf 8
Rapat Komite Medik

Pasal 58

- (1) Rapat rutin yang dihadiri pengurus Komite Medik, dilakukan minimal 3 (tiga) kali per bulan.

- (2) Rapat khusus diselenggarakan untuk membahas masalah mendesak dilakukan sesuai kebutuhan.
- (3) Setiap rapat Komite Medik dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan secara pantas.

Pasal 59

- (1) Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat dua hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (2) Rapat rutin dihadiri oleh pengurus Komite Medik.
- (3) Ketua dapat mengundang pihak lain bila dianggap perlu.

Pasal 60

- (1) Rapat khusus Komite Medik diselenggarakan dalam hal :
 - a. diperintahkan oleh Direktur; atau
 - b. permintaan yang diajukan secara tertulis paling sedikit 3 (tiga) pengurus Komite Medik; atau
 - c. permintaan Ketua Komite Medik untuk hal-hal yang memerlukan penetapan kebijakan Komite Medik dengan segera.
- (2) Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat khusus beserta agenda rapat kepada para pengurus yang berhak hadir paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Pemberitahuan rapat khusus akan menyebutkan secara spesifik hal-hal yang akan dibicarakan dalam rapat tersebut, dan rapat hanya akan membicarakan hal-hal yang tercantum dalam pemberitahuan tersebut.

Pasal 61

- (1) Kuorum tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit setengah ditambah 1 (satu) dari jumlah pengurus Komite Medik yang berhak hadir dan memberikan suara.
- (2) Khusus untuk rapat perubahan peraturan internal staf medis, kuorum tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit dua pertiga anggota pengurus Komite Medik.
- (3) Keputusan hanya dapat ditetapkan bila kuorum telah tercapai.

Pasal 62

- (1) Pengambilan putusan dalam rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak dari anggota yang hadir.
- (3) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka ketua berwenang membuat keputusan hasil rapat.

Pasal 63

- (1) Setiap rapat Komite Medik wajib dihadiri pengurus Komite Medik yang diundang.
- (2) Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau yang ditunjuk oleh Ketua Komite Medik.
- (3) Sebelum rapat dimulai agenda rapat dan notulen dibacakan pimpinan rapat.

- (4) Setiap peserta rapat wajib mengikuti rapat sampai selesai.
- (5) Setiap peserta wajib menjaga ketertiban selama rapat berlangsung.
- (6) Hal-hal lain yang menyangkut teknis tata tertib rapat akan ditetapkan oleh ketua sebelum rapat dimulai.

Pasal 64

- (1) Setiap rapat harus dibuat notulennya.
- (2) Semua notulen rapat Komite Medik dicatat oleh sekretaris Komite Medik atau penggantinya yang ditunjuk.
- (3) Notulen rapat tidak boleh diubah kecuali untuk hal-hal yang berkaitan dengan keakuratan notulen tersebut.
- (4) Notulen rapat ditandatangani oleh pimpinan rapat dan sekretaris Komite Medik atau penggantinya yang ditunjuk, selambat-lambatnya 1 (satu) minggu setelah rapat, dan notulen tersebut diberlakukan sebagai dokumen yang sah.
- (5) Sekretaris memberikan salinan notulen kepada direktur RSUD paling lambat satu minggu setelah ditandatangani oleh ketua dan sekretaris Komite Medik.

Bagian Kelima Sub Komite Kredensial

Paragraf 1 Keanggotaan

Pasal 65

- (1) Susunan organisasi Sub Komite Kredensial terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (2) Pengurus organisasi Sub Komite Kredensial berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (3) Pengurus organisasi Sub Komite Kredensial mempunyai surat penugasan klinis.
- (4) Pengurus Sub Komite Kredensial bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Paragraf 2 Mekanisme Kredensial Dan Pemberian Wewenang Klinis

Pasal 66

- (1) Staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada Direktur RSUD dengan mengisi formulir daftar rincian wewenang klinis yang telah disediakan RSUD dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh direktur RSUD kepada Komite Medik.
- (3) Komite Medik melakukan pengkajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (4) Dalam melakukan kajian Sub Komite Kredensial membentuk panel atau panitia ad-hoc dengan melibatkan mitra bestari dari disiplin yang sesuai dengan kewenangan klinis yang diminta berdasarkan buku putih (*white paper*).

- (5) Sub Komite Kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panel atau panitia ad-hoc dengan mempertimbangkan reputasi, adanya kepentingan pribadi, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan.
- (6) 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;
 - c. kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. perilaku etis (*ethical standing*) dan disiplin profesi.
- (7) Kewenangan klinis yang diberikan oleh Komite Medik mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (8) Daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) diperoleh dengan cara :
 - a. menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
 - b. mengkaji kewenangan klinis dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - c. mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
- (9) Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- (10) Sub komite kredensial melakukan rekredensi bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*), 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.
- (11) Bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui direktur RSUD. Selanjutnya, Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).
- (12) Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis :
 - a. pendidikan :
 1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi, atau sekolah kedokteran luar negeri yang sudah diregistrasi; dan
 2. menyelesaikan program pendidikan konsultan.
 - 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 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 dibidang keprofesian :
 - 1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
 - 2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Paragraf 3
Penambahan Kewenangan Klinis

Pasal 67

- (1) Staf medis dapat mengajukan penambahan wewenang klinis.
- (2) Penambahan wewenang klinis sebagaimana dimuat sud dalam ayat (1) dapat diperoleh dengan mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur RSUD.
- (3) Komite Medik melalui subkomite kredensial, mengadakan kredensial atas permohonan penambahan wewenang klinis.

Paragraf 4
Berakhirnya Kewenangan Klinis

Pasal 68

- (1) Kewenangan untuk melakukan tindakan medis seorang staf medis di RSUD berakhir bila hubungan hukum antara staf medis dengan RSUD telah berakhir atau penugasan klinis (*clinical privilege*) dokter yang bersangkutan telah berakhir masa berlakunya.
- (2) Surat penugasan klinis untuk setiap staf medis sebagaimana tercantum dalam ayat (1) berlaku 3 (tiga) tahun bagi staf medis lama dan 6 (enam) bulan bagi staf medis baru.
- (3) Dalam hal masa berlakunya surat penugasan klinis sudah berakhir, maka Direktur RSUD memberikan surat pemberitahuan kepada yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (4) Komite Medik melalui tim kredensial melakukan rekredensial terhadap staf medis yang telah berakhir masa berlakunya surat penugasan.

Paragraf 5
Pencabutan Dan Pemberian Kembali Kewenangan Klinis

Pasal 69

- (1) Pencabutan kewenangan klinis oleh direktur RSUD atas rekomendasi Komite Medik melalui sub komite etika dan disiplin profesi.

- (2) Pencabutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan pertimbangan kinerja profesi dilapangan, terganggu kesehatan, baik fisik maupun mental, kecelakaan medis karena inkompetensi atau karena tindakan tidak disiplin.
- (3) Dalam hal kewenangan klinis tertentu dari seorang staf medis dicabut, Komite Medik melalui subkomite mutu profesi melakukan upaya pembinaan.
- (4) Kewenangan klinis yang dicabut sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diberikan kembali bila staf medis tersebut dianggap telah pulih kompetensinya.
- (5) Komite Medik menyampaikan rekomendasi kepada direktur RSUD untuk pemberian kembali kewenangan klinis setelah selesai proses penelitian.

Bagian Keenam
Sub Komite Mutu Profesi

Paragraf 1
Keanggotaan

Pasal 70

- (1) Susunan organisasi Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (2) Pengurus organisasi Sub Komite Mutu Profesi berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (3) Pengurus organisasi Sub Komite Mutu Profesi mempunyai surat penugasan klinis.
- (4) Pengurus subkomite Mutu Profesi bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

Paragraf 2
Mekanisme Audit

Pasal 71

Mekanisme audit adalah sebagai berikut:

- a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
- b. pencatatan 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; dan
- g. rencana audit.

Paragraf 3
Merekomendasikan Pendidikan Berkelanjutan Bagi Staf Medis

Pasal 72

- (1) Sub komite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan.-pengaturan waktu yang disesuaikan.
- (2) Pertemuan tersebut dapat berupa pembahasan kasus meliputi kasus kematian, kasus sulit, maupun kasus langka.
- (3) Pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

- (4) Notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen arsip dari subkomite mutu profesi.
- (5) Sub Komite mutu profesi bersama-sama kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Sub Komite mutu profesi yang melibatkan staf medis RSUD sebagai narasumber dan peserta aktif.
- (6) Setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan sub komite mutu profesi pertahun.
- (7) Sub Komite mutu profesi atau profesi bersama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (8) Sub Komite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
- (9) Sub Komite mutu profesi memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Direksi.

Paragraf 4
Memfasilitasi Proses Pendampingan (*Proctoring*)
Bagi Staf Medis Yang Membutuhkan

Pasal 73

- (1) Sub Komite mutu profesi menentukan nama. staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang menerima sanksi disiplin/ mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.
- (2) Komite Medik berkoordinasi dengan Direktur rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

Bagian Ketujuh
Sub Komite Etika Dan Disiplin Profesi

Paragraf 1
Keanggotaan

Pasal 74

- (1) Susunan organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (2) Pengurus organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (3) Pengurus organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mempunyai surat penugasan klinis.
- (4) Pengurus Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

Paragraf 2
Mekanisme Kerja

Pasal 75

- (1) Direktur RSUD menetapkan dan prosedur seluruh mekanisme kerja Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi berdasarkan masukan Komite Medik.

- (2) Direktur RSUD bertanggung jawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan ini dapat terselenggara.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (4) Panel sebagaimana yang dimaksud pada ayat (3) terdiri 3 (tiga) orang staf medis 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 ;
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa, dapat berasal dari dalam RSUD atau luar RSUD baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan direktur, atau direktur rumah sakit terlapor.

Paragraf 3

Mekanisme Pemeriksaan Dugaan Pelanggaran Disiplin Medis

Pasal 76

- (1) Sumber Laporan berasal :
 - a. notifikasi (laporan) tertulis yang berasal dari perorangan, antara lain :
 1. manajemen rumah sakit;
 2. staf medis lain;
 3. tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan; dan
 4. Pasien atau keluarga pasien.
 - b. notifikasi (laporan) yang berasal dari non perorangan berasal dari :
 1. hasil konferensi kematian; dan
 2. hasil konferensi.
- (2) Dasar Dugaan Pelanggaran Disiplin Profesi :
 - a. kompetensi klinis;
 - b. penatalaksanaan kasus medis;
 - c. pelanggaran disiplin profesi;
 - d. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit; dan
 - e. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf RSUD yang dapat membahayakan pasien.
- (3) Pemeriksaan :
 - a. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
 - b. melalui proses pembuktian;
 - c. dicatat oleh petugas sekretariat komite medik;
 - d. terlapor dapat didampingi oleh person dari rumah sakit tersebut;
 - e. panel dan rapat menggunakan keterangan asli sesuai kebutuhan; dan
 - f. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.
- (4) Keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite etika dan disiplin profesi diambil berdasarkan musyawarah mufakat, apabila tidak didapatkan mufakat maka diambil suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di RSUD.
- (5) Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti kepada subkomite etika dan disiplin.

- (6) Dalam hal terlampui mengajukan keberatan, Sub Komite etika dan disiplin membentuk panel baru untuk melakukan pemeriksaan.
- (7) Keputusan panel seperti yang dicatat dalam ayat (6), bersifat final dan dilaporkan kepada direktur rumah sakit melalui Komite Medik untuk dilakukan eksekusi.

Bagian Keempat
Bentuk Tindakan Pendisiplinan

Pasal 77

Bentuk Tindakan Pendisiplinan berupa :

- a. Peringatan :
 1. limitasi (reduksi) kewenangan klinis (*clinical privilege*) ;
 2. bekerja dibawah supervisi (*proctoring*) dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut.
- b. Pencabutan kewenangan klinis (*clinical previlege*) sementara atau selamanya.

Bagian Kelima
Pembinaan Profesionalisme Kedokteran

Pasal 78

- (1) Sub Komite etika dan disiplin profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran.
- (2) Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dsb yang dilakukan oleh unit kerja terkait.

Bagian Keenam
Pertimbangan Keputusan Etis

Pasal 79

- (1) Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada Komite Medik.
- (2) Sub Komite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis tersebut.

BAB XV
PERUBAHAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Pasal 80

- (1) Komite Medik berhak mengusulkan perubahan peraturan internal ini dengan persetujuan Direktur RSUD melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk itu.
- (2) Usulan untuk merubah peraturan internal staf medis ini hanya dapat dilaksanakan melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk itu.

BAB XVI
PENUTUP

Pasal 81

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Ponorogo Nomor 45 Tahun 2015 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono S. Kabupaten Ponorogo dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 82

Peraturan Bupati ini berlaku sejak tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Ponorogo
pada tanggal 10 Agustus 2018

BUPATI PONOROGO,
TTD.

H. IPONG MUCHLISSONI

Diundangkan di Ponorogo
pada tanggal 10 Agustus 2018

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN PONOROGO,

TTD.

AGUS PRAMONO

BERITA DAERAH KABUPATEN PONOROGO TAHUN 2018 NOMOR 54.

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
SEKRETARIAT DAERAH


CATUR HERTIYAWAN, S.H.
NIP. 19640707 199303 1 008