



SALINAN

PERATURAN BUPATI SRAGEN
NOMOR 4 TAHUN 2019

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOERATNO GEMOLONG SRAGEN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SRAGEN,

- Menimbang : a. bahwa agar penyelenggaraan rumah sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas diperlukan aturan dasar yang mengatur pemilik, direksi dan komite medik dan medis;
- b. bahwa untuk mengatur hak dan kewajiban wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili mengelola rumah sakit dan staf fungsional maka perlu menetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hostpital By Laws*) sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal (*Hostpital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeratno Gemolong Sragen;
- Mengingat
1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42);
 2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 1440, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang

- Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 3637);
 7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 971 Tahun 2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 971);
 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 755/Menkes/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 755);
 9. Peraturan Daerah Kabupaten Sragen Nomor 3 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Sragen (Lembaran Daerah Kabupaten Sragen Tahun 2016 Nomor 3, Tambahan Daerah Kabupaten Sragen Nomor 3);
 10. Peraturan Bupati Sragen Nomor 55 Tahun 2009 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah Sragen (Berita Daerah Kabupaten Sragen Tahun 2009 Nomor 55);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOERATNO GEMOLONG SRAGEN.

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Sragen;
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang dipimpin pelaksanaan urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom;
3. Bupati adalah Bupati Sragen;
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Sragen;
5. Rumah Sakit Umum Daerah Gemolong yang selanjutnya disebut RSUD dr. Soeratno Gemolong Sragen, adalah Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Kabupaten Sragen yang beralamat Jl. dr. Soetomo Nomor 792 Gemolong Kabupaten Sragen;
6. Direktur adalah Direktur RSUD dr. Soeratno Gemolong;
7. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah warga negara Indonesia yang memenuhi syarat tertentu, diangkat sebagai pegawai aparatur sipil negara secara tetap oleh pejabat pembina kepegawaian untuk menduduki jabatan pemerintahan
8. 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 merupakan pola pengelola keuangan Badan Layanan Umum Daerah dan di bentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang di jual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya di dasarkan pada prinsip efesiensi dan produktifitas;
9. Pejabat pengelola adalah pejabat di lingkungan Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional rumah sakit yang terdiri atas direktur, kepala bidang, kepala sub bagian dan kepala seksi di lingkungan Rumah Sakit;
10. Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada masyarakat secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya;
11. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara hubungan dan penyelenggaraan rumah sakit antara pemilik, direksi, komite medik, staf medis yang ditetapkan dengan Peraturan Bupati;

12. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut dewan pengawas adalah unit non struktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat;
13. Rapat rutin dewan pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh dewan pengawas, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus;
14. Rapat tahunan dewan pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh pemilik atau dewan pengawas setiap tahun sekali;
15. Rapat khusus dewan pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh pemilik atau dewan pengawas di luar jadwal rutin untuk mengambil keputusan hal-hal yang dianggap khusus;
16. Jabatan fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang PNS dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau ketrampilan tertentu serta bersifat mandiri;
17. Staf medis fungsional adalah seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang memiliki izin praktek di RSUD dr. Soeratno Gemolong;
18. Komite Medik adalah Komite Medik Rumah Sakit Umum Daerah Gemolong;
19. Komite keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga perawat melalui mekanisme *kredensial*, penjagaan mutu, pemeliharaan etika perawat dan disiplin profesi perawat;
20. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
21. *Kredensial* adalah proses evaluasi terhadap staf medis dan perawat untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis;
22. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
23. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
24. Unit kerja adalah tempat staf medis menjalankan profesinya yang dapat berbentuk instalasi, bagian atau bidang.

25. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas staf medis, komite medis dan sub komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis.
26. Standar pelayanan minimal rumah sakit adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit pelayanan medik, pelayanan penunjang, dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit;
27. Standar Operasional Prosedur yang selanjutnya disingkat SOP adalah suatu perangkat intruksi atau langkah-langkah berurutan yang dibakukan untuk menyatakan suatu proses kerja tertentu;
28. Komite etik dan hukum adalah wadah non struktural yang bertugas 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*" dan "*medical staf by laws*", gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di RSUD dr. Soeratno Gemolong;
29. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit, yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur;
30. Staf Medis Fungsional yang selanjutnya disingkat (SMF) adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta di terima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di RSUD dr. Soeratno Gemolong Sragen;

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN
Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah sebagai pedoman bagi Pemerintah Daerah selaku pemilik, Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, dan staf medis pada rumah sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.
- (2) Tujuan ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah:
 - a. tercapainya kerjasama yang baik antara pemerintah daerah, pejabat pengelola dan staf medis serta pegawai; dan
 - b. mewujudkan profesionalisme dan tanggung jawab terhadap mutu layanan rumah sakit.

BAB III
RUANG LINGKUP
Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Bupati ini meliputi:

1. Peraturan Internal Rumah Sakit;
2. Peraturan Internal Korporasi;
3. Peraturan Internal Staf Medis; dan
4. Kerahasiaan Informasi Medis.

BAB IV
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
Pasal 4

- (1) Rumah sakit beroperasi berdasarkan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*).
- (2) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Peraturan Internal Korporasi; dan
 - b. Peraturan Internal Staf Medis.
- (3) Peraturan Internal Korporasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, merupakan peraturan internal yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah selaku pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, dan staf medis pada rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan, dan haknya masing-masing.
- (4) Peraturan Internal Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, merupakan peraturan internal yang mengatur hubungan antar dokter selaku Staf Medis di lingkungan Rumah Sakit.

BAB V
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
Bagian Kesatu
Identitas
Pasal 5

Nama Rumah Sakit adalah “ Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeratno Gemolong Sragen “ Kelas C” yang beralamat Jl. Soetomo no. 792 Gemolong Kabupaten Sragen.

Bagian Kedua
Falsafah, Visi, Misi, Tujuan Strategis
Nilai- nilai Dasar, Motto, budaya kerja dan
logo Rumah Sakit
Paragraf 1
Falsafah
Pasal 6

Falsafah rumah sakit adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan dengan mutu yang setinggi-tingginya dan melaksanakan fungsi rumah sakit dengan sebaik-baiknya yang diabdikan bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Paragraf 2
Visi dan Misi
Pasal 7

- (1) Visi rumah sakit adalah menjadi rumah sakit pilihan di wilayah Gemolong dan sekitarnya.
- (2) Misi rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, mudah, cepat, tepat dan akurat.

Paragraf 3
Tujuan Strategis
Pasal 8

Tujuan strategis rumah sakit adalah terselenggaranya pelayanan kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Paragraf 4
Nilai-nilai Dasar
Pasal 9

Rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan berdasarkan nilai-nilai dasar sebagai berikut:

- a. pro rakyat, yaitu dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan rumah sakit selalu mendahulukan kepentingan rakyat;
- b. inklusif, yaitu semua program pembangunan kesehatan harus melibatkan semua pihak, karena pembangunan kesehatan harus meliputi lintas sektoral, organisasi profesi, organisasi masyarakat, masyarakat madani dan masyarakat akar rumput;
- c. responsif, yaitu program pelayanan kesehatan rumah sakit sesuai dengan kebutuhan dan keinginan rakyat, serta tanggap dalam mengatasi permasalahan di daerah, situasi kondisi setempat, sosial budaya dan kondisi geografis;
- d. efektif, yaitu program pelayanan kesehatan rumah sakit harus mencapai hasil yang signifikan sesuai target yang telah ditetapkan dan bersifat signifikan;
- e. bersih, yaitu penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit harus:
 1. bebas dari korupsi, kolusi dan nepotisme (KKN);
 2. transparan; dan
 3. akuntabel.

Paragraf 5
Motto
Pasal 10

Motto RSUD adalah “Melayani Dengan Hati”

Paragraf 6
Budaya Kerja
Pasal 11

SMART

- S : Semangat untuk meningkatkan mutu pelayanan.
- M : Melayani dengan sepenuh hati
- A : Antusias dalam bekerja
- R : Ramah melayani
- T : Terpercaya

Paragraf 7
Logo Rumah Sakit
Pasal 12

Logo RSUD :



Bagian Ketiga
Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit
Pasal 13

- (1) Rumah sakit berkedudukan sebagai rumah sakit umum milik pemerintah daerah yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan paripurna yang dipimpin oleh seorang direktur berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui sekretaris daerah.
- (2) Rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan, rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2) rumah sakit mempunyai fungsi:
 - a. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan;
 - b. pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan pemerintahan Daerah di bidang Pelayanan Kesehatan;
 - c. penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang Pelayanan Kesehatan;
 - d. pelayanan medis;
 - e. pelayanan penunjang medis dan non medis;
 - f. pelayanan keperawatan;
 - g. pelayanan rujukan;

- h. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;
- i. pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
- j. pengelolaan keuangan dan akuntansi;
- k. pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tata laksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum; dan
- l. promosi kesehatan rumah sakit.

Bagian Keempat

Kewenangan dan Tanggungjawab Pemerintah Daerah

Pasal 14

Kewenangan Pemerintah Daerah adalah:

- a. menetapkan kebijakan tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit;
- b. mengangkat dan menetapkan dewan pengawas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang telah disampaikan ke Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) dan dilakukan penelaahan oleh tim anggaran Pemerintah Daerah; dan
- e. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

Pasal 15

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen.
- (2) Pemerintah Daerah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Kelima

Dewan Pengawas

Paragraf 1

Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas dibentuk oleh Bupati atas usulan direktur.
- (2) Pembentukan dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Paragraf 2
Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewajiban
dan Wewenang Dewan Pengawas
Pasal 17

- (1) Dewan pengawas merupakan unit non struktural yang bersifat independen yang bertanggung jawab kepada Bupati selaku pemilik rumah sakit.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. menentukan arah kebijakan rumah sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit;
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Dewan Pengawas berfungsi sebagai pelaksana yang melaksanakan peran Bupati dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakititan secara internal di rumah sakit.
- (4) Dewan Pengawas berkewajiban:
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai rencana bisnis anggaran (RBA) yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan rumah sakit;
 - c. melaporkan kepada Bupati tentang kinerja rumah sakit;
 - d. memberikan nasehat kepada direktur dalam melaksanakan pengelolaan rumah sakit;
 - e. melaksanakan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh direktur; dan
 - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (5) Dewan Pengawas berwenang:
 - a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan rumah sakit dari direktur;
 - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh satuan pemeriksa internal rumah sakit dengan

- sepengetahuan direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari direktur dan/atau pejabat lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit dengan sepengetahuan direktur sesuai dengan peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*);
 - d. meminta penjelasan dari komite atau unit non struktural di rumah sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi dewan pengawas sesuai dengan peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*);
 - e. berkoordinasi dengan direktur dalam menyusun peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*) untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
 - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan rumah sakit.
- (6) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan sewaktu-waktu diperlukan.

Paragraf 3
Keanggotaan Dewan Pengawas
Pasal 18

- (1) Jumlah anggota dewan pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang dan seorang diantara anggota dewan pengawas ditetapkan sebagai ketua dewan pengawas.
- (2) Anggota dewan pengawas dapat terdiri dari unsur:
 - a. pejabat perangkat daerah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit;
 - b. pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
 - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit.
- (3) Pengangkatan anggota dewan pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan tentang pejabat pengelola badan layanan umum daerah.
- (4) Kriteria untuk dapat diusulkan menjadi dewan pengawas adalah sebagai berikut:
 - a. memiliki dedikasi dan memahami masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi Direktur, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
 - c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Paragraf 4
Masa Jabatan Dewan Pengawas
Pasal 19

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali jabatan berikutnya.
- (2) Anggota dewan pengawas dapat diberhentikan sebelum masa jabatannya berakhir.
- (3) Pemberhentian anggota dewan pengawas sebelum masa jabatannya berakhir apabila:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit; atau
 - d. melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya.

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.
- (3) Sekretaris dewan pengawas diangkat atas usulan dewan pengawas.

Paragraf 6
Rapat Dewan Pengawas
Pasal 21

- (1) Rapat dewan pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh dewan pengawas untuk membahas hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pembinaan dan pengawasan serta memberikan nasehat kepada direksi.
- (2) Rapat dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. anggota dewan pengawas;
 - b. sekretaris dewan pengawas;
 - c. direktur; dan
 - d. pihak lain yang ditentukan oleh dewan pengawas apabila diperlukan.
- (3) Pengambilan keputusan rapat dewan pengawas harus diupayakan melalui musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.

Pasal 22

Rapat dewan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 terdiri dari:

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

Pasal 23

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf a diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin Dewan Pengawas dilaksanakan paling sedikit 6 (enam) kali dalam setahun.
- (3) Rapat rutin Dewan Pengawas merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, meminta klarifikasi atau alternatif solusi dari berbagai masalah yang dihadapi oleh Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direktur, komite dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya; dan/atau
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya.

Pasal 24

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf b adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 25

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada Pasal 22 huruf c diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.

- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. terdapat permintaan yang ditandatangani anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 26

Setiap rapat dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 27

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, dan telah memenuhi kuorum, maka anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil rapat kepada ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.
- (3) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila telah memenuhi kuorum.
- (4) Kuorum terpenuhi apabila dihadiri oleh 2/3 (dua pertiga) anggota Dewan Pengawas.
- (5) Bila kuorum tidak terpenuhi dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan paling lama 1 (satu) minggu berikutnya.
- (6) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 28

- (1) Setiap rapat Dewan Pengawas harus dibuat notulen rapat.
- (2) Notulen rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab sekretaris Dewan Pengawas.
- (3) Notulen rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam notulen rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas.

Pasal 29

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, apabila perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*).
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Paragraf 7

Biaya Dewan Pengawas

Pasal 30

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium anggota dan sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA).

Bagian Keenam

Pengorganisasian Rumah Sakit

Paragraf 1

Umum

Pasal 31

- (1) Organisasi Rumah Sakit, terdiri dari:
 - a. Pejabat Pengelola;
 - b. Organisasi pelaksana; dan
 - c. Organisasi pendukung.
- (2) Pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, terdiri:
 - a. Direktur;
 - b. Kepala Bagian Tata Usaha / Sekretariat, membawahkan:
 1. Subbagian Umum dan Kepegawaian.
 2. Subbagian keuangan dan aset.
 3. Subbagian program.
 - c. Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang , membawahkan:
 1. Kepala Sub Bidang Pelayanan Medis dan Penunjang Medis; dan
 2. Kepala Sub Bidang Keperawatan dan Penunjang Non Medis.
 - d. Kepala Bidang Pengembangan dan Informasi, membawahi:

1. Kepala Sub Bidang Pengembangan Kerjasama dan diklat; dan
 2. Kepala Sub Bidang Informasi dan Pemasaran.
- (3) Organisasi pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b , terdiri dari:
- a. Instalasi; dan
 - b. Kelompok Jabatan Fungsional;
- (4) Organisasi pendukung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, terdiri dari:
- a. Satuan Pengawas Internal;
 - b. Komite Medis;
 - c. Komite Keperawatan;
 - d. Komite Etik dan Hukum;
 - e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - f. Komite Farmasi dan Terapi;
 - g. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - h. Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja; dan
 - i. Komite Tenaga Kesehatan Profesi Lainnya
- (5) Bagan struktur organisasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, penjabaran tugas pokok, fungsi dan uraian tugas (SOTK) Rumah Sakit Umum dr. Soeratno Gemolong ditetapkan oleh Bupati.

Paragraf 2
Pejabat Pengelola
Pasal 32

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit merupakan pimpinan Rumah Sakit dan pimpinan unit kerja pada Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit.
- (2) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (3) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (4) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (5) Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Bupati sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 33

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Direktur harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. berstatus PNS;
 - b. berprofesi dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakit;
 - c. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
 - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit; dan
 - e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di Rumah Sakit.
- (2) Tugas Direktur adalah:
 - a. merumuskan kebijakan Bupati di bidang pelayanan kesehatan paripurna berdasarkan wewenang yang diberikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. merumuskan program kegiatan rumah sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. mengkoordinasikan kegiatan rumah sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - d. mengarahkan tugas bawahan sesuai bidang tugasnya guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - e. melaksanakan koordinasi dengan instansi terkait untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - f. mengendalikan seluruh kegiatan rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - g. melaksanakan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan paripurna kepada masyarakat;
 - h. menyusun kebijakan teknis penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan paripurna kepada masyarakat;
 - i. menyelenggarakan dan meningkatkan pelayanan medis;
 - j. menyelenggarakan dan meningkatkan pelayanan keperawatan;
 - k. menyelenggarakan dan mengembangkan kegiatan penunjang medis;
 - l. menyelenggarakan dan mengembangkan kegiatan penunjang non medis;
 - m. mengembangkan sumber daya manusia tenaga fungsional medis dan non medis;
 - n. mengembangkan sarana dan prasarana pelayanan medis dan non medis;

- o. membina pelaksanaan kegiatan rumah sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- p. mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada rumah sakit;
- q. melaksanakan monitoring, evaluasi dan menilai prestasi kerja pelaksanaan tugas bawahan
- r. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada Bupati dan pejabat yang berwenang;
- s. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan sebagai bahan masukan pengambilan kebijakan di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna; dan
- t. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.

(3) Fungsi Direktur adalah:

- a. perumusan dan penetapan perencanaan pengelolaan rumah sakit;
- b. perumusan kebijakan umum dan teknis di bidang pengelolaan rumah sakit;
- c. pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah di bidang pelayanan kesehatan paripurna;
- d. pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pelayanan kesehatan paripurna;
- e. penyelenggaraan koordinasi dan fasilitasi di bidang pelayanan kesehatan paripurna;
- f. pembinaan pengelolaan urusan ketatausahaan rumah sakit; dan
pengendalian, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas pengelolaan rumah sakit.

(4) Wewenang Direktur adalah:

- a. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
- b. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap rumah sakit;
- c. mengikutsertakan dokter pada asuransi tanggung gugat profesional;
- d. mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan;
- e. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. memberikan penghargaan pegawai, karyawan dan profesional yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
- g. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- h. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian Kepala Bidang dan Kepala Bagian kepada Bupati;

- i. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen manakala diperlukan;
 - j. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
 - k. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
 - l. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran dibawahnya;
 - m. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua Kepala Bidang dan Kepala Bagian.
- (5) Tanggung jawab Direktur menyangkut hal-hal sebagai berikut:
- a. kebenaran kebijakan rumah sakit;
 - b. kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan rumah sakit;
 - c. kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya;
 - d. meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.
- (6) Direktur dapat diberhentikan karena:
- a. meninggal dunia;
 - b. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
 - c. tidak melaksanakan tugas dan kewajiban dengan baik;
 - d. melanggar misi, kebijakan, atau ketentuan lain yang telah ditetapkan;
 - e. mengundurkan diri karena alasan yang patut;
 - f. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum dengan ancaman hukuman pidana paling sedikit 5 (lima) tahun atau lebih.

Pasal 34

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Bagian Tata Usaha /Bagian Kesekretariatan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. berstatus PNS;
 - b. berpendidikan sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang umum dan keadministrasian;
 - c. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan administrasi yang profesional;
 - d. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup umum dan administrasi rumah sakit; dan
 - e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Tugas Kepala Bagian Tata Usaha / Bagian Kesekretariatan adalah:

- a. menyusun program kegiatan pada Bagian Tata Usaha berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - b. menjabarkan perintah atasan melalui pengkajian permasalahan dan peraturan perundang-undangan;
 - c. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan bidang tugasnya, memberikan arahan dan petunjuk guna meningkatkan kelancaran pelaksanaan tugas;
 - d. melaksanakan koordinasi dengan Kepala Bidang di lingkungan rumah sakit untuk mendapatkan masukan, informasi serta untuk mengevaluasi permasalahan agar di peroleh hasil kerja yang optimal;
 - e. menyiapkan konsep kebijakan Direktur sesuai bidang tugas tata usaha;
 - f. merumuskan bidang kegiatan berdasarkan hasil rangkuman rencana kegiatan bidang dalam rangka penyusunan anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit;
 - g. melaksanakan pelayanan pengelolaan kegiatan administrasi umum, kepegawaian, keuangan, kearsipan, perpustakaan, perlengkapan rumah tangga sesuai ketentuan yang berlaku;
 - h. melaksanakan koordinasi dalam rangka penyusunan Laporan Keterangan Pertanggungjawaban Bupati, Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - i. melaksanakan bimbingan teknis fungsi-fungsi pelayanan administrasi perkantoran sesuai pedoman dan peraturan perundang-undangan;
 - j. melaksanakan monitoring, mengevaluasi, dan menilai prestasi kerja pelaksanaan tugas bawahan;
 - k. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan;
 - l. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan sebagai bahan masukan guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - m. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.
- (3) Fungsi Kepala Bagian Tata Usaha / Bagian Kesekretariatan adalah:
- a. perumusan dan penyusunan bahan kebijakan teknis di bidang ketatausahaan;
 - b. pengkoordinasian penyusunan rencana kegiatan Perangkat Daerah;
 - c. penyelenggaraan dan pelayanan administrasi ketatausahaan;
 - d. pengelolaan barang inventaris;
 - e. penatausahaan keuangan Perangkat Daerah;

- f. pengelolaan administrasi kepegawaian; dan
- g. pengkoordinasian penyusunan laporan pelaksanaan kegiatan Perangkat Daerah.

Pasal 35

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. berstatus PNS;
 - b. seorang dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian integritas kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
 - c. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 - d. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit;
 - e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Tugas Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang adalah:
 - a. menyusun program kegiatan pada Bidang Pelayanan Medis dan Pelayanan Keperawatan berdasarkan hasil evaluasi kegiatan tahun lalu sesuai peraturan perundang-undangan;
 - b. menjabarkan perintah atasan melalui pengkajian permasalahan dan peraturan perundang-undangan;
 - c. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan bidang tugasnya, memberikan arahan dan petunjuk secara lisan maupun tertulis guna meningkatkan kelancaran pelaksanaan tugas;
 - d. melaksanakan koordinasi dengan Kepala Bidang dan Kepala Bagian yang lain di lingkungan Rumah Sakit untuk mendapatkan informasi, masukan serta untuk mengevaluasi permasalahan agar di peroleh hasil kerja yang optimal;
 - e. merencanakan operasional kegiatan administrasi, rekam medik dan penyimpanan dokumen, pelayanan rujukan, perawatan berdasarkan hasil evaluasi kerja tahun lalu dan peraturan perundang-undangan;
 - f. menyiapkan bahan rumusan pedoman dan petunjuk teknis di bidang pelayanan medis sesuai dengan peraturan perundang-undangan guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - g. mengkoordinasikan pelaksanaan pelayanan urusan administrasi, medis, perawatan, penyiapan dokumen, pelayanan rujukan agar pelaksanaan tugas dapat berjalan dengan tertib dan lancar;
 - h. mengatur kegiatan administrasi, medik, perawatan, penyiapan dokumen, pelayanan rujukan agar

pelaksanaan tugas dapat berjalan dengan tertib dan lancar;

- i. mengembangkan dan meningkatkan pelayanan medik dengan menggunakan sumber daya yang ada sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
 - j. menyelia kegiatan administrasi dan rekam medik agar tidak terjadi penyimpangan;
 - k. menyelenggarakan penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan medik dan keperawatan pada instalasi rawat jalan, rawat inap, instalasi gawat darurat, *intensive care unit*, bedah sentral dan unit yang lain yang terkait guna terselenggaranya Pelayanan Kesehatan prima, sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - l. menyelenggarakan penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) medik dan keperawatan;
 - m. melaksanakan monitoring, evaluasi, dan menilai prestasi kerja pelaksanaan bawahan;
 - n. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan;
 - o. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan sebagai bahan masukan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan
 - p. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.
- (3) Fungsi Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang adalah:
- a. pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang pelayanan medis;
 - b. pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang pelayanan keperawatan;
 - c. pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang pelayanan penunjang; dan
 - d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan kepada Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 36

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Bidang Pengembangan dan Informasi harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. berstatus PNS;
 - b. berpendidikan paling rendah sarjana (Strata-1) dan diutamakan bidang kesehatan;

- c. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pengembangan dan informasi;
 - d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian; dan
 - e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Tugas Kepala Bidang Pengembangan dan Informasi adalah:
- a. menyusun program kegiatan pada Bidang Pengembangan Dan Informasi berdasarkan hasil evaluasi kegiatan tahun lalu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. menjabarkan perintah atasan melalui pengkajian permasalahan agar pelaksanaan tugas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membagi tugas kepada bawahan sesuai dengan bidang tugasnya, memberikan petunjuk dan arahan secara lisan maupun tertulis guna kelancaran pelaksanaan tugas;
 - d. melaksanakan koordinasi dengan Kepala Bidang, Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Seksi di lingkungan Rumah Sakit baik secara langsung maupun tidak langsung untuk mendapatkan informasi, masukan, serta untuk mengevaluasi permasalahan agar diperoleh hasil kerja yang optimal;
 - e. menyusun konsep naskah dinas yang berkaitan dengan bidang tugasnya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - f. menyiapkan pemberian dukungan penyelenggaraan peningkatan mutu dan kerjasama Pelayanan Kesehatan;
 - g. menyelenggarakan usulan pengadaan sarana dan prasarana kerja masing-masing bidang guna mendukung kelancaran pelaksanaan tugas;
 - h. melaksanakan pengelolaan data, statistik, dokumentasi, perpustakaan, kearsipan dan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan sebagai sumber data untuk perencanaan kegiatan;
 - i. menyelenggarakan penyusunan standar pelayanan minimal (SPM) pengembangan dan informasi Rumah Sakit;
 - j. menyelenggarakan usulan pendidikan dan pelatihan teknis bidang kesehatan;
 - k. menyelenggarakan pengkajian usulan perencanaan masing-masing bidang sebagai bahan penyusunan rencana program Rumah Sakit;

- l. melaksanakan koordinasi dan fasilitasi akreditasi rumah sakit guna mencapai pelayanan yang ditetapkan;
 - m. melaksanakan monitoring, evaluasi, dan menilai prestasi kerja pelaksanaan tugas bawahan secara berkala melalui sistem penilaian yang tersedia sebagai cerminan penampilan kerja;
 - n. membuat laporan pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai dasar pengambilan kebijakan;
 - o. menyampaikan saran dan pertimbangan kepada atasan sebagai bahan masukan guna kelancaran pelaksanaan tugas; dan
 - p. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan perintah atasan.
- (3) Fungsi Kepala Bidang Pengembangan dan Informasi adalah:
- a. perumusan dan penyusunan bahan kebijakan teknis di bidang Pengembangan dan Informasi;
 - b. penyelenggaraan peningkatan mutu dan kerjasama Pelayanan Kesehatan;
 - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan serta pengembangan Pelayanan Kesehatan; dan
 - d. penunjang kebutuhan penyelenggaraan penelitian dan pengembangan medis dan non medis.

Paragraf 3
Organisasi Pendukung
Pasal 37

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (3) huruf a merupakan Unit Pelayanan non struktural yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan, dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan.
- (2) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri dari:
 - a. Instalasi rawat jalan;
 - b. Instalasi rawat inap;
 - c. Instalasi Gawat Darurat;
 - d. Instalasi Bedah;
 - e. Instalasi *Intensif Care Unit*;
 - f. Instalasi Farmasi;
 - g. Instalasi Laboratorium;
 - h. Instalasi Radiologi;
 - i. Instalasi Gizi;
 - j. Instalasi Rehabiltasi Medik;
 - k. Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 - l. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - m. Instalasi Sanitasi;

- n. Instalasi Jasa Busana;
 - o. Instalasi Rekam Medik.
- (3) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur berdasarkan analisis organisasi dan kebutuhan.
 - (4) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.
 - (5) Masing-masing instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
 - (6) Kepala instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur dan secara administrasi melalui pejabat struktural yang membidangi.
 - (7) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
 - (8) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.

Pasal 38

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (3) huruf b, terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terdiri atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing.
- (4) Jenis dan jenjang Jabatan Fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan.
- (5) Masing - masing tenaga fungsional dimaksud berada di lingkungan Unit Kerja Rumah Sakit sesuai kompetensinya.

Paragraf 4

Satuan Pengawas Internal

Pasal 39

- (1) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (4) huruf a dibentuk untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan internal dan monitoring.
- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

- (3) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (4) Tugas pokok Satuan Pengawas Internal adalah:
 - a. pengawasan terhadap pelaksanaan dan operasional Rumah Sakit;
 - b. menilai pengendalian pengelolaan/pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit; dan
 - c. memberikan saran perbaikan kepada Direktur.
- (5) Fungsi Satuan Pengawas Internal adalah:
 - a. melakukan pengawasan terhadap segala kegiatan di lingkungan Rumah Sakit;
 - b. melakukan penelusuran kebenaran laporan atau informasi tentang penyimpangan yang terjadi; dan
 - c. melakukan pemantauan tindak lanjut hasil pemeriksaan aparat pengawas fungsional.

Paragraf 5
Komite Medis
Pasal 40

- (1) Komite Medis merupakan 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.
- (2) Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai kewenangan dalam pengorganisasian Staf Medis.

Paragraf 6
Komite Keperawatan
Pasal 41

- (1) Komite Keperawatan merupakan wadah nonstruktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme Kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Komite Keperawatan dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan usulan dari Kepala Bidang Pelayanan.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Keperawatan terdiri dari:
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. seorang wakil ketua merangkap anggota;
 - c. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
 - d. 4 (empat) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Keperawatan diatur dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 7
Komite Etik dan Hukum
Pasal 42

- (1) Komite Etik dan Hukum merupakan wadah non struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan masalah etika Rumah Sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan Rumah Sakit, kebijakan yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) dan Peraturan Internal Staf Medis (*medical staf bylaws*), gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit.
- (2) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan usulan dari Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Etik dan Hukum terdiri dari:
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. seorang wakil ketua merangkap anggota;
 - c. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
 - d. 4 (empat) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Etik dan Hukum diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 8
Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
Pasal 43

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan wadah non struktural yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun Standar Pelayanan dan serta memantau pelaksanaannya pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
 - c. 2 (dua) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 9
Komite Farmasi dan Terapi
Pasal 44

- (1) Komite Farmasi dan Terapi merupakan wadah non struktural yang bertugas membantu direktur dalam

menyusun standar pelayanan farmasi dan terapi serta memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan (*privilege*) tenaga farmasi.

- (2) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi terdiri atas:
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. seorang wakil ketua merangkap anggota;
 - c. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
 - d. 2 (dua) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Farmasi dan Terapi diatur dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 10

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 45

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan wadah non struktural yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun Standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta memantau pelaksanaannya.
- (2) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. seorang wakil ketua merangkap anggota;
 - c. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
 - d. anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 11

Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit

Pasal 46

- (1) Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit merupakan wadah non struktural yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit serta memantau pelaksanaannya.
- (2) Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.

- (3) Susunan keanggotaan Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit terdiri dari
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. seorang wakil ketua merangkap anggota;
 - c. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
 - d. anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit diatur dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 12
Komite Tenaga Kesehatan Profesi Lainnya
Pasal 47

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Profesi Lainnya merupakan wadah nonstruktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan profesi lainnya melalui mekanisme Kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Profesi Lainnya dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan usulan dari Kepala Bidang Penunjang
- (3) Susunan keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Profesi Lainnya terdiri dari:
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. seorang wakil ketua merangkap anggota;
 - c. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
 - d. 4 (empat) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Tenaga Kesehatan Profesi Lainnya diatur dengan peraturan Direktur.

BAB V
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
Bagian Kesatu
Staf Medis

Paragraf 1
Keanggotaan Staf Medis
Pasal 48

- (1) Setiap dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi yang melaksanakan praktik kedokteran di Unit Pelayanan Rumah Sakit wajib menjadi Staf Medis.
- (2) Unit Pelayanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk Unit Pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan Rumah Sakit.

Pasal 49

- (1) Keanggotaan Staf Medis merupakan Kewenangan Klinis (*clinical privileges*) yang dapat diberikan kepada dokter yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politiknya.

Paragraf 2

Fungsi dan Tugas Staf Medis

Pasal 50

Staf Medis berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta pengembangan di bidang medis.

Pasal 51

Staf Medis mempunyai tugas:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif;
- b. membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran;
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Paragraf 3

Kategori Staf Medis

Pasal 52

- (1) Staf Medis terdiri dari:
 - a. dokter organik/tetap;
 - b. dokter mitra;
 - c. dokter relawan;
 - d. dokter tamu;
 - e. dokter konsultan; dan
 - f. dokter peserta pendidikan dokter spesialis.
- (2) Dokter organik/tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang direkrut oleh pemerintah dan bergabung dengan rumah sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordnat yang

bekerja atas nama rumah sakit serta bertanggung jawab kepada lembaga tersebut.

- (3) dokter mitra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang bergabung dengan rumah sakit sebagai mitra, bekedudukan sederajat dengan rumah sakit, bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggung jawab sesuai ketentuan yang berlaku di rumah sakit.
- (4) dokter relawan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang bergabung dengan rumah sakit atas dasar keinginan mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama rumah sakit dan bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggung jawab sesuai ketentuan yang berlaku di rumah sakit.
- (5) dokter tamu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang berasal dari luar rumah sakit yang karena reputasi dan/atau kehadirannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis yang ada di rumah sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.
- (6) dokter spesialis konsultan dimaksud pada ayat (1) huruf e merupakan dokter yang karena keahliannya direkrut oleh rumah sakit untuk memberikan konsultasi yang tidak bersifat mengikat kepada Staf Medis Fungsional lain yang memerlukannya dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien.
- (7) Dokter peserta pendidikan dokter spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f merupakan dokter yang sah diterima sebagai peserta program pendidikan dokter spesialis, serta memberikan Pelayanan Kesehatan dalam rangka pendidikan. Kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 4

Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

Pasal 53

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Staf Medis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. memiliki kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP);
 - c. sehat jasmani dan rohani;
 - d. mampu melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya;dan

- e. memiliki perilaku dan moral yang baik.
- (2) Dokter / dokter gigi / dokter spesialis / dokter gigi spesialis yang memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengajukan permohonan pengangkatan kepada Direktur.
- (3) Direktur dalam melaksanakan pengangkatan Staf Medis berdasarkan pertimbangan dari Komite Medis.

Pasal 54

Masa kerja Staf Medis ditetapkan sebagai berikut:

- a. untuk dokter organik/tetap adalah sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. untuk dokter mitra adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;
- c. untuk dokter relawan adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;
- d. untuk dokter tamu adalah selama waktu yang diperlukan dan kurang 1 (satu) tahun;
- e. untuk dokter konsultan adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan; dan
- f. untuk dokter peserta pendidikan adalah selama waktu yang diperlukan dan kurang 1 (satu) tahun.

Pasal 55

- (1) Dokter organik/tetap yang telah memasuki pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52.
- (2) Pengangkatan kembali Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai dokter mitra atau dokter relawan.

Paragraf 5

Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Medis

Pasal 56

- (1) Staf Medis diberikan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medis.
- (2) Penentuan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang dimiliki Staf Medis yang bersangkutan.
- (3) Dalam hal mengalami kesulitan menentukan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*), Komite Medis dapat meminta informasi atau pendapat dari kolegium terkait.

Pasal 57

- (1) Staf Medik dapat mengajukan permohonan perluasan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) yang telah diberikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55.
- (2) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan secara tertulis kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (3) Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medis.
- (4) Setiap permohonan perluasan Kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 58

- (1) Direktur melaksanakan evaluasi terhadap pemberian Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 dan Pasal 56.
- (2) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dijadikan dasar pertimbangan dalam mempertahankan, memperluas, mempersempit atau mencabut Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*).

Pasal 59

- (1) Direktur dapat memberikan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) sementara kepada dokter tamu atau dokter pengganti.
- (2) Pemberian Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan memperhatikan pendapat Komite Medis.

Pasal 60

Dalam keadaan bencana alam yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit dapat diberikan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan yang diberikan, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Paragraf 6
Pembinaan Staf Medis
Pasal 61

- (1) Komite Medis dapat melakukan pengkajian dan penelusuran terhadap Staf Medis yang:
 - a. dinilai kurang mampu; atau
 - b. diduga melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan/atau kematian.
- (2) Dalam hal berdasarkan hasil pengkajian dan penelusuran Staf Medis dinilai kurang mampu atau terbukti melakukan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Medis mengusulkan kepada Direktur untuk mengenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 7
Sanksi
Pasal 62

- (1) Staf Medis yang terbukti melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*), klausul dalam perjanjian kerja dan/atau etika dapat diberikan sanksi.
- (2) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh Direktur setelah mendapat pertimbangan dari Komite Medis dan Komite Etik dan Hukum.
- (4) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. teguran lisan atau tertulis;
 - b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi dokter organik; dan
 - d. pemutusan perjanjian kerja bagi selain dokter organik yang masih berada dalam masa kontrak.

Pasal 63

- (1) Pemberlakuan sanksi kepada Staf Medis harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medis.
- (2) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
- (3) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bersifat final.

Paragraf 8
Pemberhentian Staf Medis
Pasal 64

Pemberhentian dokter organik/tetap dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 65

- (1) Dokter mitra berhenti sebagai Staf Medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas kesepakatan bersama antara Direktur dan dokter yang bersangkutan.
- (2) Dokter mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat bekerja kembali setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.

Paragraf 9
Penilaian dan Evaluasi terhadap Kinerja Staf Medis
Pasal 66

- (1) Penilaian kinerja Staf Medis yang bersifat administrasi meliputi disiplin kepegawaian dan motivasi kerja, dilakukan oleh Direktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi kinerja Staf Medis terkait keprofesian, meliputi Audit Medis, pre review, disiplin profesi, etika profesi dan sejenisnya dilakukan oleh Komite Medis.
- (3) Penilaian kinerja dan evaluasi kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) terhadap Staf Medis yang memberikan pelayanan medik menetap di unit kerja tertentu dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. secara fungsional profesi menjadi tanggung jawab Komite Medis khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu; dan
 - b. secara administrasi menjadi tanggung jawab kepala Instalasi.

Bagian Kedua
Kelompok Staf Medis
Paragraf 1
Pengorganisasian
Pasal 67

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis paling sedikit terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan keahlian sama.

- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok Staf Medis yang terdiri atas Dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan wewenangnya.

Paragraf 2
Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis
Pasal 68

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- (2) Ketua kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dijabat oleh dokter organik atau dokter mitra.
- (3) Pemilihan ketua kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medis.
- (4) Dalam melaksanakan proses pemilihan ketua kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) wajib melibatkan Komite Medis dan Direktur.
- (5) Masa bakti ketua Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling singkat selama 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Paragraf 3
Tanggung Jawab dan Kewajiban Kelompok Staf Medis
Pasal 69

Tanggung jawab kelompok Staf Medis adalah:

- a. memberikan rekomendasi melalui ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di Rumah Sakit untuk ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
- b. melakukan evaluasi atas tampilan kinerja praktik dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan rekomendasi melalui ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di Rumah Sakit untuk ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
- d. memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. memberikan masukan melalui ketua Komite Medis kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktek kedokteran;
- f. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui ketua Komite Medis kepada Direktur tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kerja

- praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu;
- g. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen yang terkait.

Pasal 70

Kewajiban kelompok Staf Medis adalah:

- a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medis;
- b. menyusun indikator mutu klinis;
- c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

Bagian Ketiga

Komite Medis

Paragraf 1

Pembentukan Komite Medis

Pasal 71

- (1) Guna membantu Rumah Sakit dalam mengawal mutu layanan kesehatan berbasis keselamatan pasien perlu dibentuk Komite Medis.
- (2) Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan satu-satunya wadah profesional di Rumah Sakit yang memiliki otoritas tertinggi dalam kelompok Staf Medis.
- (3) Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Pembentukan Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Masa kerja Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 2

Susunan dan Persyaratan Komite Medis

Pasal 72

- (1) Susunan Komite Medis terdiri atas:
 - a. Ketua merangkap anggota, dijabat oleh dokter yang dipilih secara demokratis oleh ketua kelompok Staf Medis;
 - b. Wakil ketua merangkap anggota, dijabat oleh dokter organik/tetap yang dipilih secara demokratis oleh ketua kelompok Staf Medis;
 - c. Sekretaris merangkap anggota, yang dipilih oleh ketua Komite Medis;

- d. Anggota yang terdiri dari semua ketua Kelompok Staf Medis atau yang mewakili
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Ketua Komite Medis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan kerumahsakitannya;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani dilingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
 - (3) Untuk dapat diangkat sebagai Wakil Ketua Komite Medis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan kerumahsakitannya;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani dilingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
 - (4) Dalam menjalankan tugasnya, sekretaris Komite Medis dibantu oleh Tenaga Administrasi.

Paragraf 3

Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, Kewenangan dan Kewajiban Komite Medis

Pasal 73

Tugas Komite Medis adalah:

- a. membantu Direktur menyusun standar pelayanan medis dan membantu pelaksanaannya;
- b. membina etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;
- c. mengatur Kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) masing-masing kelompok Staf Medis;
- d. membantu Direktur menyusun Peraturan Pola Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) serta membantu pelaksanaannya;
- e. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan medikolegal;
- f. melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Pelayanan dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas Kelompok Staf Medis;

- g. meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis;
- h. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis; dan
- i. memberikan laporan kegiatan kepada Direktur.

Pasal 74

Fungsi Komite Medis adalah sebagai pengarah (*steering*) dalam pemberian pelayanan medis dengan rincian sebagai berikut:

- 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, etik, dan perilaku profesi Staf Medis.

Pasal 75

Komite Medis bertanggung jawab kepada Direktur meliputi hal-hal yang berkaitan dengan:

- a. mutu pelayanan medis;
- b. pembinaan etik kedokteran; dan
- c. pengembangan profesi Medis.

Pasal 76

Guna melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya Komite Medis diberikan kewenangan:

- a. memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
- b. memberikan pertimbangan rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan alat medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan.
- c. monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis;
- d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektivitas penggunaan alat kedokteran;
- e. membina etika dan membantu mengatur Kewenangan klinis (*Clinical Privilege*).
- f. membentuk tim klinis lintas profesi;
- g. memberikan rekomendasi kerjasama antar institusi.

Pasal 77

Kewajiban Komite Medis :

- a. menyusun rancangan Peraturan Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staff By Laws*);
- b. membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar prosedur operasional di bidang manajerial

- dan administrasi serta bidang keilmuan, profesi, standar profesi dan standar kompetensi;
- c. membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik;
 - d. melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

Paragraf 4
Rapat Kerja Komite Medis
Pasal 78

- (1) Rapat kerja Komite Medis terdiri dari :
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat bersama Kelompok Medis;
 - c. rapat bersama Direktur; dan
 - d. rapat darurat.
- (2) Rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit $\frac{2}{3}$ (dua pertiga) dari jumlah Komite Medis.
- (3) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan Ketua harus dilampiri dengan salah satu salinan risalah bulan lalu.

Pasal 79

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 ayat (1) huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (2) Rapat Bersama Komite Medis dengan Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 ayat (1) huruf b dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (3) Rapat Komite Medis dengan Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 ayat (1) huruf c dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (4) Rapat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 ayat (1) huruf d dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sangat mendesak (*urgent*).

Pasal 80

- (1) Rapat Kelompok Staf Medis dan/atau Komite Medis dapat dilaksanakan apabila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dianggap tercapai apabila dihadiri oleh $\frac{2}{3}$ (dua pertiga) dari jumlah anggota kelompok Staf Medis.
- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan maka rapat

ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, waktu dan hari yang sama minggu berikutnya.

- (4) Dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu yang telah ditentukan pada minggu berikutnya maka rapat disahkan dalam rapat anggota kelompok Staf Medis dan/atau Komite Staf Medis berikutnya.

Pasal 81

- (1) Selain rapat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78, Komite Medis dapat mengadakan Rapat khusus.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diadakan dalam hal:
 - a. adanya permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota Staf Medis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya; dan/atau
 - b. adanya keadaan/situasi tertentu yang mendesak untuk segera dilaksanakan rapat Komite Medis.
- (3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta untuk anggota Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 82

- (1) Rapat kerja dan rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 dan Pasal 81 dipimpin oleh Ketua Komite Medis.
- (2) Dalam hal ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat dan kuorum telah tercapai maka anggota Staf Medis dan/atau Komite Medis dapat memilih pejabat ketua untuk memimpin rapat.

Pasal 83

Setiap rapat khusus dan rapat kerja wajib dihadiri oleh Direktur dan pihak lain yang ditentukan oleh Komite Medis.

Pasal 84

- (1) Pengambilan keputusan dalam rapat dilaksanakan secara musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, pengambilan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pemungutan suara (*voting*) dalam rapat kelompok Staf Medis dan Komite Medis

- (3) Keputusan Staf Medis dan/atau Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada suara terbanyak.
- (4) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka ketua dan wakil ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara kedua kalinya.
- (5) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota kelompok Staf Medis dan/atau Komite Medis yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 85

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

Bagian Keempat Sub Komite Medis Paragraf 1 Pembentukan Sub Komite Medis

Pasal 86

- (1) Komite Medis dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh Sub Komite.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Sub Komite Mutu Profesi Medis;
 - b. Sub Komite Kredensial;
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi;
 - d. Sub Komite lainnya dibentuk sesuai kebutuhan pelayanan.
- (3) Pembentukan Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur atas usulan Ketua Komite Medis.
- (4) Usulan Ketua Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disampaikan setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medis.
- (5) Masa kerja Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 2
Susunan Organisasi Sub Komite
Pasal 87

Susunan organisasi Sub Komite terdiri dari :

- a. ketua;
- b. wakil ketua;
- c. sekretaris; dan
- d. anggota

Paragraf 3
Kegiatan Sub Komite Medis
Pasal 88

Sub Komite mempunyai kegiatan sebagai berikut :

- a. menyusun kebijakan dan prosedur kerja;
- b. membuat laporan berkala dan laporan tahunan yang berisi evaluasi kerja selama tahun berkenaan disertai rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya.

Paragraf 4
Tugas dan Tanggung Jawab Sub Komite Medis
Pasal 89

(1) Tugas Sub Komite adalah sebagai berikut:

- a. Sub Komite Mutu Profesi Medis:
 1. membuat rencana atau program kerja;
 2. melaksanakan rencana atau jadwal kegiatan;
 3. membuat panduan mutu pelayanan medis;
 4. melakukan pantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis;
 5. menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, proses, output dan *outcome*;
 6. melakukan koordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien; dan
 7. melakukan pencatatan dan pelaporan berkala.
- b. Sub Komite Kredensial:
 1. melakukan review permohonan untuk menjadi anggota Staf Medis;
 2. membuat rekomendasi hasil review;
 3. membuat laporan kepada ketua Komite Medis;
 4. melakukan review kompetensi Staf Medis serta memberikan laporan dan rekomendasi kepada ketua Komite Medis dalam rangka memberikan Kewenangan Klinis (*clinical privileges*), dan penugasan Staf Medis pada unit kerja;
 5. membuat rencana kerja;
 6. melaksanakan rencana kerja;
 7. menyusun tata laksana dari instrumen Kredensial;
 8. melaksanakan Kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
 9. membuat laporan berkala kepada ketua Komite Medis.

- c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi:
 1. membuat rencana kerja;
 2. melaksanakan rencana kerja;
 3. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
 4. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
 5. melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit; dan
 6. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), masing-masing Sub Komite bertanggung jawab kepada ketua Komite Medis.

Pasal 90

Kewenangan Sub Komite adalah sebagai berikut :

- a. Sub Komite Mutu Profesi Medis berwenang melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi;
- b. Sub Komite Kredensial berwenang melaksanakan kegiatan Kredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi; dan
- c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi berwenang melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi.

Bagian Kelima Sumber Daya Pasal 91

- (1) Guna memperlancar tugas sehari-hari bagi kelompok Staf Medis, Komite Medis, dan Sub Komite, Direktur dapat menyediakan:
 - a. ruangan pertemuan;
 - b. tenaga administrasi; dan
 - c. sarana prasarana lain yang dibutuhkan.
- (2) Biaya operasional yang diperlukan dalam penyediaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibebankan pada anggaran rumah sakit.

BAB V KERAHASIAAN INFORMASI MEDIS Bagian Kesatu Kerahasiaan Pasien Pasal 92

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan Informasi tentang pasien.

- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur atau Kepala Bidang Pelayanan Medis.
- (3) Teknis pelaksanaan pemberian informasi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Kedua
Informasi Medis
Pasal 93

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

- a. keadaan kesehatan pasien;
- b. rencana terapi dan alternatifnya;
- c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
- d. prognosis; dan
- e. kemungkinan komplikasi.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 94

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Salinan sesuai dengan aslinya
a.n Sekretaris Daerah
Asisten Pemerintahan dan kesra
u.b



Kepala Bagian Hukum
Kabupaten Sragen

Muhammad Yulianto, S.H., M.Si
Pembina Tk I

NIP. 19670725 199503 1 002

Ditetapkan di Sragen
pada tanggal 2-1-2019
BUPATI SRAGEN,

ttd dan cap

KUSDINAR UNTUNG YUNI SUKOWATI

Diundangkan di Sragen
pada tanggal 2-1-2019
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SRAGEN,

ttd dan cap

TATAG PRABAWANTO B.

BERITA DAERAH KABUPATEN SRAGEN TAHUN 2019 NOMOR 4