



BUPATI SAMPANG  
PROVINSI JAWA TIMUR  
PERATURAN BUPATI SAMPANG

NOMOR 63 TAHUN 2023

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KETAPANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SAMPANG

- Menimbang : a. bahwa sesuai ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Ketapang;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. 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 beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4586) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-

- Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2023 tentang Provinsi Jawa Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6868);
  5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
  6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
  7. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
  8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
  9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
  10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
  11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
  12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 Tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
  13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
  14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416);
  15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang Kode Etik dan Hukum Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1291);
  16. Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2016 tentang Sistem Kesehatan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Sampang Tahun 2016 Nomor 10);

17. Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2020 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Sampang Tahun 2020 Nomor 3), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2020 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat (Lembaran Daerah Kabupaten Sampang Tahun 2022 Nomor 2);
18. Peraturan Bupati Sampang Nomor 131 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi, Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kabupaten Sampang (Berita Daerah Kabupaten Sampang Tahun 2022 Nomor 131);
19. Peraturan Bupati Nomor 25 tahun 2023 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Ketapang Kabupaten Sampang (Berita Daerah Kabupaten Sampang Tahun 2023 Nomor 25).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KETAPANG KABUPATEN SAMPANG

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Bupati adalah Bupati Sampang.
2. Wakil Bupati adalah Wakil Bupati Sampang.
3. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Sampang.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Sampang
5. Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana adalah Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kabupaten Sampang.
6. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
7. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat dengan RSUD adalah RSUD Ketapang.
8. Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat UOBK adalah institusi pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh pemerintah daerah yang memberikan layanan secara professional melalui pemberian otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian.
9. Pola Tata Kelola Rumah Sakit adalah tata kelola suatu unit pelaksana yang menerapkan BLUD dan ditetapkan dengan Peraturan Kepala Daerah yang memuat kelembagaan, prosedur kerja, pengelompokan fungsi, dan pengelolaan sumber daya manusia.

10. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal Staf Medis.
11. Peraturan Internal Korporasi (*Cooperate by Laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*Cooperate Governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite di Rumah Sakit.
12. Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff by Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*Clinical Governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di Rumah Sakit.
13. Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Kabupaten.
14. Dewan Pengawas adalah Dewan yang mewakili pemilik yang terdiri dari Ketua, Anggota dan Sekretaris yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh pejabat pengelola dan memberikan nasihat kepada pejabat pengelola dalam menjalankan kegiatan Rumah Sakit.
15. Direktur adalah Direktur RSUD Ketapang
16. Satuan Pemeriksaan Internal, yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit.
17. Komite Medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar Staf Medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
18. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas sebagai gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit yang memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan *medicoetikolegal* dan etika pelayanan Rumah Sakit, penyelesaian masalah etika Rumah Sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan Rumah Sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi Rumah Sakit, kebijakan yang terkait dengan "*Hospital by Laws*", "*Medical Staf by Laws*", dan "*Nursing Staf by Laws*".
19. Kelompok Staf Medis, yang selanjutnya disingkat KSM adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit.
20. Staf Medis adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit.
21. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usul Komite Medik.
22. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan

- tindakan medis di Rumah Sakit untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.
23. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).
  24. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar Kewenangan Klinis yang telah ditetapkan baginya.
  25. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap Staf Medis untuk menentukan kelayakan diberikan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*).
  26. Standar Prosedur Operasional, yang selanjutnya disingkat SPO adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja tim tertentu.
  27. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
  28. Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap Staf Medis yang telah memiliki Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis tersebut.
  29. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
  30. Mitra Bestari (*Peer Group*) adalah sekelompok Staf Medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
  31. ASN BERAKHLAK adalah akronim dari Aparatur Sipil Negara berorientasi pelayanan, akuntabel, kompeten, harmonis, loyal, adaptif, dan kolaboratif.

#### Pasal 2

- (1) Peraturan Bupati ini dimaksudkan agar setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal RSUD Ketapang.
- (2) Peraturan Bupati ini bertujuan sebagai pedoman bagi seluruh staf dalam melaksanakan Peraturan Internal RSUD Ketapang.

#### Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Internal Rumah Sakit, meliputi:

- a. Peraturan Internal Korporasi (*Cooperate by Laws*);
- b. Dewan Pengawas;
- c. kelompok layanan;
- d. kelompok penunjang;
- e. Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff by Laws*);
- f. pengelolaan lingkungan dan limbah Rumah Sakit;
- g. kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur;

- h. kerjasama atau kontrak;
- i. pembinaan, pengawasan, evaluasi dan penilaian kinerja; dan
- j. tuntutan hukum.

BAB II  
PERATURAN INTERNAL KORPORASI  
(*COORPORATE BY LAWS*)

Bagian Kesatu  
Prinsip

Pasal 4

- (1) Peraturan Internal Korporasi (*Corporate by Laws*) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a, merupakan peraturan internal RSUD Ketapang, memuat:
  - a. struktur organisasi;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan
  - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Peraturan Internal Korporasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menganut prinsip:
  - a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. responsibilitas; dan
  - d. independensi.

Pasal 5

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

Pasal 6

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.

- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b, diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggung-jawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen Sumber Daya Manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

#### Pasal 7

Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) dilaksanakan dengan penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi dengan melaksanakan pertemuan yang dapat dilaksanakan sebagai berikut:

- a. pertemuan mingguan (*weekly report*) pada hari yang disepakati yang diikuti oleh pejabat struktural dan unit pelayanan untuk monitoring dan evaluasi pelayanan;
- b. rapat bidang/seksi dengan unit yang ada di bawahnya yang dilaksanakan setiap 1 (satu) bulan sekali dan dihadiri oleh Koordinator masing-masing Unit serta staf terkait;
- c. pertemuan/rapat paripurna yang dilaksanakan setiap 3 bulan sekali yang diikuti oleh seluruh pejabat struktural, ketua SPI, ketua komite, kepala instalasi, ketua KSM, kepala Unit, ketua Tim dan para koordinator dan dilaksanakan setelah apel paripurna dengan pembahasan permasalahan yang ada di masing-masing unit;
- d. pertemuan/rapat rutin Komite Medik yang dilaksanakan setiap 1 bulan (satu) bulan sekali dihadiri oleh KSM untuk melakukan evaluasi dan membahas permasalahan pelayanan dan isu-isu strategis;
- e. pertemuan/rapat rutin Komite Keperawatan yang dilaksanakan setiap 2 (dua) bulan sekali dihadiri oleh Sub Komite Keperawatan, Anggota Komite Keperawatan dan para koordinator bidang keperawatan;
- f. pertemuan/rapat rutin Komite Nakes lainnya yang dilaksanakan setiap 2 (dua) bulan sekali dihadiri oleh Sub Komite Nakes lainnya beserta Anggota;
- g. pertemuan/rapat evaluasi mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan sekali yang dapat dihadiri oleh Dewan Pengawas, Direktur, Pejabat Struktural, Ketua SPI, Ketua Komite, Kepala Instalasi, Kepala Unit/ruangan, Ketua Tim dan para koordinator; dan
- h. pertemuan di tingkat jajaran manajemen yang dipimpin oleh Direktur RSUD Ketapang yang diikuti oleh Pejabat

Struktural dan staf terkait, yang dapat dilaksanakan sewaktu-waktu terkait topik dan permasalahan yang dihadapi.

## Bagian Kedua Identitas

### Pasal 8

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Ketapang.
- (2) Jenis RSUD Ketapang adalah Rumah Sakit Umum
- (3) Kelas RSUD Ketapang adalah Kelas D
- (4) Logo RSUD Ketapang:



- (5) Alamat RSUD Ketapang adalah Jalan Raya Ketapang - Sampang Nomor 7 Telp. 081217427804 website: [rsdketapang@sampangkab.go.id](mailto:rsdketapang@sampangkab.go.id)

## Bagian Ketiga Visi, Misi, Nilai-Nilai

### Pasal 9

- (1) Visi, misi dan nilai-nilai RSUD Ketapang dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja staf dan karyawan RSUD Ketapang.
- (2) *Review*/perubahan visi dan misi RSUD Ketapang dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Direktur.
- (3) *Review*/perubahan visi dan misi RSUD Ketapang sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diajukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat dalam melakukan evaluasi Visi dan Misi RSUD Ketapang.
- (4) Visi, misi dan nilai – nilai RSUD Ketapang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

### Pasal 10

- (1) Sikap kerja pegawai RSUD Ketapang dalam melaksanakan tugas didasarkan atas nilai-nilai ASN BERAKHLAK, yakni berorientasi pada pelayanan, akuntabel, kompeten, harmonis, dan loyal.
- (2) Nilai-nilai ASN BERAKHLAK sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
  - a. nilai yang berorientasi pada pelayanan:
    1. memberikan pelayanan dengan cermat dalam upaya menjaga mutu dan keselamatan pasien;



2. menerapkan budaya 5S (senyum, salam, sapa, sopan, dan santun) dalam memberikan pelayanan;
  3. memberikan pelayanan dengan memperhatikan hak dan kewajiban pelanggan;
  4. terbuka pada setiap saran dan masukan untuk peningkatan kualitas pelayanan;
  5. berorientasi pada pengembangan pelayanan sesuai kebutuhan.
- b. nilai akuntabel:
1. bekerja dengan mengedepankan nilai-nilai jujur, transparan, cermat, disiplin, dan berintegritas tinggi;
  2. bekerja dengan penuh tanggung jawab, terukur dan sesuai dengan standar serta peraturan yang berlaku;
  3. bekerja dengan tidak menyalahgunakan wewenang.
- c. nilai yang kompeten:
1. meningkatkan kompetensi diri dengan mengikuti pendidikan dan pelatihan;
  2. mengupdate ilmu pengetahuan sesuai perkembangan teknologi kesehatan terkini;
  3. melaksanakan tugas sesuai dengan kualitas terbaik
- d. nilai yang harmonis:
1. saling menghormati dan menghargai antar rekan kerja;
  2. hindari sikap saling menyalahkan;
  3. menciptakan suasana kondusif dalam bekerja.
- e. nilai loyal:
1. memegang teguh Ideologi Pancasila, UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan setia pada Negara Kesatuan Republik Indonesia dan pemerintah yang sah;
  2. menjaga rahasia jabatan dan rahasia negara;
  3. menjaga nama baik RSUD Ketapang.

Bagian Keempat  
Kedudukan, Tujuan, Tugas Pokok  
dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 11

- (1) RSUD Ketapang berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung atas tugas Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana di bidang pelayanan kesehatan khususnya.
- (2) RSUD Ketapang dipimpin oleh seorang Direktur yang mempunyai tanggung jawab, meliputi:
  - a. mematuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
  - b. menjalankan visi dan misi RSUD Ketapang yang telah ditetapkan;
  - c. menetapkan kebijakan RSUD Ketapang;
  - d. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
  - e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;

- f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada representatif pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan;
  - g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat RSUD Ketapang merupakan perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di RSUD Ketapang yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas Rumah Sakit;
  - h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien, meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada representasi pemilik/Dewan Pengawas; dan
  - i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada representasi pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.
- (3) Tujuan RSUD Ketapang yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dalam bidang pelayanan kesehatan yang didasarkan kepada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial.
- (4) Tugas pokok RSUD Ketapang yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan khusus dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (5) Fungsi RSUD Ketapang dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (4), yaitu:
- a. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan khusus;
  - b. pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan pemerintahan daerah di bidang pelayanan kesehatan khusus;
  - c. penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan khusus;
  - d. pelayanan medis;
  - e. pelayanan penunjang medis dan non medis;
  - f. pelayanan keperawatan;
  - g. pelayanan rujukan;
  - h. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
  - i. pengelolaan keuangan dan akuntansi; dan
  - j. pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

Bagian Kelima  
Kewenangan dan Tanggung Jawab  
Pemerintah Daerah

Pasal 12

- (1) Bupati sebagai pimpinan Pemerintah Daerah memiliki wewenang sebagai berikut:, yaitu:
  - a. menunjuk atau menetapkan direktur RSUD Ketapang, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja direktur dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
  - b. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang, serta melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala minimal setahun sekali;
  - c. menetapkan struktur organisasi RSUD Ketapang;
  - d. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumber daya manusia Rumah Sakit;
  - e. menetapkan visi dan misi Rumah Sakit;
  - f. menetapkan peraturan internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit beserta perubahannya;
  - g. mengangkat dan menetapkan Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural ,Sekretaris Dewan Pengawas dan Dewan Pengawas sesuai ketentuan Peraturan Perundangan-undangan;
  - h. memberhentikan Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural, Sekretaris Dewan Pengawas dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
  - i. mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran yang disetujui oleh Dewan Pengawas; dan
  - j. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.
- (2) Pemerintah Daerah sebagai pemilik RSUD Ketapang bertanggung jawab, yaitu:
  - a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis RSUD Ketapang;
  - b. bertanggung jawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen; dan
  - c. bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.

BAB III  
DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu  
Pembentukan

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas dibentuk atas usulan Direktur RSUD Ketapang dan ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

- (2) Usulan Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib dikoordinasikan dengan Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana.
- (3) Anggota Dewan Pengawas berjumlah 3 (tiga) orang dan seorang diantaranya ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.

Bagian Kedua  
Tugas dan Kewajiban

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 mempunyai tanggung jawab:
  - a. menyetujui dan mengkaji visi misi Rumah Sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi RSUD Ketapang;
  - b. Dewan Pengawas bertanggung jawab atas laporan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah setiap 3 (tiga) bulan.
  - c. menyetujui partisipasi Rumah Sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program-program tersebut;
  - d. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
  - e. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu 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
  - f. melakukan pengkajian laporan manajemen risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
- (2) Dewan Pengawas berkewajiban:
  - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh pejabat pengelola RSUD Ketapang;
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit BLUD dan memberikan saran dan pendapat kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan rumah sakit BLUD;
  - c. melaporkan kepada Bupati tentang kinerja rumah sakit BLUD secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam setahun dan sewaktu-waktu apabila diperlukan;
  - d. memberikan nasehat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan pengelolaan rumah sakit BLUD;
  - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindak lanjuti oleh pejabat pengelola rumah sakit BLUD;

- f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester dan/atau sewaktu-waktu atas permintaan Bupati.

Bagian Ketiga  
Wewenang

Pasal 15

Dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14, Dewan Pengawas mempunyai wewenang, meliputi:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur RSUD Ketapang;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh SPI Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur RSUD Ketapang dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit BLUD dengan sepengetahuan Direktur RSUD Ketapang;
- d. memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit;
- e. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas;
- f. mengusulkan fasilitas dan anggaran yang berkaitan dengan tugas-tugas dewan pengawas kepada pejabat pengelola sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit BLUD; dan
- g. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Keempat  
Keanggotaan

Pasal 16

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas, terdiri dari:
- a. pejabat Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit yakni Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana;
  - b. pejabat di lingkungan Perangkat Daerah pengelola keuangan Daerah yakni Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah; dan
  - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (2) Tenaga ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional, atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan rumah sakit.

- (3) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola diangkat.
- (4) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas, meliputi:
  - a. sehat jasmani dan rohani;
  - b. memiliki keahlian, integritas, kedirekturan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan rumah sakit;
  - c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
  - d. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
  - e. memiliki pengetahuan yang memadai tentang tugas dan fungsi rumah sakit;
  - f. berijazah paling rendah s-1 (strata satu);
  - g. tidak pernah menjadi anggota direksi, dewan pengawas, atau komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
  - h. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana; dan
  - i. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit.

Bagian Kelima  
Masa Jabatan

Pasal 17

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir atau diberhentikan oleh Bupati.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), apabila:
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - d. mempunyai benturan kepentingan dengan RSUD Ketapang; atau
  - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Bupati sampai ada Keputusan yang bersifat final dan mengikat dari Pengadilan.

Pasal 18

- (1) Penggantian anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (4), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan berpedoman pada ketentuan Pasal 13 dan Pasal 16 ayat (4).

- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Bagian Keenam  
Sekretaris

Pasal 19

- (1) Untuk kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas atas usulan Direktur RSUD Ketapang setelah berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan dengan Surat Keputusan Bupati.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada Pasal 13.
- (5) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Bagian Ketujuh  
Pembiayaan

Pasal 20

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada RSUD Ketapang dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran.

Bagian Kedelapan  
Tata Kerja

Pasal 21

- (1) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (2) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (3), sekurang-kurangnya memuat:
  - a. penilaian terhadap Rencana Strategis, Rencana Bisnis Anggaran dan pelaksanaannya;
  - b. penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan lainnya;
  - c. penilaian ketaatan terhadap Peraturan Perundang-undangan;
  - d. permasalahan pengelolaan BLUD dan solusinya; dan
  - e. saran dan rekomendasi.
- (3) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, yang terkait dengan:

- a. penurunan kinerja BLUD;
  - b. pemberhentian pimpinan BLUD sebelum berakhirnya masa jabatan;
  - c. pergantian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas; dan
  - d. berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
- (4) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditandatangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas.
- (5) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.

Bagian Kesembilan  
Peran Terhadap Kelompok Staf Medis

Pasal 22

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam upaya memberdayakan KSM untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran terhadap KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus-menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam Organisasi Komite Medik RSUD Ketapang melalui Subkomite kredensial, Subkomite Mutu Profesi dan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

BAB IV  
KELOMPOK LAYANAN

Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 23

Pengelola RSUD Ketapang dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien membentuk kelompok layanan, terdiri dari:

- a. Komite;
- b. instalasi;
- c. KSM; dan
- d. kelompok jabatan fungsional;

Bagian Kedua  
Komite

Pasal 24

- (1) Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 huruf a, merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Komite memiliki tanggung jawab, meliputi:



- a. mendukung komunikasi yang efektif antar tenaga profesional;
  - b. menyusun kebijakan, Pedoman, prosedur serta protokol, tata hubungan kerja, alur klinis, dan dokumen lain yang mengatur layanan klinis;
  - c. menyusun kode etik profesi; dan
  - d. memantau mutu pelayanan pasien lainnya.
- (3) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari:
- a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Etik dan Hukum;
  - d. Komite PPI;
  - e. Komite Farmasi dan Terapi;
  - f. Komite Mutu; dan
  - g. Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya.

#### Paragraf 1 Komite Medik

#### Pasal 25

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (3) huruf a, merupakan organisasi non struktural yang bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dibentuk oleh dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Ketapang.
- (3) Susunan organisasi Komite Medik, terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite.
- (4) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD Ketapang dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (5) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4), disesuaikan dengan jumlah staf medik di RSUD Ketapang.
- (6) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Sub Komite.
- (7) Direktur RSUD Ketapang menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang dipilih untuk menjalankan tugas dan fungsinya.

#### Pasal 26

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25, mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di RSUD Ketapang dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD Ketapang;
  - b. memelihara mutu profesi Staf Medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Komite Medik memiliki fungsi, meliputi:

- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    1. kompetensi;
    2. kesehatan fisik dan mental;
    3. perilaku; dan
    4. etika profesi.
  - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
  - e. penilaian dan pemutusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;
  - g. melakukan proses Rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
  - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, Komite Medik memiliki fungsi, meliputi:
- a. pelaksanaan Audit Medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik RSUD Ketapang; dan
  - d. rekomendasi proses pendampingan bagi Staf Medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf c, Komite Medik memiliki fungsi:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - b. pemeriksaan Staf Medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di RSUD Ketapang; dan
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

#### Pasal 27

Komite Medik mempunyai wewenang untuk memberikan rekomendasi, meliputi:

- a. rincian Kewenangan Klinis (*delineation of clinical privilege*);
- b. surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*);
- c. penolakan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*);
- d. perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis (*delineation of clinical privilege*);
- e. tindak lanjut Audit Medis;
- f. pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. pendampingan (*proctoring*); dan

h. pemberian tindakan disiplin.

#### Pasal 28

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur RSUD Ketapang berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di RSUD Ketapang.
- (2) Sub Komite, terdiri dari:
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

#### Pasal 29

Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 ayat (2) huruf a, mempunyai tugas melindungi keselamatan pasien melalui peran melakukan penapisan (kredensial/Rekredensial) bagi seluruh staf medik di RSUD Ketapang.

#### Pasal 30

Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 ayat (2) huruf b, mempunyai tugas untuk menjaga mutu profesi para Staf Medis, melalui peran Komite Medik untuk melakukan Audit Medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan Staf Medis.

#### Pasal 31

Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 ayat (2) huruf c, mempunyai tugas melakukan upaya pendisiplinan Staf Medis berlandaskan pada Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*), Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff by Laws*), etika Rumah Sakit, norma etika medis dan norma-norma bioetika melalui peran Komite Medik.

#### Paragraf 2

#### Komite Keperawatan

#### Pasal 32

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (2) huruf b, merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

#### Pasal 33

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan, terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite.

- (3) Ketua Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD Ketapang.
- (4) Sekretaris Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD Ketapang.

#### Pasal 34

Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara :

- a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di RSUD Ketapang.
- b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
- c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat.

#### Pasal 35

Komite Keperawatan mempunyai wewenang untuk memberikan rekomendasi, meliputi:

- a. rincian Kewenangan Klinis;
- b. perubahan rincian Kewenangan Klinis;
- c. penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
- d. surat Penugasan Klinis;
- e. tindak lanjut audit keperawatan;
- f. pendidikan keperawatan berkelanjutan; dan
- g. pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

#### Pasal 36

- (1) Sub Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (2) huruf c, yang ada di Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.
- (2) Ketua Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

#### Pasal 37

Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf a, mempunyai tugas :

- a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan buku putih;
- b. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
- c. merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan;
- d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
- e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan

- f. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit.

#### Pasal 38

Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf b, mempunyai tugas :

- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
- b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
- c. melakukan audit keperawatan; dan
- d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

#### Pasal 39

Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (1) huruf c, mempunyai tugas :

- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
- b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
- c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
- d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis dan/atau surat Penugasan Klinis; dan
- e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.

#### Paragraf 3

#### Komite Etik dan Hukum

#### Pasal 40

- (1) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (3) huruf c, merupakan unit yang bersifat memberikan kajian, pertimbangan dan rekomendasi.
- (2) Kajian, pertimbangan, dan rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dipergunakan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun perencanaan dan pengambilan keputusan.
- (3) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Komite Etik dan Hukum mempunyai tugas, meliputi:
  - a. menyusun kode etik Rumah Sakit yang mengacu pada Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI);
  - b. menyusun kerangka kerja pengelolaan etik Rumah Sakit mencakup :
    - 1) menjelaskan pelayanan yang diberikan pada pasien secara jujur;
    - 2) melindungi kerahasiaan informasi pasien;
    - 3) mengurangi kesenjangan dalam akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan dampak

- klinis;
- 4) menetapkan kebijakan tentang pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien;
  - 5) mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran hasil kinerja klinis dan kinerja non klinis;
  - 6) keterbukaan kepemilikan agar tidak terjadi konflik kepentingan misalnya hubungan kepemilikan antara dokter yang memberikan instruksi pemeriksaan penunjang dengan fasilitas laboratorium atau fasilitas radiologi di luar Rumah Sakit yang akan melakukan pemeriksaan;
  - 7) menetapkan mekanisme bahwa praktisi kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis (*clinical error*) atau mengajukan kekhawatiran etik tanpa takut dihukum, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait masalah klinis ataupun operasional;
  - 8) mendukung keterbukaan dalam sistem pelaporan mengenai masalah/isu etik tanpa takut diberikan sanksi;
  - 9) memberikan solusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etik yang terjadi;
  - 10) memastikan praktik nondiskriminasi dalam pelayanan pasien dengan mengingat norma hukum dan budaya negara;
  - 11) tagihan biaya pelayanan harus akurat dan dipastikan bahwa insentif dan pengelolaan pembayaran tidak menghambat pelayanan pasien;
  - 12) pengelolaan kasus etik pada konflik etik antar profesi di Rumah Sakit, serta penetapan *Code of Conduct* bagi staf sebagai pedoman perilaku sesuai dengan standar etik di Rumah Sakit;
  - 13) menyusun pedoman etika pelayanan;
  - 14) membina penerapan etika pelayanan, etika penyelenggaraan, dan aturan rumah sakit.
  - 15) mengawasi pelaksanaan penerapan etika pelayanan dan etika penyelenggaraan;
  - 16) memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
  - 17) mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum;
  - 18) menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di Rumah Sakit;
  - 19) memberikan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum;
  - 20) memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi

- bagi sumber daya manusia Rumah Sakit;
- 21) menyusun pedoman kerja;
  - 22) menyusun program kerja;
  - 23) menyusun laporan pelaksanaan program kerja kepada direktur secara berkala paling sedikit enam bulan sekali.
- (6) Selain tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), Komite Etik dan Hukum mempunyai fungsi:
    - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum; dan
    - b. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia Rumah Sakit.
  - (7) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dan ayat (6), disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
  - (8) Komite Etik dan Hukum harus melaporkan kegiatannya secara berkala kepada Direktur Rumah Sakit paling sedikit setiap 6 (enam) bulan atau sewaktu-waktu bila diperlukan.
  - (9) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Etik dan Hukum.
  - (10) Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

#### Paragraf 4

#### Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

#### Pasal 41

- (1) Komite PPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (3) huruf d, dibentuk untuk membantu Direktur dalam PPI.
- (2) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) PPI mempunyai tugas:
  - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam PPI;
  - b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan PPI Rumah Sakit;
  - c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa bersama Tim PPI Rumah Sakit;
  - d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi yang aman bagi penggunaannya;
  - e. membuat pedoman tata laksana PPI;
  - f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya PPI;
  - g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa Rumah Sakit; dan

- h. menerima laporan atas kegiatan Tim PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktur.

#### Paragraf 5

#### Komite Farmasi dan Terapi

#### Pasal 42

- (1) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (3) huruf e, dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas, meliputi:
  - a. menyusun kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat, penggunaan obat serta evaluasinya;
  - b. memantau penggunaan obat secara rasional, meliputi tepat indikasi, tepat pasien, tepat regiment, tepat obat tepat dosis dan waspada efek samping obat;
  - c. memantau pengelolaan obat di Rumah Sakit agar dilakukan secara transparan;
  - d. menyusun dan mengembangkan formularium di Rumah Sakit dan merevisi pemilihan obat secara berkala untuk dimasukkan di dalam formularium berdasarkan pada evaluasi secara objektif terhadap efek terapi, keamanan, harga obat serta meminimalkan duplikasi dalam tipe obat, kelompok, dan produk obat yang sama;
  - e. mensosialisasikan formularium Rumah Sakit dan standart/pedoman yang digunakan di Rumah Sakit;
  - f. melakukan evaluasi untuk menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh Ketua Satuan Medis Fungsional dan anggota Staf Medis;
  - g. menyusun pengelolaan obat yang digunakan di Rumah Sakit dan obat yang termasuk dalam ketegori khusus;
  - h. bersama Kepala Instalasi Farmasi mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan mengenai penggunaan obat di Rumah Sakit sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional;
  - i. melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di Rumah Sakit dengan mengkaji rekam medis dibandingkan dengan standar diagnose dan terapi serta pedoman-pedoman lainnya, dengan maksud untuk mendorong peningkatan penggunaan obat secara rasional.

#### Paragraf 6

#### Komite Mutu

Pasal 43...



Pasal 43

- (1) Komite Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (3) huruf f, dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien dan manajemen risiko di Rumah Sakit.
- (2) Komite Mutu dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Komite Mutu merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite Mutu mempunyai tugas:
  - a. memastikan terlaksananya perbaikan mutu, keselamatan pasien dan budaya keselamatan melalui kegiatan-kegiatan sosialisasi, fasilitasi, pengumpulan data dan audit yang melibatkan partisipasi pihak-pihak sesuai akuntabilitas masing-masing unit; dan
  - b. memastikan terlaksananya efektivitas manajemen risiko dalam kegiatan pelayanan dan manajemen sehingga terwujud penurunan angka risiko dan berdampak kepada peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- (5) Komite Mutu melaporkan kegiatannya kepada Direktur.

Paragraf 7

Komite Tenaga Kesehatan  
Profesional Lainnya

Pasal 44

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (3) huruf g, merupakan organisasi non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bukan merupakan wadah perwakilan dari staf Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya.
- (3) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya dibentuk oleh Direktur.
- (4) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya, terdiri dari :
  - a. ketua;
  - b. sekretaris;
  - c. Sub Komite Mutu Profesi
  - d. Sub Komite Kredensial; dan
  - e. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.
- (5) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya, terdiri dari:
  - a. apoteker;
  - b. asisten apoteker;
  - c. perekam medis;
  - d. teknisi elektromedis;
  - e. radiografer;
  - f. refraksionis optision;
  - g. nutrisisionis;
  - h. analis kesehatan;
  - i. sanitarian;

- j. Perawat gigi;
  - k. Fisioterapi; dan
  - l. Penata anestesi.
- (6) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya mempunyai tugas membantu Direktur dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan profesional lainnya serta pengembangan profesi berkelanjutan.
- (7) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (6), Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya mempunyai fungsi, meliputi:
- a. penyelenggaraan konsultasi tenaga kesehatan profesional lainnya;
  - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
  - c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi tenaga kesehatan profesional lainnya melalui pembelajaran;
  - d. penggalan inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi tenaga kesehatan profesional lainnya;
  - e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki;
  - f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum; dan
  - g. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi.

### Bagian Ketiga Instalasi

#### Pasal 45

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud Pasal 23 huruf b, dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) Rumah Sakit membentuk Instalasi, terdiri dari :
- a. rawat jalan;
  - b. rawat inap
  - c. Bedah Sentral;
  - d. gawat darurat;
  - e. CSSD;
  - f. Gizi;
  - g. Laboratorium;
  - h. Radiologi;
  - i. Sanitasi;
  - j. Gas Medik;
  - k. farmasi; dan
  - l. pemeliharaan sarana Rumah Sakit.
- (3) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan Rumah Sakit.
- (4) Pembentukan Instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD Ketapang.

- (5) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi.
- (6) Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), untuk melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (7) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Kepala Seksi.
- (8) Setiap penyusunan dan tata kerja instalasi Rumah Sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.

Bagian Keempat  
Kelompok Staf Medis

Pasal 46

- (1) KSM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 huruf c, merupakan kelompok dokter yang bekerja dibidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) KSM mempunyai tugas melaksanakan:
  - a. diagnosis;
  - b. pengobatan;
  - c. pencegahan akibat penyakit;
  - d. peningkatan dan pemulihan kesehatan;
  - e. penyuluhan;
  - f. pendidikan;
  - g. pelatihan;
  - h. penelitian; dan
  - i. pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), KSM menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Bagian Kelima  
Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 47

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 huruf d, terdiri dari: sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan berdasarkan Jenis dan Jenjang jabatan fungsional masing-masing.
- (4) Masing-masing tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (3), berada di lingkungan unit kerja Rumah Sakit sesuai kompetensinya.

BAB V  
KELOMPOK PENUNJANG

Pasal 48

- (1) Rumah Sakit dalam menyelenggarakan fungsi pelayanan kesehatan dapat membentuk kelompok penunjang.
- (2) Kelompok penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dibentuklah Unit dan Tim yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Pembentukan Unit dan Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (2), didasarkan atas kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan guna mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (4) Setiap penyusunan dan tata kerja Unit, dan Pembentukan Tim Rumah Sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan unit-unit, Tim lainnya sesuai dengan tugas masing-masing.
- (5) Pembentukan Unit dan Tim ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 49

- (1) Unit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) dipimpin oleh Kepala Unit.
- (2) Unit bertanggung jawab kepada Kepala Seksi atau Kepala Bidang.
- (3) Kepala Unit dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (4) Kepala Unit mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan hasil kegiatannya.

Pasal 50

- (1) Tim sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (2) dipimpin oleh Ketua Tim.
- (2) Tim bertanggung jawab kepada Kepala Seksi.
- (3) Ketua Tim dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (4) Ketua Tim mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan hasil kegiatannya.

BAB VI  
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS  
(*MEDICAL STAFF BY LAWS*)

Bagian Kesatu  
Maksud dan Tujuan

Pasal 51

- (1) Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) merupakan aturan tentang tata kelola klinis (*clinical*)

- governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di RSUD Ketapang.
- (2) Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
    - a. Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) melalui mekanisme Kredensial;
    - b. peningkatan mutu profesi; dan
    - c. penegakan disiplin profesi.
  - (3) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
    - a. tercapainya kerjasama yang baik antara staf medik dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili diantara Staf Medis dengan Direktur;
    - b. tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien.
    - c. terciptanya tanggung jawab Staf Medis terhadap mutu pelayanan medis di Rumah Sakit; dan
    - d. untuk memberikan dasar hukum bagi Mitra Bestari (*Peer Group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik yang dilandasi semangat hanya staf medik yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

Bagian Kedua  
Kewenangan Klinis  
(*Clinical Privilege*)

Pasal 52

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh Staf Medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur.
- (2) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa surat Penugasan Klinis.
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial sesuai dengan prosedur penerimaan anggota Staf Medis.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota Staf Medis untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara adalah Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit tempat asal bekerja dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di Rumah Sakit kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Sub Komite Kredensial Komite Medik.

Pasal 53

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 ayat (3), harus memenuhi persyaratan meliputi:

- a. pendidikan harus memenuhi persyaratan, meliputi:

- 1) lulus dari sekolah kedokteran di perguruan tinggi yang terakreditasi; dan
- 2) menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
- b. perizinan (lisensi) harus memenuhi persyaratan, meliputi:
  - 1) memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
  - 2) memiliki surat ijin praktek dari Dinas Perijinan dan Penanaman Modal setempat yang masih berlaku.
- c. kegiatan penjagaan mutu profesi harus memenuhi persyaratan, meliputi:
  - 1) menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
  - 2) berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. kualifikasi personal harus memenuhi persyaratan, meliputi:
  - 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;
  - 4) riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
  - 5) memiliki asuransi proteksi profesi.
- e. pengalaman di bidang keprofesian harus memenuhi persyaratan, meliputi:
  - 1) riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
  - 2) riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

#### Pasal 54

- (1) Komite Medik dalam memberi rekomendasi kepada RSUD Ketapang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 ayat (3), agar Kewenangan Klinis Anggota Staf Medik dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Sub Komite Kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila Anggota Staf Medik tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di RSUD Ketapang dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan SPO yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.
- (3) Sub Komite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis Anggota Staf Medik setelah terlebih dahulu:
  - a. ketua Kelompok Staf Medis mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
  - b. komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Sub Komite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis Anggota Staf Medis yang bersangkutan;
  - c. sub Komite Kredensial berhak memanggil Anggota Staf Medis yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari

- bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/ penyimpangan yang telah dilakukan; dan
- d. sub Komite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

#### Pasal 55

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

#### Pasal 56

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*):
  - a. habis masa berlakunya; dan
  - b. dicabut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53.

#### Bagian Ketiga

##### Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)

#### Pasal 57

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

#### Bagian Keempat

##### Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

#### Pasal 58

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan peraturan pelaksanaan berupa aturan profesi bagi Staf Medis di luar Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*).
- (2) Aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
  - a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan dan SPO serta kebutuhan medis pasien;

- b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai; dan
- c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

Bagian Kelima  
Tata Cara *Review* dan Perbaikan  
Peraturan Internal Staf Medis

Pasal 59

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf by Laws*) dapat dilakukan berdasarkan adanya perubahan Peraturan Perundang-undangan yang mendasarinya
- (2) Waktu perubahan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf by laws*) dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun.
- (3) Perubahan yang dimaksud pada ayat (1), dilakukan oleh Komite Medik.
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf by Laws*) dilakukan dengan melibatkan seluruh Staf Medis dan staf manajemen terkait dan disahkan oleh Direktur.

Bagian Keenam  
Informasi Medis

Pasal 60

- (1) Setiap pegawai Rumah Sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi medis tentang Pasien.
- (2) Pemaparan informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Pasien.
- (3) Pemaparan informasi medis untuk keperluan penelitian, Asuransi Kesehatan dan untuk kepentingan hukum, hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur.
- (4) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar, meliputi:
  - a. keadaan kesehatan pasien;
  - b. rencana terapi dan alternatifnya;
  - c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
  - d. prognosis; dan
  - e. kemungkinan Komplikasi.

Bagian Ketujuh  
Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 61

- (1) Hak Pasien, meliputi:
  - a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban Pasien;



- c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
  - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
  - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
  - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di RSUD Ketapang;
  - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
  - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
  - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
  - k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
  - l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
  - m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
  - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
  - o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
  - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
  - q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana, dan
  - r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik.
- (2) Kewajiban Pasien, meliputi:
- a. mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - b. menggunakan fasilitas Rumah Sakit secara bertanggung jawab;
  - c. menghormati hak-hak pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di Rumah Sakit;
  - d. memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya;
  - e. memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;

- f. mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- g. menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
- h. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

#### Bagian Kedelapan Hak dan Kewajiban Dokter

##### Pasal 62

- (1) Hak Dokter, meliputi:
  - a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan SPO;
  - b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan SPO;
  - c. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari Pasien; dan
  - d. menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di RSUD Ketapang.
- (2) Kewajiban Dokter, meliputi:
  - a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan SPO serta kebutuhan medis;
  - b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
  - c. merahasiakan informasi Pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
  - d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
  - e. menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

#### Bagian Kesembilan Hak dan Kewajiban Rumah Sakit Umum Daerah Ketapang

##### Pasal 63

- (1) Hak RSUD Ketapang, meliputi:
  - a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
  - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan;
  - c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan dan peningkatan pelayanan;
  - d. menerima bantuan dari pihak lain yang tidak mengikat;
  - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
  - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;

- g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di RSUD Ketapang sesuai dengan ketentuan Peraturan perundang-undangan; dan
  - h. mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan.
- (2) Kewajiban RSUD Ketapang, meliputi:
- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
  - b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
  - c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
  - d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
  - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
  - f. melaksanakan fungsi sosial, antara lain:
    - 1) dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin;
    - 2) pelayanan gawat darurat tanpa uang muka;
    - 3) ambulans gratis; dan
    - 4) pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan.
  - g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di RSUD Ketapang sebagai acuan dalam melayani pasien;
  - h. menyelenggarakan rekam medis;
  - i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
  - j. melaksanakan sistem rujukan;
  - k. menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
  - l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
  - m. menghormati dan melindungi hak-hak Pasien;
  - n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
  - o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
  - p. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
  - q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
  - r. menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*);
  - s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas RSUD Ketapang dalam melaksanakan tugas; dan
  - t. memberlakukan seluruh lingkungan RSUD Ketapang sebagai kawasan tanpa rokok.

BAB VII  
PENGELOLAAN LINGKUNGAN DAN LIMBAH  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KETAPANG

Pasal 64

- (1) Direktur wajib melaksanakan pengelolaan lingkungan, baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan dan keselamatan.
- (3) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), meliputi:
  - a. pengelolaan sampah; dan
  - b. limbah RSUD Ketapang.
- (4) Tata laksana pengelolaan sampah sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dikumpulkan pada tempat pembuangan sementara di area RSUD Ketapang dan selanjutnya diangkut oleh pihak ketiga ke tempat pembuangan akhir untuk dimusnahkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (5) Pengelolaan Limbah RSUD Ketapang sebagaimana dimaksud pada ayat (3), meliputi:
  - a. limbah medis;
  - b. non medis; dan
  - c. limbah bahan berbahaya dan beracun.
- (6) Tata laksana pengelolaan limbah medis padat dan limbah bahan berbahaya dan beracun sebagaimana dimaksud pada ayat (5), dikelola melalui kerja sama dengan Pihak Ketiga yang telah memiliki izin pengelolaan limbah.
- (7) Tata laksana pengelolaan limbah medis cair melalui instalasi pengelolaan air limbah.
- (8) Tata laksana pengelolaan limbah non medis sebagaimana dimaksud pada ayat (5), dikelola melalui Dinas terkait yang menangani limbah non medis.

BAB VIII  
KEBIJAKAN, PEDOMAN, PANDUAN  
DAN PROSEDUR

Pasal 65

- (1) Kebijakan, pedoman, panduan, dan prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan pedoman, panduan dan selanjutnya Prosedur/SPO.
- (3) *Review* dan persetujuan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur secara keseluruhan dilakukan harmonisasi pada Bagian Umum sebelum diterbitkan oleh Direktur.
- (4) *Review* dan persetujuan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan dilakukan oleh Kepala Seksi Pelayanan Medik dan keperawatan serta

Direktur.

- (5) *Review* dan persetujuan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dalam bidang Penunjang, Diklat dan Sarpras dilakukan oleh Kepala Seksi Penunjang Medik, Bidang Diklat dan Sarpras serta Direktur.
- (6) Proses dan frekuensi *review* serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan.
- (7) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Unit Substansi Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali.
- (8) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarkhi struktural.
- (9) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (10) Pengelolaan kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur yang berasal dari luar Rumah Sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan Dokumen melalui catatan formulir *Master List* Dokumen Eksternal.
- (11) Retensi dari kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Peraturan Bupati terkait:
  - a. jadwal retensi arsip keuangan Pemerintah Kabupaten;
  - b. jadwal retensi arsip fasilitatif kepegawaian Aparatur Sipil Negara dan Pejabat Negara Pemerintah Kabupaten; dan
  - c. jadwal retensi arsip fasilitatif fungsi Non Keuangan dan Non Kepegawaian Pemerintah Kabupaten.
- (12) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan *master list* yang dikelola oleh Unit Substansi Tata Usaha.

## BAB IX KERJASAMA ATAU KONTRAK

### Pasal 66

- (1) Dalam rangka menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien, Direktur dapat menjalin perjanjian kerjasama atau kontrak dengan Pihak yang berkompeten.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama atau kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Objek tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), menyangkut kerjasama operasional dan alat kesehatan.
- (4) Staf Medis yang bekerja di RSUD Ketapang berkewajiban melakukan perjanjian kerja yang antara lain meliputi

- kredensial, Rekredensial, dan penilaian kinerja.
- (5) Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan serta Kepala Seksi Penunjang berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan atau klinis serta memonitor dan bertanggung jawab terhadap mutu kontrak manajemen maupun klinis di jajaran masing-masing.
  - (6) Kepala Sub Bagian Tata Usaha berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan memonitor mutu kontrak manajemen serta bertanggung jawab atas kontrak manajemen.
  - (7) Seleksi kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dan ayat (6), berdasarkan atas Peraturan Perundang-undangan yang terkait.
  - (8) Penetapan kontrak dan dokumen kontrak paling sedikit memuat:
    - a. subjek kerjasama atau kontrak;
    - b. objek kerjasama atau kontrak;
    - c. ruang lingkup kerjasama atau kontrak;
    - d. hak dan kewajiban para pihak;
    - e. jangka waktu kerjasama atau kontrak;
    - f. pengakhiran kerja sama atau kontrak;
    - g. pengalihan tanggung jawab kepada pihak kedua atau pihak yang diajak bekerjasama atas kualitas dan atau adanya pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan.
    - h. keadaan memaksa; dan
    - i. penyelesaian perselisihan.
  - (9) Melakukan teguran dan pemutusan kontrak bila mutu pelayanan yang disediakan melalui kontrak tidak sesuai dengan kontrak.
  - (10) Penandatanganan kerjasama atau kontrak dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berkompeten dengan pemberian materai yang cukup.
  - (11) Hasil kerjasama atau kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau non material berupa keuntungan.
  - (12) Hasil kerjasama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (11), berupa uang harus menjadi pendapatan RSUD Ketapang.
  - (13) Hasil kerjasama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (11), berupa barang harus dicatat sebagai aset RSUD Ketapang secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan.
  - (14) Hasil kerjasama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (11), berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang di dalam perjanjian kerjasama atau kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil *addendum*.
  - (15) *Review* kontrak atau kerjasama untuk perpanjangan dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarki pejabat yang berwenang.
  - (16) Bila hasil evaluasi kerjasama atau kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat

secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

## BAB X PEMBINAAN, PENGAWASAN, EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

### Bagian Kesatu Pembinaan dan Pengawasan

#### Pasal 67

- (1) Pembinaan teknis RSUD Ketapang dilakukan oleh Bupati melalui Kepala Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana, pembinaan keuangan RSUD Ketapang dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
- (2) Pengawasan Operasional Internal Rumah Sakit dilakukan oleh SPI sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit selain dilakukan oleh Bupati, Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

### Bagian Kedua Evaluasi dan Penilaian Kinerja

#### Pasal 68

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur dilaksanakan melalui Penilaian Prestasi Kerja.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja Rumah Sakit dilakukan oleh Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (3) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan RSUD Ketapang sebagaimana ditetapkan dalam rencana strategis bisnis dan Rencana Bisnis Anggaran.
- (4) Hasil pengukuran kinerja RSUD Ketapang dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah setiap tahun disampaikan kepada Bupati melalui Inspektorat Kabupaten Sampang

## BAB XI TUNTUTAN HUKUM

#### Pasal 69

- (1) RSUD Ketapang bertanggung gugat secara proporsional atas kerugian yang diderita oleh pasien dan/atau keluarga selama menjalani perawatan di RSUD Ketapang yang diakibatkan oleh kelalalian tenaga kesehatan di RSUD Ketapang.
- (2) RSUD Ketapang berhak mendapat ganti rugi (regres) secara proporsional dari tenaga kesehatan yang melakukan kelalaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan terlebih dahulu melalui proses pembuktian internal RSUD Ketapang.

- (3) Hak regres rumah sakit sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (2) diatur dalam peraturan direktur tentang tanggung gugat RSUD Ketapang akibat kelalaian tenaga kesehatan di rumah sakit.
- (4) Apabila tuntutan yang diajukan berkaitan dengan individu dan kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan dan SPO, maka RSUD Ketapang bertanggungjawab atas kebijakan yang telah diberlakukan.

## BAB XII KETENTUAN PENUTUP

### Pasal 70

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di : Sampang  
pada tanggal : 10 Oktober 2023

BUPATI SAMPANG,

SLAMET JUNAIDI

Diundangkan di : Sampang  
pada tanggal : 10 Oktober 2023

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SAMPANG,

YULIADI SETIYAWAN

BERITA DAERAH KABUPATEN SAMPANG TAHUN 2023 NOMOR : 63