



BUPATI GRESIK
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI GRESIK
NOMOR 36 TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH IBNU SINA
KABUPATEN GRESIK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI GRESIK,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka pelaksanaan ketentuan dalam Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit maka setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) yaitu peraturan organisasi Rumah Sakit (*Corporate By Laws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*Medical Staff By Laws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*);
 - b. bahwa Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) sebagai acuan bagi Pimpinan Rumah Sakit dalam mengelola Rumah Sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis operasional, serta sebagai sarana perlindungan hukum, menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu layanan kesehatan yang mengutamakan keselamatan pasien;
 - c. bahwa Peraturan Bupati Gresik Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik dipandang perlu dilakukan revisi dan perubahan sesuai ketentuan perundang-undangan;

- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 41) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan Daerah Istimewa Jogjakarta (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 Tahun 2004 Nomor 116 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144 Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 153 Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072);
 5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);

6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberap kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 199);
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 Presiden Nomor 76 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 191);
11. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 464);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);

14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Izin Praktek dan Pelaksanaan Praktek Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 671);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49/MENKES/PER/VIII/2013 tentang Komite Keperawatan di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 857);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1291);
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
21. Peraturan Menteri Keuangan Nomor : 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1046);
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586);
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1389);

25. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
26. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 62 Tahun 2018 tentang Pedoman Sistem Pengaduan Pelayanan Publik Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1726);
27. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);
28. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Gresik (Lembaran Daerah Kabupaten Gresik Tahun 2016 Nomor 18) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Nomor 12 tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Gresik (Lembaran Daerah Kabupaten Gresik Tahun 2021 Nomor 24);
29. Peraturan Bupati Gresik Nomor 83 tahun 2021 tentang Pembentukan Rumah Sakit umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik sebagai Organisasi Bersifat Khusus;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH IBNU SINA KABUPATEN GRESIK.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Gresik.
2. Bupati adalah Bupati Gresik.
3. Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik yang selanjutnya disebut RSUD Ibnu Sina.
4. Direktur adalah seseorang yang ditunjuk oleh Bupati untuk menduduki jabatan sebagai pimpinan tertinggi RSUD Ibnu Sina.

5. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktifitas.
6. Dewan Pengawas BLUD yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang ditunjuk oleh Bupati bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
7. Jabatan Struktural adalah suatu kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggungjawab, wewenang dan hak seorang pegawai sesuai susunan organisasi rumah sakit.
8. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI merupakan perangkat organisasi rumah sakit yang bertugas melaksanakan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan dan keuangan rumah sakit.
9. Komite Koordinasi Pendidikan merupakan organisasi non struktural yang melaksanakan koordinasi terhadap seluruh proses pendidikan klinik atau pembelajaran klinik, praktek kerja lapangan dan penelitian di Rumah Sakit Pendidikan.
10. Komite Medik adalah organisasi non struktural perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
11. Komite Mutu Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.

12. Komite Keperawatan adalah kelompok tenaga keperawatan di Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi perawat.
13. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disebut Komite PPI merupakan organisasi nonstruktural pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mempunyai fungsi utama menjalankan PPI serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk pencegahan infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa Tuberkulosis, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan infeksi menular lainnya.
14. *Health Care Associated Infections* yang selanjutnya disingkat HAIs adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama proses perawatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lain yang inkubasi penyakit tidak terjadi saat pasien pertama masuk rumah sakit.
15. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan dokter sub spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu yang mempunyai penugasan klinis di unit pelayanan Rumah Sakit.
16. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan dokter sub spesialis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya atau kelompok profesi yang serumpun.
17. Unsur Pelayanan Medis adalah unsur yang bertugas memberikan pelayanan medis.
18. Unsur Keperawatan adalah unsur yang bertugas memberikan pelayanan keperawatan.
19. Unsur Penunjang Medis adalah unsur yang bertugas memberikan pelayanan penunjang medis meliputi pelayanan laboratorium, radiologi, farmasi, gizi dan kedokteran forensik dan medikolegal.
20. Unsur Penunjang Non Medis adalah unsur yang bertugas memberikan pelayanan non medis yang menunjang pelayanan kepada pasien.

21. Tenaga Administrasi adalah orang atau sekelompok pegawai yang bertugas melaksanakan administrasi guna menunjang pelaksanaan tugas pelayanan.
22. Standar Pelayanan Minimal rumah sakit yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis, mutu dan spesifikasi teknis tolok ukur pelayanan dasar yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal yang diberikan rumah sakit;
23. Standar Prosedur Operasional yang selanjutnya disingkat SPO adalah suatu perangkat instruksi atau langkah - langkah berurutan yang dibakukan untuk menyatakan suatu proses kerja tertentu.
24. Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
25. Peraturan Internal Staf Medis atau *Medical Staff by Laws* yang selanjutnya disingkat *MSbL* adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit dan memuat pengaturan tata kerja komite medik di rumah sakit meliputi pembentukan komite medik, tugas dan fungsi serta mekanisme kerja komite medik beserta ketiga subkomitennya, mitra bestari serta menjadi acuan mekanisme pengambilan keputusan oleh komite medik, dan menjadi dasar hukum yang sah untuk setiap keputusan yang diambil sesuai dengan mekanisme yang ditentukan.
26. Mitra Bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal terkait dengan profesi medis.

BAB II

PERATURAN ORGANISASI RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Nama, Kelas, Alamat, dan Logo

Paragraf 1

Nama

Pasal 2

- (1) Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik.
- (2) RSUD Ibnu Sina berkedudukan di bawah Dinas Kesehatan sebagai unit organisasi bersifat khusus dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, pengelolaan barang milik daerah, dan pengelolaan bidang kepegawaian.
- (3) RSUD Ibnu Sina sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh Direktur, yang dalam pengelolaan keuangan, Barang Milik Daerah dan bidang kepegawaian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (4) RSUD Ibnu Sina didirikan sebagai rumah sakit di wilayah Kabupaten Gresik dan untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif serta menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
- (5) RSUD Ibnu Sina merupakan Unit Perangkat Daerah yang melaksanakan pola pengelolaan BLUD, mengedepankan pelayanan yang berbasis bisnis sehat, dengan tujuan meningkatkan kinerja pelayanan, kinerja keuangan, manfaat bagi masyarakat, dan tidak semata-mata mencari keuntungan.

Paragraf 2

Kelas Rumah Sakit dan Logo

Pasal 3

- (1) RSUD Ibnu Sina merupakan Rumah Sakit Kelas B Pendidikan.

- (2) RSUD Ibnu Sina beralamat di Jl. Dr Wahidin Sudirohusodo No. 243 B Gresik, telp: (031) 3951239, email rsugresik@yahoo.com
- (3) Logo RSUD Ibnu Sina adalah sebagai berikut:



- (4) Keterangan dan Filosofi Logo RSUD Ibnu Sina sebagaimana pada ayat (3) sebagai berikut:
- Palang warna hijau melambangkan sebuah rumah sakit yang sehat profesional dan berakhlak mulia.
 - Huruf IS (warna hijau muda) dalam palang warna hijau yang memiliki kekuatan membantu penyembuhan dan menghilangkan stress, serta menggambarkan keselamatan dan kesejahteraan.
 - IS merupakan inisial Ibnu Sina dan inisial tersebut menggambarkan kelenturan dan melambangkan RSUD Ibnu Sina mampu menyesuaikan diri (fleksibel) terhadap kebutuhan pelanggan.
 - Huruf IS dalam palang warna hijau merupakan inisial Ibnu Sina dan singkatan *Innovation* dan *Safety* menggambarkan RSUD Ibnu Sina senantiasa berinovasi untuk memenuhi kebutuhan pelanggan dan mengutamakan pada keselamatan pasien.
 - Tangan memberi dan menerima (warna putih) melambangkan ketulusan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang efektif, aman dan ramah.
 - Lingkar kuning emas yang melingkari logo melambangkan bahwa RSUD dalam menghadapi era globalisasi.

Bagian Kedua

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

Paragraf 1

Visi

Pasal 4

Visi RSUD Ibnu Sina adalah *menjadi rumah sakit pilihan utama masyarakat yang berkualitas dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian.*

Paragraf 2

Misi

Pasal 5

Misi RSUD Ibnu Sina terdiri atas:

- a. memberikan pelayanan yang profesional;
- b. mengembangkan fungsi pendidikan dan penelitian yang terintegrasi; dan
- c. mewujudkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang didukung teknologi informasi dan komunikasi.

Paragraf 3

Nilai Dasar

Pasal 6

Nilai dasar RSUD Ibnu Sina menggambarkan setiap pegawai rumah sakit dalam melaksanakan tugas mempunyai sikap kerja sebagai berikut:

- a. Etika, bahwa setiap pegawai dan/ atau tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit wajib mematuhi etika profesi, etika rumah sakit, standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional, menghormati hak pasien, dan mengutamakan keselamatan pasien;
- b. Profesional, bahwa setiap pegawai harus memberikan pelayanan sesuai dengan kewenangan yang dimiliki dengan mematuhi standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, serta standar prosedur operasional yang berlaku;

- c. Integritas, bahwa setiap pegawai wajib menjunjung tinggi kejujuran, komitmen, dan disiplin dalam menjalankan tugas; dan
- d. Perbaikan terus menerus, bahwa setiap pegawai wajib melakukan perbaikan terus menerus dalam rangka peningkatan mutu pelayanan serta keselamatan pasien.

Paragraf 4

Motto

Pasal 7

Motto RSUD Ibnu Sina adalah “*Kepuasan Anda Prioritas kami*”

Paragraf 5

Tujuan

Pasal 8

RSUD Ibnu Sina sebagai instansi yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan mempunyai tujuan:

- a. umum, pelayanan kesehatan secara paripurna kepada segenap lapisan masyarakat melalui pelayanan prima, pelayanan rujukan, pengembangan sumber daya manusia, proses pendidikan dan penelitian serta menerapkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik;
- b. khusus, terdiri atas:
 - 1. terwujudnya pelayanan kesehatan yang prima, aman, informatif, efektif, efisien dan manusiawi sebagai rumah sakit rujukan;
 - 2. terwujudnya pelayanan kesehatan dengan memperhatikan aspek sosial;
 - 3. terwujudnya sarana dan prasarana rumah sakit sesuai dengan standar;
 - 4. terwujudnya sumber daya manusia yang profesional, akuntabel dan berorientasi pelanggan serta mempunyai integritas tinggi dalam memberi pelayanan;

5. terselenggaranya proses pendidikan, pelatihan dan penelitian di bidang kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan prima; dan
6. terwujudnya sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi, *online* dan *realtime*.

Paragraf 6

Falsafah Rumah Sakit

Pasal 9

Falsafah RSUD Ibnu Sina adalah melayani dengan sepenuh hati dan ikhlas.

Pasal 10

- (1) Visi sebagaimana maksud dalam Pasal 4 dan Misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5, dihitung secara berkala oleh Tim yang dibentuk dengan Keputusan Direktur.
- (2) Visi, misi, nilai dasar, dan motto RSUD Ibnu Sina diumumkan kepada masyarakat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga

Pemilik dan Status RSUD Ibnu Sina

Paragraf 1

Pemilik RSUD Ibnu Sina

Pasal 11

RSUD Ibnu Sina merupakan rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Gresik yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan.

Paragraf 2

Status Rumah Sakit

Pasal 12

RSUD Ibnu Sina adalah unit organisasi bersifat khusus dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional dan dalam pengelolaannya menerapkan Pola Badan Layanan Umum Daerah.

Paragraf 3

Wewenang dan Tanggungjawab Pemerintah Daerah

Pasal 13

Dalam menyelenggarakan pelayanan, Pemerintah Daerah mempunyai wewenang dan tanggung jawab sebagai berikut :

- a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan RSUD Ibnu Sina dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit; dan
- b. menunjuk atau menetapkan direksi RSUD Ibnu Sina, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
- c. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang, dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, minimal setahun sekali;
- d. menetapkan struktur organisasi RSUD Ibnu Sina;
- e. menetapkan kebijakan pengelolaan keuangan dan pengelolaan sumber daya manusia RSUD Ibnu Sina;
- f. memberikan arahan kebijakan RSUD Ibnu Sina;
- g. menetapkan visi, misi, nilai dasar dan motto rumah sakit serta memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi, misi, nilai dasar, dan motto RSUD Ibnu Sina;
- h. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
- i. menyetujui rencana strategis RSUD Ibnu Sina;
- j. mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;
- k. memberikan persetujuan dan melakukan pengawasan kualitas penyelenggaraan program pendidikan profesional kesehatan dan program penelitian;
- l. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- m. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban RSUD Ibnu Sina dilaksanakan RSUD Ibnu Sina;

- n. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan di rumah sakit; dan
- o. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 4

Tugas Pemerintah Daerah

Pasal 14

Pemerintah Daerah dalam melaksanakan wewenang dan tanggung jawabnya mempunyai tugas sebagai berikut :

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

Bagian Keempat
Susunan Organisasi

Pasal 15

Ketentuan tentang Susunan Organisasi, tugas, fungsi serta tata kerja organisasi RSUD Ibnu Sina diatur dalam Peraturan Bupati tersendiri.

Bagian Kelima
Dewan Pengawas

Paragraf 1

Susunan Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas ditetapkan oleh Bupati atas usulan Direktur dan dapat diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Dewan Pengawas dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola yang terdiri atas Direktur, Wakil Direktur, Pejabat Keuangan, dan Pejabat Teknis.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota Dewan Pengawas, sebagai berikut :
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan RSUD Ibnu Sina yang menerapkan pola BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan perumahsakitian dan pemerintahan daerah;
 - d. memiliki pengetahuan yang memadai terkait tugas dan fungsi rumah sakit dan BLUD;
 - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f. berijazah paling rendah sarjana;
 - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
 - h. tidak pernah menjadi anggota direksi, dewan pengawas, atau komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
 - i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan

- j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah, dan/atau calon anggota legislatif.
- (4) Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur:
 - a. pejabat perangkat daerah yang membidangi kegiatan rumah sakit yang berstatus BLUD;
 - b. pejabat perangkat daerah yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah, dan
 - c. tenaga ahli yang memiliki kompetensi terkait penyelenggaraan perumahsakitian.
 - (5) Jumlah Dewan Pengawas ditetapkan sesuai ketentuan perundang-undangan.
 - (6) Salah satu anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua.
 - (7) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan tetap maka Bupati mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi ketua hingga masa jabatan berakhir.
 - (8) Dewan Pengawas bertanggung jawab kepada Bupati.

Paragraf 2

Masa Jabatan

Pasal 17

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Paragraf 3

Fungsi, Tugas dan Kewajiban

Pasal 18

- (1) Dewan Pengawas berfungsi mewakili Bupati dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakitian secara internal di RSUD Ibnu Sina.

- (2) Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut :
- a. memantau perkembangan kegiatan RSUD Ibnu Sina yang menerapkan pola BLUD;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan RSUD Ibnu Sina dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola;
 - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - e. memberikan pendapat dan saran kepada kepala daerah mengenai :
 - 1) Rencana Biaya dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - 2) Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan RSUD Ibnu Sina; dan
 - 3) Kinerja RSUD Ibnu Sina yang menerapkan pola BLUD.
- (3) Penilaian Kinerja Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, diukur paling sedikit meliputi:
- a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (4) Penilaian Kinerja Non Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (5) Dewan Pengawas dalam melaksanakan tugasnya mempunyai wewenang :
- a. menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit;
 - b. menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit sehari-hari;
 - c. menyetujui partisipasi rumah sakit dalam Pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program-program tersebut;

- d. menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit;
- e. melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
- f. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- g. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis; dan
- h. melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya dievaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

- (6) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati paling sedikit 1 (satu) kali dalam 6 (enam) bulan dan sewaktu-waktu atas permintaan Bupati.

Paragraf 4

Pemberhentian Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (2) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, karena:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD Ibnu Sina;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e. mengundurkan diri; dan/atau
 - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada RSUD Ibnu Sina, negara, dan/atau daerah.

- (3) Sebelum melakukan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bupati secara tertulis memberitahukan kepada anggota Dewan Pengawas yang bersangkutan tentang rencana pemberhentian yang disertai alasan pemberhentian dan jenis kesalahan yang dilakukan.
- (4) Anggota Dewan Pengawas yang akan diberhentikan diberi kesempatan untuk melakukan pembelaan diri secara tertulis sebelum keputusan tentang pemberhentian diterbitkan.
- (5) Pembelaan diri sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disampaikan secara tertulis kepada Bupati dalam jangka waktu 1 (satu) bulan sejak anggota Dewan Pengawas yang bersangkutan menerima pemberitahuan tertulis.
- (6) Apabila dalam jangka waktu 1 (satu) bulan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), yang bersangkutan tidak memberikan pembelaan diri, maka Bupati dapat langsung menerbitkan Keputusan tentang Pemberhentian Dewan Pengawas.
- (7) Sebelum Keputusan tentang Pemberhentian Dewan Pengawas ditetapkan, anggota Dewan Pengawas yang bersangkutan tetap dapat melaksanakan tugas sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (8) Apabila dalam jangka waktu 2 (dua) bulan terhitung sejak tanggal penyampaian surat pembelaan diri sebagaimana dimaksud pada ayat (4) Bupati tidak menerbitkan Keputusan tentang Pemberhentian Dewan Pengawas, maka rencana pemberhentian Dewan Pengawas dianggap batal.

Paragraf 5

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 20

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

Paragraf 6

Honorarium Dewan Pengawas dan Sekretaris

Pasal 21

- (1) Honorarium Dewan pengawas diberikan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. honorarium ketua Dewan pengawas paling banyak sebesar 40% (empat puluh persen) dari gaji Direktur yang bersumber dari Pendapatan RSUD Ibnu Sina; dan
 - b. honorarium Anggota Dewan pengawas paling banyak sebesar 36% (tiga puluh enam persen) dari gaji Direktur yang bersumber dari Pendapatan RSUD Ibnu Sina.
- (2) Honorarium Sekretaris Dewan pengawas paling banyak sebesar 15% (lima belas persen) dari gaji Direktur yang bersumber dari Pendapatan RSUD Ibnu Sina.

Pasal 22

Biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran RSUD Ibnu Sina dan dimuat dalam Rencana Kerja dan Anggaran.

Bagian Keenam

Remunerasi

Pasal 23

- (1) Direktur, pejabat struktural, dewan pengawas, sekretaris dewan pengawas dan pegawai RSUD Ibnu Sina diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab, tuntutan profesionalisme, dan kinerja.
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, jasa pelayanan, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/atau pensiun.
- (3) Ketentuan tentang remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur dalam Peraturan Bupati secara tersendiri.

Bagian Ketujuh

Satuan Pemeriksa Internal

Paragraf 1

Tugas, Fungsi, dan Wewenang

Pasal 24

- (1) SPI bertugas melakukan pemeriksaan, 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.
- (2) Pemeriksaan, pengawasan dan pengendalian kinerja pelayanan internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan terhadap kinerja unit pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan gawat darurat, pelayanan penunjang, dan pengelolaan sarana prasarana, sumber daya manusia, pendidikan, penelitian dan pengembangan serta pelayanan umum lainnya.
- (3) Pemeriksaan, pengawasan dan pengendalian internal kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan terhadap kinerja pengelolaan administrasi keuangan dan sistem pengamanan aset RSUD Ibnu Sina.
- (4) SPI mempunyai fungsi melaksanakan:
 - a. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja RSUD Ibnu Sina;
 - b. penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
 - c. pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan internal yang ditugaskan oleh Direktur;
 - d. pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil pemeriksaan internal; dan

- e. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional RSUD Ibnu Sina.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) SPI mempunyai tugas:
- a. menyusun dan melaksanakan rencana Pengawasan Internal;
 - b. menguji dan mengevaluasi pelaksanaan pengendalian internal dan sistem manajemen risiko;
 - c. melakukan pemeriksaan dan penilaian atas efisiensi dan efektivitas di bidang keuangan, akuntansi, operasional, sumber daya manusia, pemasaran, teknologi informasi, dan kegiatan lainnya;
 - d. memberikan saran perbaikan dan informasi yang objektif tentang kegiatan yang diawasi pada semua tingkat manajemen;
 - e. membuat laporan hasil pengawasan internal dan menyampaikan laporan tersebut kepada Direktur dan Dewan Pengawas;
 - f. memberikan rekomendasi terhadap perbaikan/peningkatan proses tata kelola dan upaya pencapaian strategi bisnis;
 - g. memantau, menganalisis, dan melaporkan pelaksanaan tindak lanjut rekomendasi pengawasan oleh Aparat Pengawas intern pemerintah, Aparat Pemeriksa ekstern pemerintah, dan pembina BLUD;
 - h. melakukan review laporan keuangan;
 - i. melakukan pemeriksaan khusus apabila diperlukan;
 - j. menyusun dan memutakhirkan pedoman kerja serta sistem dan prosedur pelaksanaan tugas SPI; dan
 - k. melaksanakan tugas lainnya berdasarkan penugasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (6) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) SPI berwenang :
- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja pelayanan/operasional dan kinerja keuangan dari Direktur;
 - b. menyusun, mengusulkan perubahan dan melaksanakan kebijakan pemeriksaan internal;
 - c. mendapatkan akses terhadap dokumen, informasi atas obyek pemeriksaan dari unit struktural dan non struktural pada organisasi RSUD Ibnu Sina dalam rangka pelaksanaan tugasnya; dan
 - d. melakukan komunikasi secara langsung dengan Direktur dan/atau Dewan Pengawas.
 - e. mengadakan rapat secara berkala dan insidental dengan Direktur dan/atau Dewan Pengawas;
 - f. melakukan koordinasi dan atau mendampingi aparat pengawasan internal Pemerintah dan/ atau aparat pemeriksaan eksternal Pemerintah dalam melakukan pengawasan.

Pasal 25

- (1) SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (1), dibentuk oleh dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Organisasi SPI paling sedikit terdiri atas :
 - a. Kepala SPI;
 - b. 1 (satu) orang sekretaris merangkap anggota; dan
 - c. 5 (lima) orang anggota.
- (3) Kepala dan anggota SPI diangkat dan diberhentikan oleh Direktur dengan Keputusan Direktur.
- (4) Kepala SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf memiliki kualifikasi:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. berpendidikan paling rendah Sarjana;
 - c. memiliki pengetahuan dan atau pengalaman dalam manajemen perumahsakitannya;
 - d. tidak merangkap jabatan struktural di lingkungan RSUD Ibnu Sina;

- e. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan RSUD Ibnu Sina;
 - f. pengalaman kerja di RSUD Ibnu Sina paling sedikit 3 (tiga) tahun;
 - g. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
 - h. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - i. mempunyai sikap independen dan obyektif.
- (5) Kepala SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a harus mengikuti pelatihan pemeriksa internal yang diselenggarakan oleh organisasi profesi pemeriksaan internal dalam rangka meningkatkan kompetensinya.

Bagian Kedelapan

Komite

Paragraf 2

Umum

Pasal 26

- (1) Komite merupakan unsur organisasi profesional dan memiliki otoritas dalam organisasi dalam rangka mengembangkan pelayanan, pendidikan, penelitian serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang mempunyai tanggung jawab untuk menerapkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik
- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri atas:
- a. Komite Koordinasi Pendidikan;
 - b. Komite Medik;
 - c. Komite Keperawatan;
 - d. Komite Mutu Rumah Sakit; dan
 - e. Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi.
- (3) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan perangkat non struktural RSUD Ibnu Sina yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

- (4) Selain Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat dibentuk komite lain untuk penyelenggaraan fungsi tertentu di Rumah Sakit sesuai kebutuhan, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, meningkatkan mutu pelayanan, dan keselamatan pasien, terdiri atas:
- a. Komite Etik dan Hukum;
 - b. Komite Farmasi dan Terapi;
 - c. Komite Rekam Medis;
 - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Resistensi Antimikroba;
 - e. Komite Etik Penelitian Kesehatan; dan/atau
 - f. Komite Staf Klinis Lainnya.

Paragraf 3

Komite Koordinasi Pendidikan

Pasal 27

- (1) Komite Koordinasi Pendidikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ayat (2) huruf a merupakan perangkat rumah sakit yang dibentuk dalam rangka melaksanakan koordinasi terhadap seluruh proses pendidikan klinik atau pembelajaran klinik, praktek kerja lapangan dan penelitian di Rumah Sakit Pendidikan.
- (2) Komite Koordinasi Pendidikan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh direktur bersama pimpinan Institusi Pendidikan dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit Pendidikan.
- (3) Komite Koordinasi Pendidikan mempunyai tugas sebagai berikut:
- a. memberikan dukungan administrasi;
 - b. menyusun perencanaan kegiatan dan anggaran belanja tahunan sesuai kebutuhan;
 - c. menyusun perencanaan kebutuhan sarana dan prasarana yang diperlukan peserta didik;
 - d. membentuk sistem informasi terpadu untuk menunjang penyelenggaraan fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain;

- e. melakukan koordinasi dengan dosen atau pembimbing klinik atau pembimbing lapangan dan instalasi atau unit terkait dalam rangka memfasilitasi proses pendidikan dan penelitian di Rumah Sakit Pendidikan;
 - f. melakukan supervisi dan koordinasi penilaian kinerja terhadap dosen atas seluruh proses pelayanan yang dilakukan, termasuk yang dilakukan di jejaring Rumah Sakit Pendidikan dan/atau yang terkait dengan sistem rujukan;
 - g. melakukan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan proses pendidikan klinik atau pembelajaran klinik, praktek kerja lapangan dan penelitian; dan
 - h. melaporkan hasil kerja secara berkala kepada direktur Rumah Sakit Pendidikan dan pimpinan Institusi Pendidikan.
- (4) Komite Koordinasi Pendidikan paling sedikit terdiri atas:
- a. Ketua merangkap sebagai anggota berasal dari unsur Rumah Sakit Pendidikan;
 - b. Wakil ketua merangkap sebagai anggota berasal dari unsur Institusi Pendidikan;
 - c. Sekretaris merangkap sebagai anggota berasal dari unsur Rumah Sakit Pendidikan; dan
 - d. Anggota yang mewakili bidang pendidikan dan setiap unsur fasilitas pelayanan kesehatan jejaring Rumah Sakit Pendidikan.

Paragraf 4

Komite Medik

Pasal 28

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ayat (2) huruf b merupakan perangkat rumah sakit yang dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit dan berkedudukan dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan Staf Medis.

- (3) Pembentukan Komite Medik ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (5) Dalam melaksanakan tugas, fungsi dan tanggungjawabnya, Komite Medik mempunyai wewenang:
 - 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; dan
 - h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.
- (6) Komite medik wajib menyusun *MSbL* yang berisi aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit dan memuat pengaturan tata kerja komite medik di rumah sakit.

Paragraf 5

Komite Keperawatan

Pasal 29

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 26 ayat (2) huruf c merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur Rumah Sakit dan berkedudukan dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan tenaga keperawatan.
- (3) Pembentukan Komite Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Komite keperawatan mempunyai tugas pokok untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit yaitu melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, pengembangan profesional berkelanjutan/*Continuing Profesional Development*, dan memastikan mutu pelayanan keperawatan.
- (5) Komite keperawatan wajib menyusun Peraturan Internal Staf Keperawatan yang berisi aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di rumah sakit dan memuat pengaturan tata kerja komite keperawatan di rumah sakit.
- (6) Susunan, fungsi, tugas dan kewajiban, serta tanggungjawab dan kewenangan Komite Keperawatan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Internal Staf Keperawatan diatur dalam Peraturan Direktur.

Paragraf 6

Komite Mutu Rumah Sakit

Pasal 30

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu untuk meningkatkan mutu Rumah Sakit dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit.

- (2) Penyelenggaraan tata kelola mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan melalui pembentukan Komite Mutu sesuai dengan kebutuhan, ketersediaan sumber daya, dan beban kerja Rumah Sakit.
- (3) Komite Mutu RSUD Ibnu Sina merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur Rumah Sakit dan berkedudukan dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Pembentukan Komite Mutu RSUD Ibnu Sina diangkat dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun.
- (5) Susunan organisasi Komite Mutu paling sedikit terdiri atas:
 - a. ketua merangkap sebagai anggota;
 - b. sekretaris merangkap sebagai anggota; dan
 - c. anggota.
- (6) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a dilarang merangkap sebagai pejabat struktural di Rumah Sakit.
- (7) Keanggotaan Komite Mutu harus memenuhi persyaratan paling sedikit terdiri atas:
 - a. tenaga medis;
 - b. tenaga keperawatan;
 - c. tenaga kesehatan lain; dan
 - d. tenaga non kesehatan.
- (8) Direktur dapat memberhentikan anggota Komite Mutu sebelum habis masa kerjanya yang disertai dengan alasan pemberhentian sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (9) Dalam rangka efektifitas dan efisiensi penyelenggaraan tata kelola mutu RSUD Ibnu Sina, komite lainnya yang melaksanakan fungsi manajemen risiko dan keselamatan pasien diintegrasikan dengan Komite Mutu dengan membentuk subkomite.

Pasal 31

Komite Mutu bertugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, manajemen risiko, dan persiapan penyelenggaraan akreditasi rumah sakit.

Pasal 32

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31, Komite Mutu memiliki fungsi:

- a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit;
- b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit;
- c. pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
- d. pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
- e. pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
- f. fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
- g. fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
- h. pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
- i. koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, SPI, dan unit kerja lainnya yang terkait;
- j. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;

- k. pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
- l. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu; dan
- m. penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.

Pasal 33

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31, Komite Mutu memiliki fungsi:

- a. penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien RSUD Ibnu Sina;
- b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RSUD Ibnu Sina dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;
- c. pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;
- d. motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
- e. pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan *Root Cause Analysis* (RCA),
- f. pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
- g. pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. melaksanakan pelatihan keselamatan pasien; dan
- i. penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.

Pasal 34

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31, Komite Mutu memiliki fungsi:

- a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
- b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;

- c. pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
- d. pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
- e. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
- f. pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
- g. pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
- h. pelaksanaan pelatihan manajemen risiko; dan
- i. penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.

Pasal 35

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Mutu.
- (2) Komite Mutu dapat dibantu oleh tim yang bersifat *Ad Hoc* yang terdiri atas komite atau unit kerja lain, dan pakar/ahli yang terkait.
- (3) Tim *Adhoc* ditetapkan dalam Keputusan Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Mutu.
- (4) Penjabaran lebih lanjut tentang kebijakan, pedoman/panduan dan SPO terkait mutu rumah sakit diatur dalam Peraturan Direktur.

Pasal 36

Penetapan keanggotaan dan persyaratan menjadi anggota Komite Mutu RSUD Ibnu Sina, penjabaran tugas dan fungsi Komite Mutu RSUD Ibnu Sina dan tata hubungan kerja penyelenggaraan mutu akan diatur dalam Peraturan Direktur RSUD Ibnu Sina.

Paragraf 7

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 37

- (1) Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan harus melaksanakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

- (2) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dilaksanakan melalui penerapan:
 - a. prinsip kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi;
 - b. penggunaan antimikroba secara bijak; dan
 - c. *bundles* HAIs.
- (3) Pembentukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi untuk menyelenggarakan tata kelola Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang baik agar mutu pelayanan medis serta keselamatan pasien dan pekerja terjamin dan terlindungi.
- (4) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi menyusun program pencegahan dan pengendalian infeksi untuk ditetapkan dan dijadikan acuan dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di lingkungan RSUD Ibnu Sina.
- (5) Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi meliputi :
 - a. Kewaspadaan Isolasi;
 - b. Penerapan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections/HAIs*) berupa langkah yang harus dilakukan untuk mencegah terjadinya HAIs (*Bundles*);
 - c. *Surveilans HAIs*;
 - d. Pendidikan dan pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - e. penggunaan anti mikroba yang bijak;
 - f. Monitoring melalui *Infection Control Risk Assesment (ICRA)*; dan
 - g. audit dan monitoring lainnya secara berkala.
- (6) Pembentukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan oleh Keputusan Direktur.
- (7) Susunan organisasi dan keanggotaan, penjabaran fungsi dan tugas Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diatur dalam Peraturan Direktur.

BAB III

PERATURAN STAF MEDIS RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Tujuan

Pasal 38

Tujuan ditetapkannya *MSbL* RSUD Ibnu Sina adalah:

- a. agar komite medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi;
- b. sebagai acuan RSUD Ibnu Sina dalam mengorganisasi staf medis dan membentuk Komite Medik;
- c. sebagai acuan dalam meningkatkan profesionalisme staf medis di RSUD Ibnu Sina yang meliputi kompetensi dan perilaku dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter sub spesialis dan dokter gigi spesialis;
- d. sebagai acuan dalam menyusun dan menetapkan standar pelayanan medis untuk setiap jenis disiplin ilmu kedokteran sesuai dengan kondisi dan situasi; dan
- e. memberikan dasar hukum bagi Mitra Bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medik, dimana putusan dimaksud tersebut melandasi semangat bahwa hanya staf medis yang kompeten dan berperilaku profesional yang boleh melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Bagian Kedua

Kedudukan dan Ruang Lingkup

Pasal 39

- (1) Kedudukan *MSbL* ini sebagai peraturan internal yang mengatur tata kelola staf medis.
- (2) Peraturan Internal Staf Medis atau *Medical Staff byLaws* (*MSbL*) berlaku bagi seluruh staf medis yang melakukan pelayanan medis baik didalam maupun diluar RSUD Ibnu Sina dalam rangka menjalankan penugasan klinis Direktur.

Bagian Ketiga

Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)

Pasal 40

- (1) Pelayanan medis di RSUD Ibnu Sina hanya dilaksanakan oleh staf medis yang telah diberikan kewenangan klinis yaitu izin dan hak khusus untuk melakukan pelayanan medis tertentu atas rekomendasi dari komite medik setelah dikredensial.
- (2) Rekomendasi kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada setiap staf medis sesuai dengan kompetensinya yang nyata.
- (3) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus melibatkan komite medik yang dibantu oleh mitra bestarinya sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.
- (4) Kewenangan klinis setiap staf medis dapat saling berbeda walaupun mereka memiliki spesialisasi yang sama, sesuai dengan kompetensi nyata dan kompetensi tambahan yang dimiliki.
- (5) Rincian kewenangan klinis setiap spesialisasi di rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh komite medik bersama Mitra Bestari dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh *kolegium* setiap spesialisasi.
- (6) Komite medik wajib menetapkan persyaratan kompetensi yang dibutuhkan untuk melakukan setiap jenis pelayanan medis atau spesialisasi yang ada di RSUD Ibnu Sina sesuai dengan ketetapan *kolegium* setiap spesialisasi ilmu kedokteran.
- (7) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis kepada setiap staf medis sesuai dengan kompetensinya yang nyata, setelah memperhatikan rekomendasi Komite Medik berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.

- (8) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis seorang staf medis berdasarkan pada hasil kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilannya, kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku staf medis tersebut.
- (9) Komite medik wajib melakukan pengaturan kewenangan klinis sementara, kewenangan klinis dalam keadaan darurat, dan kewenangan klinis bersyarat sesuai ketentuan yang berlaku.
- (10) Dalam keadaan tertentu, suatu pelayanan medis tertentu ternyata dilakukan oleh para staf medis dari jenis spesialisasi yang berbeda, maka komite medik wajib menyusun “buku putih” (*white paper*) untuk pelayanan medis tertentu tersebut dengan melibatkan mitra bestari dari beberapa spesialisasi terkait.
- (11) Kewenangan klinis sementara dapat diberikan kepada dokter tamu atau dokter pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.
- (12) Dalam keadaan darurat direktur rumah sakit dapat memberikan surat penugasan klinis tanpa rekomendasi komite medik.
- (13) Dalam hal terjadi keadaan darurat atau bencana yang menimbulkan banyak korban, maka semua staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan diluar kewenangan klinik yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya tanpa rekomendasi dari komite medik.

Pasal 41

- (1) Dalam hal Komite medik kesulitan memberikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur, maka komite medik dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari kolegium terkait.
- (2) Kewenangan klinis akan dievaluasi terus menerus untuk menentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut.
- (3) Pencabutan atau pengurangan kewenangan klinis tertentu oleh direktur rumah sakit didasarkan pada kinerja profesi di lapangan, antara lain karena;

- a. terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
 - b. bila terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; atau
 - c. pelanggaran etika dan disiplin profesi medis.
- (4) Pencabutan kewenangan klinis atau pengurangan kewenangan klinis tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) setelah mendapatkan rekomendasi dari komite medik berdasarkan masukan subkomite etika dan disiplin profesi.
 - (5) Staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dicabut atau dikurangi, dapat mengajukan permohonan kepada direktur rumah sakit.
 - (6) Direktur dapat memerintahkan komite medik untuk memberikan pembinaan profesi agar kompetensi staf medis yang bersangkutan dapat pulih kembali antara lain melalui mekanisme pendampingan.
 - (7) Kewenangan klinis yang dicabut sebagai mana dimaksud pada ayat (3) pada pasal ini dapat diberikan kembali bila staf medis tersebut dianggap telah pulih kompetensinya setelah mendapatkan rekomendasi dari komite medik berdasarkan masukan subkomite etika dan disiplin profesi untuk pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

Pasal 42

- (1) Dalam hal staf medis menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas, maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang menyetujui atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.

- (3) Direktur membuat surat yang berisi penolakan atau persetujuan atas permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan disampaikan kepada pemohon.
- (4) Apabila direktur menyetujui permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur dapat menerbitkan penugasan klinis sesuai ketentuan yang berlaku.

Bagian Keempat

Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)

Pasal 43

- (1) Setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis wajib memiliki surat penugasan klinis yang diterbitkan oleh Direktur.
- (2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemberian izin melakukan pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan rincian kewenangan klinis setiap staf medis yang direkomendasikan komite medik dan yang disetujui oleh Direktur.
- (3) Staf medis yang telah memiliki surat penugasan klinis akan tergabung menjadi anggota kelompok staf medis yang memiliki kewenangan klinis sejenis.
- (4) Dalam keadaan tertentu Direktur rumah sakit dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara sesuai kebutuhan rumah sakit.
- (5) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis seorang staf medis berdasarkan pertimbangan komite medik atau alasan tertentu sehingga staf medis yang bersangkutan tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Bagian Kelima

Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik

Pasal 44

- (1) Susunan organisasi komite medik paling sedikit terdiri dari:

- a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Subkomite.
- (2) Ketua komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
 - (3) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku
 - (4) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
 - (5) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
 - (6) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (5) terdiri dari :
 - a. Subkomite Kredensial, yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. Subkomite Mutu Profesi, yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi, yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis.

Bagian Keenam

Subkomite Kredensial

Pasal 45

- (1) Tujuan umum penetapan subkomite kredensial untuk melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis dirumah sakit kredibel.
- (2) Tujuan khusus penetapan subkomite kredensial untuk:
 - a. mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;

- b. tersusunnya jenis kewenangan klinis bagi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi yang ditetapkan oleh Kolegium Kedokteran/ Kedokteran Gigi Indonesia;
- c. tersusunnya rekomendasi pemberian kewenangan klinis sebagai dasar bagi kepala/direktur rumah sakit untuk menerbitkan penugasan klinis bagi setiap staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit; dan
- d. terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medis dan institusi rumah sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) rumah sakit lainnya.

Bagian Ketujuh

Konsep Kredensial

Pasal 46

- (1) Setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar kompeten, yang meliputi dua aspek, kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional, serta kompetensi fisik dan mental.
- (2) Komite medik wajib melakukan verifikasi kembali keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi tersebut.
- (3) Setelah dilakukan kredensial medis dinyatakan kompeten maka komite medik akan menerbitkan rekomendasi kewenangan klinis.
- (4) Dalam hal pelayanan medis seorang staf medis membahayakan pasien maka kewenangan klinis seorang staf medis dapat saja dicabut sehingga tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis tertentu di lingkungan rumah sakit tersebut.
- (5) Pencabutan kewenangan klinis tersebut dilakukan melalui prosedur tertentu yang melibatkan komite medik.

Bagian Kedelapan

Keanggotaan

Pasal 47

- (1) Subkomite kredensial di rumah sakit terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite kredensial paling sedikit terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (3) Subkomite kredensial bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Kesembilan

Subkomite Mutu Profesi

Pasal 48

- (1) Pembentukan subkomite mutu profesi bertujuan untuk menjaga mutu profesi medis di rumah sakit.
- (2) Tujuan menjaga mutu profesi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
 - a. memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh staf medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
 - b. memberikan asas keadilan bagi staf medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi dan kewenangan klinis;
 - c. mencegah terjadinya kejadian yang tak diharapkan; dan
 - d. memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan, maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus.

Bagian Kesepuluh

Konsep Mutu Profesi

Pasal 49

- (1) Kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis sangat ditentukan oleh semua aspek kompetensi staf medis dalam melakukan penatalaksanaan asuhan medis.

- (2) Untuk mempertahankan mutu dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui :
 - a. memantau kualitas, misalnya morning report, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian, dan audit medis; dan
 - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat, aktivitas pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kewenangan tambahan.

Bagian Kesebelas

Keanggotaan

Pasal 50

- (1) Subkomite mutu profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite mutu profesi paling sedikit terdiri atas Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (3) Subkomite mutu profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Bagian Keduabelas

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi

Paragraf 1

Tujuan

Pasal 51

- (1) Pembentukan subkomite etika dan disiplin profesi bertujuan untuk menegakkan etika dan disiplin profesi kedokteran di rumah sakit
- (2) Tujuan menegakkan etika dan disiplin profesi kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah;
 - a. melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat dan tidak layak untuk melakukan asuhan klinis; dan
 - b. memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medis di rumah sakit.

Paragraf 2

Konsep Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 52

- (1) Setiap staf medis dalam melaksanakan asuhan medis di rumah sakit harus menerapkan prinsip profesionalisme kedokteran sehingga dapat memperlihatkan kinerja profesi yang baik sehingga pasien akan memperoleh asuhan medis yang aman dan efektif.
- (2) Upaya peningkatan profesionalisme staf medis dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisiplinan berperilaku profesional staf medis di lingkungan rumah sakit.
- (3) Pelaksanaan keputusan subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit merupakan upaya pendisiplinan oleh komite medik terhadap staf medis di rumah sakit yang bersangkutan.
- (4) Landasan kerja Subkomite ini antara lain;
 - a. peraturan internal rumah sakit;
 - b. peraturan internal staf medis;
 - c. etik rumah sakit;
 - d. norma etika kedokteran; dan
 - e. norma bioetika.
- (5) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:
 - a. pedoman pelayanan kedokteran atau panduan praktik klinik;
 - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
 - d. persyaratan/kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;
 - e. kode etik kedokteran Indonesia;
 - f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
 - g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran;
 - h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
 - i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Paragraf 3

Konsep Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 53

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi paling sedikit terdiri atas Ketua, Sekretaris, dan Anggota.
- (3) Subkomite etika dan disiplin profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Bagian Ketigabelas

Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 54

Ketentuan mengenai penerapan peraturan pelaksanaan untuk melaksanakan tata kelola klinis diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

Bagian Keempatbelas

Hubungan Komite Medik Dengan Direktur

Pasal 55

- (1) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman, panduan, prosedur, dan menyediakan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas, fungsi, tanggung jawab, dan kewenangan Komite Medik.
- (2) Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite medik wajib memberikan laporan berkala dan laporan tahunan tentang kegiatan keprofesian yang dilakukan kepada Direktur.
- (4) Direktur bekerjasama dengan komite medik menyusun pengaturan layanan medis agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk hingga keluar dari rumah sakit.

Bagian Kelimabelas

Panitia *Adhoc*

Pasal 56

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc* sesuai kebutuhan.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari Staf Medik yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 angka 16.
- (4) Staf medik yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari staf medik RSUD Ibnu Sina, dokter rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/ kedokteran gigi.

Bagian Keenambelas

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 57

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

Bagian Ketujuhbelas

Tata Cara Review dan Perbaikan Peraturan Internal

Staf Medik

Pasal 58

- (1) Ketentuan lebih lanjut tentang Peraturan Internal Staf Medik yang berisi Keanggotaan, Kategori, Pelayanan Medik, Komite Medik diatur dalam Peraturan Direktur.
- (2) Peraturan Internal Staf Medik dapat dilakukan review dan atau perbaikan oleh Direktur karena alasan tertentu.
- (3) Peraturan Internal staf medik ini dapat dilakukan review dan atau perbaikan apabila terdapat;
 - a. Perubahan Peraturan Perundang-undangan yang mengatur tentang Peraturan Internal Korporasi Rumah Sakit, Peraturan Internal Staf Medik, atau peraturan perundang-undangan lainnya yang menyangkut profesi medik; dan
 - b. Kebijakan baru mengenai status rumah sakit.
- (4) Review dan/ atau perbaikan Peraturan Internal Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

BAB IV

AKREDITASI RUMAH SAKIT

Pasal 59

- (1) RSUD Ibnu Sina wajib melakukan akreditasi baik akreditasi rumah sakit maupun akreditasi rumah sakit Pendidikan secara berkala sesuai peraturan perundang-undangan.
- (2) Tujuan pelaksanaan akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkelanjutan dan melindungi keselamatan pasien rumah sakit;
 - b. meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di rumah sakit, dan rumah sakit sebagai institusi; dan

- c. meningkatkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis.
- (3) RSUD Ibnu Sina harus melakukan perpanjangan akreditasi sebelum masa berlaku status akreditasinya berakhir.
- (4) Penyelenggaraan akreditasi rumah sakit meliputi kegiatan persiapan akreditasi, pelaksanaan akreditasi dan pasca akreditasi.

BAB V

PENGELOLAAN PENGADUAN MASYARAKAT

Pasal 60

- (1) RSUD Ibnu Sina sebagai penyelenggara pelayanan publik wajib menyediakan sarana dan prasarana pengaduan untuk menyelenggarakan pengelolaan pengaduan pelayanan publik.
- (2) Pada setiap bagian, bidang, instalasi dan unit kerja menyediakan informasi tentang mekanisme, prosedur, dan/atau tata cara pengaduan secara langsung, tidak langsung, dan/atau elektronik yang mudah diperoleh dan dipahami oleh penerima pelayanan.
- (3) Pengelola pengaduan publik memberikan respon atau tanggapan awal kepada pengadu paling lambat 3 (tiga) hari kerja sejak pengaduan diterima.
- (4) Pengelolaan pengaduan publik harus dilaksanakan secara cepat, tepat, tertib, tuntas, dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (5) RSUD Ibnu Sina wajib menyelesaikan setiap pengaduan paling lambat 60 (enam puluh) hari sejak berkas pengaduan dinyatakan lengkap.
- (6) Pengelolaan pengaduan publik RSUD Ibnu Sina dilaksanakan dengan:
 - a. prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi serta sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - b. menyampaikan informasi mengenai status penyelesaian pengaduan kepada pengadu baik berupa solusi maupun rencana perbaikan; dan

- c. memberi akses kepada masyarakat untuk menyampaikan pengaduan dan memperoleh informasi penyelesaian pengaduan sesuai ketentuan yang berlaku.
- (7) Direktur menunjuk dan menetapkan pelaksana yang kompeten dalam pengelolaan pengaduan publik.
- (8) Mekanisme pengelolaan, susunan organisasi, tugas, kewajiban, tanggung jawab dan kewenangan pengelola dalam penyelenggaraan pengelolaan pengaduan publik diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

BAB VI

PENETAPAN DAN PERUBAHAN PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Pasal 61

Ketentuan dan penerapan peraturan pelaksanaan untuk melaksanakan peraturan rumah sakit yang tidak tercantum dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini ditetapkan dan dilaksanakan oleh Direktur.

Pasal 62

Direktur mengupayakan agar Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) ini dapat disosialisasikan kepada berbagai pihak yang berkepentingan.

Pasal 63

Direktur dapat mengusulkan perubahan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) ini melalui pembentukan tim khusus untuk keperluan tersebut.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 64

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku:

- a. Peraturan Bupati Gresik Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik (Berita Daerah Kabupaten Gresik Tahun 2011 Nomor 64); dan

b. Peraturan Bupati Gresik Nomor 65 Tahun 2011 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik (Berita Daerah Kabupaten Gresik Tahun 2021 Nomor 65).

dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 65

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Gresik
pada tanggal 18 Juli 2022

BUPATI GRESIK,

ttd

FANDI AKHMAD YANI

Diundangkan di Gresik
pada tanggal 18 Juli 2022
SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN GRESIK,

ttd

Ir. ACHMAD WASHIL M.R., M.T.

Pembina Utama Muda

NIP. 19661027 199803 1 001

BERITA DAERAH KABUPATEN GRESIK TAHUN 2022 NOMOR 36