



SALINAN

WALI KOTA MADIUN

PERATURAN WALIKOTA MADIUN

NOMOR 42 TAHUN 2022

TENTANG

**TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MADIUN**

WALIKOTA MADIUN,

Menimbang : a. bahwa sehubungan dengan semakin meningkatnya pelayanan rumah sakit perlu penyesuaian peraturan internal rumah sakit dengan kelembagaan dan transformasi bidang kesehatan, sehingga Peraturan Walikota Madiun Nomor 54 Tahun 2020 tentang Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun dipandang sudah tidak sesuai dengan kondisi saat ini, sehingga perlu diganti;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Walikota Madiun tentang Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;

3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;

4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022;

5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022;

6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
7. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
8. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan;
12. Peraturan Pemerintah Nomor 94 Tahun 2021 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil;
13. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 971/MENKES/PER/XI/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan di Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
21. Peraturan Daerah Kota Madiun Nomor 6 Tahun 2017 tentang Pedoman Pembentukan Produk Hukum Daerah;

22. Peraturan Daerah Kota Madiun Nomor 2 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyelenggaraan Badan Layanan Umum Daerah;
23. Peraturan Daerah Kota Madiun Nomor 18 Tahun 2017 tentang Identitas Daerah;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA MADIUN TENTANG TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MADIUN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Madiun.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Madiun.
3. Walikota adalah Walikota Madiun.
4. Rumah Sakit Umum Daerah selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun.
5. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
7. Dewan Pengawas Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.
8. Pejabat Pengelola adalah pimpinan yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional yang terdiri atas Direktur, Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bidang Penunjang, Kepala Bidang Keuangan dan Kepala Bagian Tata Usaha.

9. Peraturan Organisasi Rumah Sakit adalah peraturan yang mengatur tentang hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan dewan pengawas, pejabat pengelola, dan staf medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak masing-masing.
10. Peraturan Internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
11. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pemeriksaan, pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
12. Rencana Strategis yang selanjutnya disebut Renstra adalah dokumen perencanaan adan layanan umum daerah untuk periode 5 (lima) tahunan.
13. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan badan layanan umum daerah, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran satuan kerja perangkat daerah.
14. Rencana Kinerja dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RKA adalah dokumen perencanaan dari penganggaran yang berisi rencana pendapatan, rencana belanja program dan kegiatan serta rencana pembiayaan.
15. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
16. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan dokter subspesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu yang mempunyai penugasan klinis di unit pelayanan rumah sakit.
17. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.

18. Kelompok Staf Medis Fungsional adalah kelompok dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan dokter sub spesialis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya atau kelompok profesi yang serumpun.
19. Komite Keperawatan adalah kelompok Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi perawat;
20. Kewenangan Klinis 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 .
21. Penugasan Klinis adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
22. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap Staf Medis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*).
23. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis kembali.
24. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
25. Mitra Bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.

Pasal 2

- (1) Maksud Tata Kelola BLUD RSUD yaitu sebagai peraturan internal rumah sakit yang mengatur mengenai Peraturan Organisasi Rumah Sakit, Peraturan Internal Staf Medis dan peraturan internal staf keperawatan.

- (2) Tujuan Tata Kelola BLUD RSUD yaitu dimilikinya suatu tatanan peraturan dasar yang mengatur pemilik rumah sakit atau yang mewakili, direktur rumah sakit dan tenaga medis, sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas:
- (3) Peraturan Walikota ini mengatur mengenai tata kelola rumah sakit yang terdiri atas:
 - a. Peraturan Organisasi Rumah Sakit;
 - b. Peraturan Internal Staf Medis;
 - c. peraturan internal staf keperawatan; dan
 - d. tata kelola staf kesehatan lain/nakes lain.
- (4) Tata Kelola RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan peraturan internal BLUD RSUD yang di dalamnya memuat:
 - a. susunan organisasi;
 - b. tata kerja;
 - c. pengelompokan fungsi;
 - d. pengelolaan sumber daya manusia;
 - e. pengelolaan lingkungan rumah sakit; dan
 - f. evaluasi dan penilaian kerja.

Pasal 3

- (1) Susunan organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (4) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan, dan hak dalam organisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Tata kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (4) huruf b, memuat ketentuan mengenai hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi.
- (3) Pengelompokan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (4) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung sesuai dengan prinsip pengendalian internal dalam rangka efektivitas pencapaian tujuan organisasi.

- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (4) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif dan produktif.
- (5) Pengelolaan lingkungan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (4) huruf e, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai pengelolaan lingkungan fisik, kimia, biologi yang mendukung keselamatan pasien.
- (6) Evaluasi dan penilaian kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (4) huruf f, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai evaluasi pemilik untuk mengukur pencapaian kinerja aspek keuangan dan nonkeuangan.

BAB II

PRINSIP TATA KELOLA RSUD

Pasal 4

- (1) Tata Kelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas; dan
 - d. independensi.
- (2) Transparansi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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.
- (3) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak yang diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.

- (4) Responsibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta peraturan perundang-undangan.
- (5) Independensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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.

BAB III

PERATURAN ORGANISASI RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Identitas Rumah Sakit

Pasal 5

- (1) Identitas Rumah Sakit sebagai berikut:
 - a. Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun atau disebut pula RSUD Kota Madiun;
 - b. Status Rumah Sakit : Badan Layanan Umum Daerah Penuh;
 - c. Kelas Rumah Sakit : Kelas C;
 - d. Hari jadi Rumah Sakit : 20 April 2004;
 - e. Alamat Rumah Sakit : Jalan Campursari Nomor 12B Madiun, Telepon: (0351)481314, Faksimilie: (0351) 481314, Laman: <http://www.rsud.madiunkota.go.id>, Email: rsudkotamadiun@gmail.com; dan
 - f. Logo RSUD menggunakan Logo Pemerintah Daerah.

KOTA MADIUN



- (2) Arti Logo Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f yaitu:
- a. Nama Daerah yaitu Kota Madiun;
 - b. Perisai sebagai dasar logo, dasar warna hijau tua, bermakna sebagai penjagaan dan perlindungan, dalam arti luas ialah pembinaan, keselamatan dan kesejahteraan penduduk dan pemerintahan;
 - c. Dua gunung dan sungai warna biru dan putih, langit cerah warna kuning serta tanah subur warna hijau muda, bermakna letak Kota Madiun di daerah yang subur, di antara Gunung Lawu dan Wilis dimana mengalir sungai Bengawan Madiun;
 - d. Fondamen terdiri atas 5 (lima) batu utama warna merah, bermakna dasar Pemerintah Daerah berdasarkan pada demokrasi yang bersendi Pancasila;
 - e. Tugu warna putih, bermakna persatuan dan pengabdian yang dijiwai semangat Proklamasi 17 Agustus 1945;
 - f. Keris Pusaka Tundung Madiun warna hitam, bermakna kejayaan, kepribadian dan sebagai penolak bahaya;
 - g. Padi dan Kapas warna kuning emas, setangkai padi terdiri atas 17 (tujuh belas) butir, setangkai kapas terdiri dari 8 (delapan) bunga dan 9 (sembilan) daun bermakna kemakmuran dan kesejahteraan sesuai dengan cita-cita Proklamasi 17 Agustus 1945.
- (3) Arti/makna keseluruhan logo Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yaitu Pemerintah Daerah yang demokratis dengan penuh kesetiaan, keberanian dan kesucian, sebagai pelindung rakyat, mengabdikan dan berjuang atas dasar jiwa Proklamasi 17 Agustus 1945 menuju terciptanya masyarakat yang adil makmur dan sejahtera berdasarkan Pancasila.

Bagian Kedua

Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, Nilai-nilai Dasar, dan Maklumat Pelayanan

Pasal 6

- (1) Visi rumah sakit yaitu terwujudnya RSUD yang berkualitas, menjadi pilihan masyarakat dan daerah sekitarnya.

- (2) Misi rumah sakit yaitu Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan.
- (3) Tujuan rumah sakit yaitu meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit sesuai standar nasional.
- (4) Sasaran strategis:
 - a. meningkatnya akuntabilitas RSUD; dan
 - b. meningkatnya mutu pelayanan yang berkualitas dengan mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pelanggan.
- (5) Motto rumah sakit yaitu berkualitas dan siap maju.
- (6) Nilai-nilai dasar Rumah Sakit:
 - a. komitmen: mengutamakan keselamatan pasien, meningkatkan kemampuan dan keterampilan, memelihara mutu pelayanan, senantiasa mentaati kode etik kedokteran dan asuhan keperawatan;
 - b. keterbukaan: selalu melakukan evaluasi, menerima masukan, kritik, saran, menghormati nilai budaya, adat serta agama dari semua pelanggan.
 - c. kepedulian: terhadap kemajuan di bidang kedokteran, terhadap individu, masyarakat, tulus, ikhlas, menjunjung tinggi dan mentaati kode etik.
- (7) Maklumat Pelayanan Rumah Sakit yaitu sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai standar pelayanan yang telah ditetapkan.

Bagian Ketiga

Kedudukan, Tugas, dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 7

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur penunjang Pemerintah Daerah dalam rangka mendukung pelaksanaan tugas Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) Tugas Rumah Sakit yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.
- (3) Dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi:
 - a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;

- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan rujukan sesuai kebutuhan medis;
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Bagian Keempat

Tanggung Jawab, Wewenang, dan Tugas Pemilik

Pasal 8

- (1) Pemilik mempunyai tanggung jawab, wewenang, dan tugas penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Tanggung jawab Pemilik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:
 - a. menyediakan rumah sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat;
 - b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di rumah sakit bagi fakir miskin atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membina dan mengawasi penyelenggaraan rumah sakit;
 - d. memberikan perlindungan kepada rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab;
 - e. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
 - g. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa;

- h. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan
 - i. mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.
- (3) Wewenang Pemilik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:
- a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit; dan
 - b. menunjuk atau menetapkan Direktur, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu Direktur dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
 - c. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, paling sedikit setahun sekali;
 - d. menetapkan struktur organisasi rumah sakit;
 - e. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit;
 - f. menetapkan visi dan misi rumah sakit dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit serta mereview secara berkala misi rumah sakit;
 - g. menyetujui rencana strategis rumah sakit;
 - h. menyetujui diselenggarakannya pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut; dan
 - i. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
- (4) Tugas Pemilik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:
- a. memberikan arahan kebijakan rumah sakit;
 - b. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
 - c. mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;

- d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit dilaksanakan rumah sakit;
- f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan di rumah sakit; dan
- g. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kelima

Dewan Pengawas

Paragraf 1

Kedudukan dan Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 9

- (1) Dewan Pengawas merupakan suatu unit nonstruktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit.
- (2) Dewan Pengawas merupakan wakil pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis internal rumah sakit.
- (3) Dewan Pengawas dapat dibentuk oleh Walikota atas usulan Direktur.
- (4) Pembentukan Dewan Pengawas hanya dapat dilakukan apabila memiliki realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir atau nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir.
- (5) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (6) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang.
- (7) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp30.000.000.000 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp100.000.0000.000 (seratus miliar rupiah); atau

- b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp150.000.000.000 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000 (lima ratus miliar rupiah).
- (8) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dengan ketentuan sebagai berikut:
- a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp100.000.000.000 (seratus miliar rupiah); atau
 - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp500.000.000.000 (lima ratus miliar rupiah).

Paragraf 2

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 10

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (7) terdiri atas unsur:
- a. 1 (satu) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. 1 (satu) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (8) terdiri atas unsur:
- a. 2 (dua) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. 2 (dua) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (3) Tenaga ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan ayat (2) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional atau perguruan tinggi.

- (4) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) harus memahami tugas fungsi, kegiatan, dan layanan BLUD.
- (5) Untuk memahami tugas fungsi, kegiatan, dan layanan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (4) Dewan Pengawas harus mengikuti pelatihan terkait dengan pengelolaan BLUD.
- (6) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
 - d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD;
 - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f. berijazah paling rendah S-1 (Strata 1);
 - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
 - h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
 - i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah, dan/atau calon anggota legislatif.

Paragraf 3

Tanggung Jawab, Tugas, dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tanggung jawab:
 - a. menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit;

- b. menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit sehari-hari;
 - c. menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program-program tersebut;
 - d. menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit;
 - e. melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
 - f. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - g. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis; dan
 - h. melakukan pengkajian laporan manajemen risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
- (2) Dewan Pengawas mempunyai tugas:
- a. memberikan arahan 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;

- h. melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan BLUD sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - i. memantau perkembangan kegiatan BLUD;
 - j. menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
 - k. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - l. memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - m. memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai:
 - 1) RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - 2) permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
 - 3) kinerja BLUD.
- (3) Dewan Pengawas dalam melaksanakan tugasnya mempunyai wewenang:
- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan BLUD RSUD dari Direktur;
 - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh SPI dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
 - c. meminta penjelasan dari Direktur dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan dengan sepengetahuan Direktur;
 - d. meminta penjelasan dari Komite atau unit nonstruktural di BLUD RSUD terkait pelaksanaan tugas dan fungsinya;
 - e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun peraturan internal untuk ditetapkan oleh Walikota; dan
 - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan BLUD RSUD.

- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada Walikota paling sedikit 1 (satu) kali dalam 3 (tiga) bulan dan sewaktu-waktu atas permintaan Walikota.

Paragraf 4

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Kepala Daerah karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e. mengundurkan diri; dan
 - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau Daerah.

Paragraf 5
Sekretaris Dewan Pengawas
Pasal 13

- (1) Walikota dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan Anggota Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.

Paragraf 6
Biaya Dewan Pengawas
Pasal 14

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada BLUD RSUD dan dimuat dalam RBA.

Paragraf 7
Rapat Dewan Pengawas
Pasal 15

- (1) Rapat Dewan Pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan rumah sakit sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya.
- (2) apat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat tahunan; dan
 - c. rapat khusus.

- (3) Peserta Rapat Dewan Pengawas selain anggota dan sekretaris dapat dihadiri pihak lain yang dianggap perlu dan ditentukan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Keputusan Rapat Dewan Pengawas diupayakan melalui musyawarah mufakat.
- (5) Dalam hal tidak tercapai mufakat keputusan diambil dengan suara terbanyak.
- (6) Dalam setiap Rapat Dewan Pengawas dibuat risalah rapat oleh Sekretaris Dewan Pengawas.

Paragraf 8
Rapat Rutin
Pasal 16

- (1) Rapat rutin Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) huruf a dilaksanakan paling sedikit 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Rapat rutin Dewan Pengawas merupakan rapat koordinasi untuk membahas perkembangan rumah sakit termasuk memberikan masukan berbagai masalah di rumah sakit.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas memberikan undangan dan membuat risalah rapat serta menyampaikan kepada Dewan Pengawas untuk disetujui.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan risalah rapat yang sudah disetujui oleh Dewan Pengawas kepada Direktur untuk ditindaklanjuti.

Paragraf 9
Rapat Tahunan
Pasal 17

- (1) Rapat rutin Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) huruf b dilaksanakan 1 (satu) tahun sekali.
- (2) Rapat tahunan Dewan Pengawas bertujuan untuk memberikan arah kebijakan tahunan operasional rumah sakit mencakup pengelolaan pelayanan medik, sumber daya manusia, sarana prasarana dan pengelolaan keuangan.

Paragraf 10
Rapat Khusus
Pasal 18

- (1) Rapat Khusus Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2) huruf c merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal khusus mengenai permasalahan yang harus segera diputuskan.
- (2) Direktur dapat meminta penyelenggaraan rapat khusus dengan persetujuan Ketua Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus harus secara jelas menyebutkan tujuan penyelenggaraan rapat khusus.

Bagian Keenam
Pengorganisasian dan Struktur Organisasi BLUD RSUD
Paragraf 1
Susunan Organisasi BLUD RSUD
Pasal 19

Susunan organisasi BLUD RSUD terdiri atas:

- a. Direktur
- b. Bagian Tata Usaha, membawahi:
 - 1) Subbagian Umum;
 - 2) Subbagian Perencanaan; dan
 - 3) Subbagian Kepegawaian.
- c. Bidang Keuangan, membawahi:
 - 1) Seksi Perbendaharaan; dan
 - 2) Seksi Mobilisasi Dana.
- d. Bidang Pelayanan, membawahi:
 - 1) Seksi Pelayanan Medis; dan
 - 2) Seksi Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan.
- e. Bidang Penunjang, membawahi:
 - 1) Seksi Penunjang Medis; dan
 - 2) Seksi Penunjang Nonmedis.
- f. SPI;
- g. Komite;

- h. kelompok jabatan fungsional; dan
- i. instalasi/unit.

Paragraf 2
Sumber Daya Manusia
Pasal 20

- (1) Sumber daya manusia BLUD RSUD terdiri atas:
 - a. Pejabat Pengelola; dan
 - b. pegawai.
- (2) Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bertanggung jawab terhadap kinerja umum operasional, pelaksanaan kebijakan fleksibilitas dan keuangan BLUD dalam pemberian layanan.
- (3) Pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b menyelenggarakan kegiatan untuk mendukung kinerja rumah sakit.
- (4) Pejabat Pengelola dan pegawai BLUD RSUD berasal dari:
 - a. Aparatur Sipil Negara; dan/atau
 - b. non Aparatur Sipil Negara.
- (5) Pejabat Pengelola dan pegawai yang berasal dari non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b dapat dipekerjakan secara kontrak atau tetap.
- (6) Pengadaan Pejabat Pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan, profesionalitas, kemampuan keuangan dan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis, dan produktif untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Paragraf 3
Susunan Pejabat Pengelola
Pasal 21

- (1) Pejabat Pengelola BLUD RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1) huruf a terdiri atas:
 - a. pemimpin;
 - b. pejabat keuangan; dan
 - c. pejabat teknis.

- (2) Pemimpin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a yaitu Direktur.
- (3) Pejabat keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b yaitu Kepala Bidang Keuangan.
- (4) Pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c yaitu Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang Pelayanan, dan Kepala Bidang Penunjang.
- (5) Pejabat Pengelola BLUD RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang memangku jabatan rangkap sebagai:
 - a. Direksi pada Badan Usaha Milik Negara;
 - b. Direksi pada rumah sakit swasta; dan/atau
 - c. jabatan lain yang berhubungan dengan pengurusan perusahaan.

Paragraf 4

Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 22

- (1) Pejabat pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.
- (2) Direktur bertanggung jawab kepada Walikota melalui Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana.
- (3) Pertanggungjawaban sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui penyampaian laporan pelaksanaan pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian BLUD RSUD.
- (4) Pejabat keuangan dan pejabat teknis bertanggung jawab kepada Direktur.
- (5) Pengangkatan Pejabat Pengelola yang berasal dari ASN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (4) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 5

Pemberhentian Pejabat Pengelola

Pasal 23

- (1) Pejabat Pengelola diberhentikan karena:
 - a. meninggal dunia;

- b. memasuki usia pensiun;
 - c. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang diancam dengan pidana penjara paling singkat 4 (empat) tahun;
 - d. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
 - e. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan/atau
 - f. promosi atau mutasi jabatan.
- (2) Usia pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 6

Tugas, Fungsi, dan Kewenangan Pejabat Pengelola

Pasal 24

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (1) huruf a mempunyai tugas memimpin penyelenggaraan Rumah Sakit.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur mempunyai fungsi:
- a. pengoordinasian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
 - b. penetapan kebijakan penyelenggaraan Rumah Sakit sesuai dengan kewenangannya;
 - c. penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit;
 - d. pembinaan, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
 - e. pelaksanaan evaluasi, pencatatan dan pelaporan; dan
 - f. pelaksanaan tugas lain yang bersifat kedinasan yang diberikan oleh Kepala Dinas;
- (3) Kewenangan Direktur:
- a. mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait dengan rumah sakit;
 - b. menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan;
 - c. menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan;

- d. menetapkan regulasi rumah sakit, termasuk regulasi tentang pengaturan regulasi dan dokumen rumah sakit yang meliputi:
 - 1) pendokumentasian regulasi dengan dicetak dan atau digital;
 - 2) peninjauan dan persetujuan semua regulasi oleh pihak yang berwenang sebelum diterbitkan;
 - 3) proses peninjauan regulasi berkelanjutan yang ditetapkan waktunya sesuai peraturan perundang-undangan;
 - 4) pengendalian untuk memastikan bahwa hanya regulasi terbaru dan relevan yang tersedia;
 - 5) bagaimana mengidentifikasi adanya perubahan dalam regulasi;
 - 6) pemeliharaan identitas dan keterbacaan regulasi jelas, singkat dan tidak menimbulkan persepsi ganda;
 - 7) proses pengelolaan regulasi yang berasal dari luar rumah sakit;
 - 8) proses rentensi regulasi yang sudah tidak terpakai sesuai peraturan perundang-undangan; dan
 - 9) identifikasi dan pelacakan semua dokumen yang beredar.
- e. menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
- f. menindaklanjuti semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
- g. menetapkan proses untuk mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai peraturan perundang-undangan.
- h. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di Rumah Sakit;
- i. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen apabila 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 di bawahnya;
- m. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua Pejabat Pengelola di bawah Direktur;
- n. mengusulkan RBA Rumah Sakit dan Rencana Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien kepada Walikota; dan
- o. menjadi pengguna anggaran/kuasa pengguna anggaran bagi Direktur yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil.

Pasal 25

- (1) Kepala Bidang Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (3) mempunyai tugas menyelenggarakan penyusunan anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit, melaksanakan kegiatan mobilisasi dana, perbendaharaan serta pengawasan dan pengendalian kegiatan anggaran keuangan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kepala Bidang Keuangan mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan perencanaan program kerja dan evaluasi pelaksanaan tugas-tugas pada bidang keuangan;
 - b. pelaksanaan penyusunan anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit;
 - c. pelaksanaan kegiatan mobilisasi dana;
 - d. pelaksanaan kegiatan perbendaharaan;
 - e. pelaksanaan akuntansi dan verifikasi pendapatan dan belanja rumah sakit;
 - f. pelaksanaan pengawasan dan pengendalian kegiatan anggaran keuangan; dan
 - g. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

Pasal 26

- (1) Kepala Bagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (4) mempunyai tugas melaksanakan kebijakan pelayanan administrasi kepada semua unsur di lingkungan rumah sakit meliputi pengelolaan dan pengawasan administrasi umum, perencanaan, sistem informasi manajemen, kepegawaian dan rumah tangga.

- (2) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai fungsi:
- a. penyusunan perencanaan program kerja dan evaluasi pelaksanaan tugas-tugas pada Bagian Tata Usaha;
 - b. pengordinasian penyusunan program dan penyelenggaraan tugas-tugas bidang secara terpadu dan tugas pelayanan administratif;
 - c. pengelolaan administrasi umum dan rumah tangga;
 - d. pengelolaan administrasi kepegawaian di lingkungan BLUD RSUD;
 - e. penyusunan rencana program, pelaksanaan/pengadaan serta pengelolaan data inventarisasi sarana dan prasarana (aset) di Lingkungan BLUD RSUD;
 - f. pengelolaan, pengoordinasian, pemeliharaan, penyajian data dan teknologi informasi; dan
 - g. pelaksanaan tugas lain yang bersifat kedinasan yang diberikan oleh Direktur.

Pasal 27

- (1) Kepala Bidang Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (3) mempunyai tugas menyusun dan melayani kebutuhan pelaksanaan pelayanan medis, pelayanan keperawatan dan kebidanan serta petunjuk pelaksanaan kerja tenaga medis, keperawatan dan kebidanan, melaksanakan pemantauan, pengawasan penggunaan fasilitas dan kegiatan pelayanan serta melaksanakan pengawasan, pengendalian penerimaan dan pemulangan pasien.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1), Kepala Bidang Pelayanan mempunyai fungsi:
- a. penyusunan perencanaan program kerja dan evaluasi pelaksanaan tugas-tugas pada bidang pelayanan;
 - b. perencanaan dan pengoordinasian kebutuhan fasilitas pelayanan serta petunjuk pelaksanaan kerja bagi tenaga medis keperawatan;

- c. pemantauan dan pengawasan penggunaan fasilitas kegiatan pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan;
- d. pemantauan, pengawasan dan evaluasi kegiatan pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan;
- e. pengawasan, pengendalian, penerimaan dan pemulangan pasien;
- f. pembinaan dan pengembangan pelayanan medis di lingkungan RSUD;
- g. pengoordinasian dan kerja sama dengan Kelompok Staf Medis;
- h. pengoordinasian, pengawasan dan pengendalian program pengadaan kebutuhan peralatan kesehatan;
- i. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan;
- j. pemantauan, pengawasan, dan evaluasi sistematika dalam pencatatan medik RSUD;
- k. perencanaan program dan pelaksanaan/pengadaan peralatan kesehatan; dan
- l. pelaksanaan tugas lain yang bersifat kedinasan yang diberikan oleh Direktur.

Pasal 28

- (1) Kepala Bidang Penunjang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (3) mempunyai tugas mengoordinasikan kebutuhan pelayanan penunjang medis maupun non medis, melaksanakan pengadaan dan pengawasan penggunaan fasilitas pelayanan penunjang medis maupun non medis, serta melakukan pengendalian pelayanan penunjang medis dan nonmedis.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bidang Penunjang mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan perencanaan program kerja dan evaluasi pelaksanaan tugas-tugas pada bidang penunjang;
 - b. pelaksanaan pengoordinasian kebutuhan pelayanan penunjang medis dan nonmedis;

- c. pelaksanaan pemantauan dan pengawasan penggunaan peralatan penunjang medis dan nonmedis;
- d. pelaksanaan pengendalian pelayanan kegiatan penunjang medis dan nonmedis;
- e. pengoordinasian, pemantauan dan pengawasan kegiatan pelayanan farmasi, laboratorium, radiologi, *Central Steril Supply of Department*, bank darah rumah sakit, gizi klinis, unit *laundry*, dan penyuluhan/promosi kesehatan rumah sakit;
- f. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di bidang penunjang medis dan nonmedis;
- g. pelaksanaan pemeliharaan sarana prasarana dan penyelenggaraan kesehatan lingkungan; dan
- h. pelaksanaan tugas lain yang bersifat kedinasan yang diberikan oleh Direktur.

Pasal 29

Wewenang Kepala Bidang/Bagian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (3) dan ayat (4) yaitu:

- a. melakukan akses terhadap semua dokumen dan pencatatan untuk mendapatkan data dan informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan tugas;
- b. memberikan petunjuk dan bimbingan pelaksanaan tugas kepada jajaran di bawahnya;
- c. mengawasi, mengendalikan dan menilai pendayagunaan tenaga di bidang/bagian masing-masing;
- d. menandatangani surat dan dokumen yang ditetapkan menjadi wewenangnya; dan
- e. menghadiri rapat berkala dengan Kepala Unit/Kepala Seksi/Kepala Bidang/Bagian lain dan Direktur untuk kelancaran pelaksanaan tugas.

Paragraf 7

SPI

Pasal 30

- (1) Untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan internal dan monitoring dibentuk SPI.

- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh Direktur untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan, dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktik bisnis yang sehat.
- (3) SPI merupakan pengawas internal yang berkedudukan langsung di bawah Direktur.
- (4) Jumlah anggota SPI paling sedikit 3 (tiga) dan paling banyak 7 (tujuh) orang.
- (5) Jumlah anggota SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dengan mempertimbangkan:
 - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - b. kompleksitas manajemen; dan/atau
 - c. volume dan/atau jangkauan pelayanan
- (6) SPI dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 31

- (1) SPI bersama-sama jajaran manajemen menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal BLUD RSUD.
- (2) Tugas SPI membantu manajemen BLUD RSUD dalam hal:
 - a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas;
 - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktik bisnis yang sehat; dan
 - e. melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit.
- (3) Pengangkatan SPI harus memenuhi syarat:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD RSUD;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
 - d. memahami tugas dan fungsi BLUD RSUD;
 - e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD RSUD;
 - f. berijazah paling rendah Diploma 3;
 - g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;

- h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;
 - i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
 - j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - k. mempunyai sikap independen dan obyektif.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai SPI ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 8

Komite

Pasal 32

- (1) Komite rumah sakit merupakan lembaga non struktural yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk tujuan dan tugas tertentu sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kelompok kerja dibentuk oleh Direktur dalam rangka menyelesaikan/memecahkan masalah di lingkungan BLUD RSUD.
- (3) Rumah sakit paling sedikit memiliki komite medik dan Komite Keperawatan.
- (4) Setiap Komite dipimpin oleh seorang Ketua yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (5) Setiap Komite mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan profesi, memantau pelaksanaan standar profesi, melaksanakan pembinaan etika profesi, dan memberikan saran pertimbangan dalam pengembangan pelayanan profesi.
- (6) Dalam melaksanakan tugasnya, Ketua Komite dapat dibantu oleh subkomite dan/atau panitia kelompok kerja tertentu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (7) Masa jabatan Komite yaitu 5 (lima) tahun.
- (8) Pembentukan, jumlah, dan perubahan Komite rumah sakit ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 9
Kelompok Jabatan Fungsional
Pasal 33

- (1) Kelompok jabatan fungsional terdiri atas sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas beberapa kelompok jabatan fungsional sesuai dengan bidang keahliannya.
- (2) Kelompok jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Kelompok Staf Medis Fungsional;
 - b. kelompok staf keperawatan; dan
 - c. kelompok tenaga kesehatan lain.
- (3) Kelompok jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas untuk melaksanakan kegiatan sesuai dengan kompetensi jabatan fungsionalnya masing-masing sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Kelompok jabatan fungsional dalam melaksanakan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berada pada instalasi/unit sesuai dengan kompetensinya.
- (5) Jumlah tenaga fungsional ditentukan berdasarkan kebutuhan dan analisa beban kerja.
- (6) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 10
Instalasi/Unit
Pasal 34

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit dibentuk instalasi/unit yang merupakan unit kerja pelayanan.
- (2) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan unit pelayanan nonstruktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan medis, penunjang medis, perawatan/kebidanan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan rumah sakit, serta pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit.

- (3) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Instalasi mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyelenggarakan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (5) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (6) Kepala instalasi/kepala unit sebagaimana dimaksud pada ayat (5) bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi, dan/atau Kepala Subbagian terkait.
- (7) Untuk instalasi/unit yang memiliki rentang kendali cukup luas, dapat membentuk/mengangkat kepala ruang untuk membantu tugas kepala instalasi.
- (8) Pembentukan/pengangkatan kepala ruang sebagaimana dimaksud pada ayat (7) didasarkan atas analisis organisasi dengan mengingat sumber daya yang tersedia di rumah sakit, meliputi sumber daya manusia, sarana prasarana dan memperhatikan kebutuhan masyarakat.
- (9) Kepala ruangan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Instalasi, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi, dan/atau Kepala Subbagian terkait.
- (10) Pembentukan dan perubahan instalasi/unit didasarkan atas analisis organisasi dengan mempertimbangkan sumber daya yang tersedia di rumah sakit, meliputi sumber daya manusia, sarana prasarana, dan memperhatikan kebutuhan masyarakat.

Pasal 35

- (1) Instalasi penunjang pelayanan medis yaitu laboratorium dan radiologi, dipimpin oleh seorang kepala instalasi yang berasal dari Staf Medis fungsional.
- (2) Staf Medis fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu seorang dokter.

- (3) Kepala instalasi pada penunjang pelayanan medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab dalam aspek operasional pelayanannya kepada Direktur melalui bidang penunjang/seksi penunjang medis.
- (4) Staf Medis fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertanggung jawab dalam aspek kinerja kepegawaian di bawah bidang pelayanan dan/atau seksi pelayanan medis.

Pasal 36

- (1) Jumlah dan jenis instalasi/unit disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan rumah sakit.
- (2) Jumlah dan jenis instalasi/unit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Ketujuh

Tata Kerja

Pasal 37

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan di lingkungan RSUD wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi secara vertikal dan horizontal sesuai tugas masing-masing.
- (2) Dalam hal koordinasi, integrasi dan sinkronisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) jika dilakukan dengan instansi/*stakeholder* di luar rumah sakit, harus sepengetahuan/mendapat persetujuan Pejabat Pengelola.
- (3) Tata kerja baku berupa standar operasional prosedur berdasarkan kaidah-kaidah keselamatan pasien menurut ketentuan akreditasi rumah sakit.
- (4) Prinsip tata kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:
 - a. jelas arah kebijakannya;
 - b. mengutamakan kepentingan dan keselamatan pengguna jasa pelayanan kesehatan;
 - c. konsisten;
 - d. sesuai dengan falsafah dan tujuan;
 - e. jelas pelaksanaannya;
 - f. jelas tanggung jawabnya; dan
 - g. senantiasa dilaksanakan evaluasi mutu dan kinerja.

Pasal 38

- (1) Setiap pimpinan wajib mengawasi bawahan masing-masing, apabila terjadi penyimpangan harus mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan aturan.
- (2) Setiap pimpinan bertanggung jawab memimpin dan mengoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.
- (3) Setiap pimpinan wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan langsung serta menyampaikan laporan secara berkala.
- (4) Dalam menyampaikan laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tembusan laporan disampaikan kepada pimpinan satuan kerja lain yang secara fungsional memiliki hubungan kerja.
- (5) Semua kegiatan pelayanan dan pendukungnya diatur dengan prosedur kerja baku yaitu standar operasional prosedur.

Bagian Kedelapan

Pengelompokan Fungsi

Pasal 39

- (1) Pengelompokan fungsi memuat pembagian fungsi pelayanan dan fungsi pendukung sesuai dengan prinsip pengendalian internal untuk efektivitas pencapaian.
- (2) Pengelompokan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. organisasi pelaksana; dan
 - b. organisasi pendukung.
- (3) Organisasi pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a merupakan instalasi/unit penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit.
- (4) Organisasi pendukung sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan lembaga khusus yang dibentuk oleh Direktur untuk tujuan tertentu yang dapat mendukung penyelenggaraan kegiatan pelayanan, monitoring, dan pengawasan tata kelola rumah sakit.

- (5) Lembaga khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terdiri atas:
- a. SPI;
 - b. Komite; dan/atau
 - c. tim rumah sakit.

Bagian Kesembilan
Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Paragraf 1

Tenaga Rumah Sakit

Pasal 40

- (1) Penyelenggaraan pelayanan di BLUD RSUD dilaksanakan oleh tenaga yang meliputi tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga nonkesehatan.
- (2) Tenaga rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas pegawai berstatus Aparatur Sipil Negara dan pegawai berstatus non Aparatur Sipil Negara.

Paragraf 2

Pengangkatan Pegawai

Pasal 41

- (1) Pengangkatan pegawai berstatus Aparatur Sipil Negara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pengangkatan pegawai berstatus non Aparatur Sipil Negara dilakukan berdasarkan pada prinsip efisien, ekonomis, dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai berstatus non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui mekanisme rekrutmen, *outsourcing*, kerja sama operasional, magang, atau cara lain yang lebih efektif dan efisien.
- (4) Mekanisme pengangkatan pegawai berstatus non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

Paragraf 3
Penghargaan dan Sanksi
Pasal 42

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas, rumah sakit memberikan penghargaan bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi atau melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 43

- (1) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai berstatus Aparatur Sipil Negara berupa:
 - a. kenaikan pangkat dengan sistem regular atau kenaikan pangkat pilihan;
 - b. kenaikan gaji berkala;
 - c. mendapatkan kesempatan pendidikan yang lebih; dan/atau
 - d. insentif.
- (2) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai berstatus non Aparatur Sipil Negara dapat berupa:
 - a. perpanjangan kontrak;
 - b. kenaikan upah secara berkala; dan/atau
 - c. insentif.
 - d. Ketentuan lebih lanjut mengenai penghargaan yang diberikan kepada pegawai BLUD RSUD diatur dalam Peraturan Direktur.

Pasal 44

Sanksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 diberikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan tentang disiplin Aparatur Sipil Negara dan untuk pegawai non Aparatur Sipil Negara sesuai dengan ketentuan dalam perjanjian atau dapat menyesuaikan dengan ketentuan pada peraturan disiplin Aparatur Sipil Negara.

Paragraf 4
Mutasi dan Rotasi Pegawai
Pasal 45

- (1) Mutasi dan rotasi pegawai dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dengan adanya suasana kerja baru dan pengembangan karir.
- (2) Direktur dapat memberikan pertimbangan terhadap pegawai Aparatur Sipil Negara yang akan di mutasi.
- (3) Rotasi pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
 - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
 - b. masa kerja di unit tertentu;
 - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - d. kegunaannya dalam menunjang karir; dan/atau
 - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Paragraf 5
Disiplin Pegawai
Pasal 46

- (1) Disiplin pegawai yaitu kesanggupan pegawai untuk menaati kewajiban dan menghindari larangan yang ditentukan dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Disiplin pegawai Aparatur Sipil Negara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Disiplin pegawai non Aparatur Sipil Negara dituangkan dalam:
 - a. daftar hadir;
 - b. rekam jejak; dan
 - c. penilaian kinerja berdasarkan prestasi kerja.
- (4) Pelanggaran terhadap ketentuan disiplin pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan hukuman sesuai tingkat dan jenis pelanggarannya, sebagai berikut:
 - a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri atas:
 1. teguran lisan; dan/atau
 2. teguran tertulis.

- b. hukuman disiplin sedang, yang terdiri atas:
 - 1. penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan/atau
 - 2. penurunan gaji sebesar 1 (satu) kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun;
- c. hukuman disiplin berat berupa pemutusan hubungan kerja.

Paragraf 6

Pemberhentian Pegawai

Pasal 47

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus Aparatur Sipil Negara dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus non Aparatur Sipil Negara dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. mengundurkan diri;
 - b. mencapai usia pensiun;
 - c. meninggal dunia;
 - d. melanggar perjanjian kerja;
 - e. masa perjanjian kerja habis;
 - f. melakukan tindak pidana dengan ancaman hukuman 4 (empat) tahun atau lebih;
 - g. tidak masuk kerja selama 46 (empat puluh enam) hari kerja secara kumulatif selama 1 (satu) tahun tanpa keterangan;
 - h. berhalangan tetap karena sakitnya sehingga tidak dapat melaksanakan tugas; dan
 - i. penyederhanaan organisasi.
- (3) Usia pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. batas usia pensiun tenaga fungsional (tenaga medis, keperawatan dan tenaga kesehatan lain) yaitu 60 (enam puluh) tahun.
 - b. batas usia pensiun tenaga nonfungsional yaitu 56 (lima puluh enam) tahun.

Paragraf 7

Pola Ketenagaan dan Perencanaan Kebutuhan Staf

Pasal 48

- (1) Direktur menyusun dan menetapkan pola ketenagaan dan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit.
- (2) Penyusunan dan penetapan pola ketenagaan dan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memperhatikan:
 - a. jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan, dan distribusi staf;
 - b. penyelenggaraan upaya kesehatan;
 - c. ketersediaan jenis pelayanan kesehatan;
 - d. kemampuan pembiayaan;
 - e. kondisi geografis dan sosial budaya; dan
 - f. kebutuhan masyarakat.
- (3) Pola ketenagaan dan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit disusun secara berjenjang dimulai dari kepala ruangan/unit bersama dengan Kepala Bidang untuk diusulkan kepada Direktur.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyusunan pola ketenagaan dan perencanaan kebutuhan staf diatur dalam Peraturan Direktur.

Paragraf 8

Orientasi Staf Klinis dan Nonklinis

Pasal 49

- (1) Semua staf klinis dan nonklinis diberi orientasi di rumah sakit.
- (2) Orientasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan agar staf dapat berperan dan berfungsi dengan baik serta mengetahui dengan benar segala sesuatu dengan baik dan memahami tanggung jawab pekerjaan klinis atau nonklinis untuk mencapai misi rumah sakit.
- (3) Orientasi dicapai melalui orientasi umum dan orientasi khusus.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai orientasi diatur dalam Peraturan Direktur.

Paragraf 9
Pendidikan dan Pelatihan Staf
Pasal 50

- (1) Setiap staf mengikuti pendidikan atau pelatihan di dalam atau di luar rumah sakit, termasuk pendidikan profesi berkelanjutan untuk mempertahankan atau meningkatkan kompetensinya.
- (2) Rumah sakit mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk dapat memahami pendidikan dan pelatihan yang dibutuhkan oleh staf, sumber data yang dapat digunakan yaitu:
 - a. hasil kegiatan pengukuran mutu dan keselamatan;
 - b. monitor program manajemen fasilitas;
 - c. penggunaan teknologi medis baru;
 - d. keterampilan dan pengetahuan yang diperoleh melalui evaluasi kinerja;
 - e. prosedur klinis baru; dan
 - f. rencana memberikan layanan baru di kemudian hari.
- (3) Rumah sakit mengadakan pelatihan teknik resusitasi tingkat dasar untuk seluruh staf dan pelatihan teknik resusitasi tingkat lanjut untuk staf yang telah ditentukan.
- (4) Rumah sakit menyelenggarakan program pelayanan kesehatan dan keselamatan staf untuk menjaga kesehatan fisik, kesehatan mental, kepuasan, produktivitas, dan keselamatan staf dalam bekerja.

Paragraf 10
Pendidikan dan Penelitian Pegawai
Pasal 51

- (1) Tenaga profesi kesehatan di rumah sakit dapat mengajukan peningkatan pendidikan profesi berkelanjutan sesuai mekanisme yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur berdasarkan hasil analisa kebutuhan rumah sakit dan rekomendasi dari komite-komite di rumah sakit:
 - a. rekomendasi bagi tenaga Staf Medis yang ingin mengikuti pendidikan berkelanjutan harus melalui komite medis;

- b. rekomendasi bagi tenaga keperawatan harus melalui Komite Keperawatan dan bidang keperawatan; dan
 - c. rekomendasi bagi tenaga kesehatan lainnya harus melalui kepala bidang pelayanan penunjang.
- (2) Penetapan pemberian izin untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan sepenuhnya menjadi kewenangan Direktur berdasarkan hasil rekomendasi dari komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
 - (3) Pengajuan izin belajar dan tugas belajar diproses sesuai dengan peraturan dan harus melalui bagian Tata Usaha yang berkoordinasi dengan Kepala Subbagian Kepegawaian.
 - (4) Sebagai rumah sakit nonpendidikan tetapi menerima peserta pendidikan klinis, perjanjian kerja sama dituangkan dalam bentuk MoU (*Memorandum of Understanding*) dan dilaksanakan selama periode masa berlakunya.
 - (5) Pendidikan dan penelitian bagi tenaga medis dan tenaga keperawatan serta tenaga profesi lainnya dikelola oleh instalasi/unit/tim/Komite sesuai dengan Keputusan Direktur.

Bagian Kesepuluh
Pengelolaan Sumber Daya Lain
Pasal 52

- (1) Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri atas sarana, prasarana, dan infrastruktur yang dikuasai dan dimiliki dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pengelolaan sumber daya lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaraan tugas pokok dan fungsi rumah sakit.

Bagian Kesebelas
Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit
Pasal 53

- (1) Seluruh pegawai rumah sakit wajib menjaga lingkungan baik internal maupun eksternal.

- (2) Pengelolaan lingkungan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang berorientasi kepada kesehatan, kebersihan, kenyamanan, keamanan, kerapian, keindahan dan keselamatan.
- (3) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, lingkungan kimia, fisik, dan biologis, antara lain:
 - a. kebersihan lingkungan rumah sakit selama 24 jam meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet/kamar mandi;
 - b. pengelolaan limbah domestik;
 - c. pengelolaan limbah cair;
 - d. pengelolaan limbah radioaktif;
 - e. pengelolaan limbah medis;
 - f. pengelolaan limbah infeksius;
 - g. pengamatan area bebas rokok;
 - h. pengelolaan air bersih;
 - i. pengelolaan binatang pengganggu; dan
 - j. memperluas area taman dan tanaman penghijauan untuk mengurangi pemanasan global.
- (4) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Belas
Standar Pelayanan Minimal
Pasal 54

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit, Walikota menetapkan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit dengan Peraturan Walikota.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diusulkan oleh Direktur.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

- (4) Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan:
 - a. fokus pada jenis pelayanan;
 - b. terukur;
 - c. dapat dicapai;
 - d. relevan dan dapat diandalkan;
 - e. tepat waktu;
 - f. sesuai dengan kaidah-kaidah penjaminan mutu dan keselamatan pasien; dan
 - g. sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi rumah sakit.
- (6) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (7) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (8) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi rumah sakit.
- (9) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.
- (10) Mengacu pada kaidah-kaidah penjaminan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga Belas

Akreditasi

Pasal 55

- (1) Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, rumah sakit wajib melakukan akreditasi secara berkala.
- (2) Akreditasi secara berkala sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (3) Akreditasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh suatu lembaga independen baik dari dalam maupun dari luar negeri berdasarkan standar akreditasi.

Bagian Keempat Belas

Keselamatan Pasien

Pasal 56

- (1) Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien dan budaya keselamatan pasien.
- (2) Standar keselamatan pasien dan budaya keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kelima Belas

Pengelolaan Keuangan

Paragraf 1

Prinsip Pengelolaan Keuangan

Pasal 57

- (1) Pengelolaan keuangan rumah sakit berdasarkan pada prinsip efektivitas, efisiensi, dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis standar.
- (3) Sistem akuntansi berbasis standar sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yaitu standar akuntansi keuangan dan standar akuntansi pemerintahan.

Paragraf 2

Fleksibilitas

Pasal 58

- (1) Dalam pengelolaan keuangan rumah sakit dengan status BLUD RSUD penuh memperoleh fleksibilitas berupa:
 - a. pengelolaan pendapatan dan biaya;

- b. pengelolaan kas;
 - c. pengelolaan utang;
 - d. pengelolaan piutang;
 - e. pengelolaan investasi;
 - f. pengelolaan barang dan/atau jasa;
 - g. pengadaan barang/jasa;
 - h. penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban;
 - i. pengelolaan surplus dan defisit;
 - j. kerjasama dengan pihak lain;
 - k. mempekerjakan tenaga non Aparatur Sipil Negara;
 - l. pengelolaan dana secara langsung; dan
 - m. perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.
- (2) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan belanja yang disesuaikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA dan DPA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilaksanakan terhadap belanja BLUD RSUD yang bersumber dari pendapatan BLUD RSUD dan hibah tidak terikat.
- (4) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan besaran persentase realisasi belanja yang diperkenankan melampaui anggaran dalam RBA dan DPA.
- (5) Dalam hal belanja BLUD melampaui ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), terlebih dahulu mendapat persetujuan kepala daerah.
- (6) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, BLUD RSUD dapat mengajukan usulan tambahan anggaran dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah.

Pasal 59

- (1) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 ayat (2) paling banyak 10% (sepuluh persen) dari pendapatan, dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal kas.

- (2) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhitungkan fluktuasi kegiatan operasional, meliputi:
 - a. kecenderungan/tren selisih anggaran pendapatan BLUD RSUD selain Anggaran Pendapatan Belanja Daerah tahun berjalan dengan realisasi 2 (dua) tahun anggaran sebelumnya; dan
 - b. kecenderungan/tren selisih pendapatan BLUD RSUD selain Anggaran Pendapatan Belanja Daerah dengan prognosis tahun anggaran berjalan.
- (3) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dicantumkan dalam RBA dan DPA.
- (4) Pencantuman ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa catatan yang memberikan informasi besaran presentase ambang batas.
- (5) Presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dicapai, terukur, rasional, dan dipertanggungjawabkan.
- (6) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), digunakan apabila pendapatan BLUD RSUD diprediksi melebihi target pendapatan yang telah ditetapkan dalam RBA dan DPA tahun yang dianggarkan.

Paragraf 3

Tarif Pelayanan

Pasal 60

- (1) BLUD RSUD dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan.
- (3) Sasaran penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk menutup sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan pelayanan serta tidak mengutamakan mencari keuntungan dengan tetap memperhatikan kemampuan ekonomi sosial masyarakat dan daya saing untuk pelayanan sejenis.

- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan rumah sakit.
- (5) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (6) Penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 4

Perencanaan dan Penganggaran

Pasal 61

- (1) Direktur wajib menetapkan Renstra Bisnis BLUD RSUD setiap 5 (lima) tahun sekali.
- (2) Renstra Bisnis BLUD RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka menengah Daerah Pemerintah Daerah.
- (3) Sebelum ditetapkan, Renstra Bisnis BLUD RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Badan Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan Daerah untuk memastikan kesesuaian dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah.

Pasal 62

- (1) Renstra Bisnis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 61 ayat (1) dijabarkan dalam RBA BLUD RSUD.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, dan sumber-sumber pendapatan BLUD RSUD lainnya.

- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) memuat:
 - a. kinerja tahun berjalan;
 - b. asumsi makro dan mikro;
 - c. target kinerja;
 - d. analisis dan perkiraan biaya satuan;
 - e. perkiraan harga;
 - f. anggaran pendapatan dan biaya;
 - g. besaran persentase ambang batas;
 - h. prognose laporan keuangan;
 - i. perkiraan maju;
 - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
 - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (4) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (3), disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal, dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Pasal 63

- (1) Dalam pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit, Direktur dapat menetapkan kebijakan dan/atau standar operasional prosedur.
- (2) Dalam rangka pengawasan kegiatan operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pengawasan mutu pelayanan, Direktur dapat menetapkan Tim atau Panitia Teknis Pengawasan Mutu yang bekerja di bawah koordinasi SPI.

Paragraf 5

Pendapatan

Pasal 64

- (1) Pendapatan BLUD RSUD dapat bersumber dari:
 - a. jasa layanan;
 - b. hibah;
 - c. hasil kerja sama dengan pihak lain;
 - d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah; dan
 - e. lain-lain pendapatan BLUD RSUD yang sah.

- (2) Pendapatan yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (3) Pendapatan yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain.
- (4) Pendapatan yang bersumber dari hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (3), digunakan sesuai dengan tujuan pemberian hibah, sesuai dengan peruntukannya yang selaras dengan tujuan BLUD sebagaimana tercantum dalam naskah perjanjian hibah.
- (5) Hasil kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dapat berupa hasil yang diperoleh dari hasil kerja sama BLUD.
- (6) Pendapatan yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d berupa pendapatan yang berasal dari DPA Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (7) Lain-lain pendapatan BLUD RSUD yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e terdiri atas:
 - a. jasa giro;
 - b. pendapatan bunga;
 - c. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - d. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD;
 - e. investasi; dan
 - f. pengembangan usaha.

Pasal 65

- (1) Pendapatan BLUD RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 ayat (1), kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran BLUD RSUD berdasarkan RBA.

- (2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (3) Penerimaan pendapatan BLUD RSUD dilaksanakan melalui rekening kas BLUD RSUD.
- (4) Seluruh penerimaan pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 6

Biaya

Pasal 66

- (1) Biaya BLUD RSUD terdiri atas:
 - a. biaya operasional; dan
 - b. biaya nonoperasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya yang menjadi beban BLUD RSUD dalam rangka menjalankan tugas dan fungsinya.
- (3) Biaya nonoperasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya yang menjadi beban BLUD RSUD dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsinya.
- (4) Biaya BLUD RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan dan kegiatan pelayanan.
- (5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program, dan kegiatan.

Pasal 67

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 ayat (2) terdiri atas:
 - a. biaya pelayanan; dan
 - b. biaya umum dan administrasi.

- (2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (3) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas:
 - a. biaya pegawai;
 - b. biaya bahan;
 - c. biaya jasa pelayanan;
 - d. biaya pemeliharaan;
 - e. biaya barang dan jasa; dan
 - f. biaya pelayanan lain-lain.
- (4) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terdiri atas:
 - a. biaya pegawai;
 - b. biaya administrasi kantor;
 - c. biaya pemeliharaan;
 - d. biaya barang dan jasa;
 - e. biaya promosi; dan
 - f. biaya umum dan administrasi lain-lain.

Pasal 68

Biaya nonoperasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 ayat (3) terdiri atas:

- a. biaya bunga;
- b. biaya administrasi bank;
- c. biaya kerugian penjualan aset tetap;
- d. biaya kerugian penurunan nilai; dan
- e. biaya nonoperasional lain-lain.

Pasal 69

- (1) Seluruh pengeluaran biaya BLUD RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.

- (2) Seluruh pengeluaran biaya BLUD RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan surat perintah membayar yang dilampiri seluruh pengeluaran biaya BLUD RSUD.
- (3) Seluruh pengeluaran biaya BLUD RSUD dilaporkan kepada Walikota melalui Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah dengan surat pernyataan tanggung jawab dan/atau sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keenam Belas
Evaluasi dan Penilaian Kinerja
Pasal 70

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD RSUD dilakukan setiap tahun oleh Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan nonkeuangan.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan BLUD RSUD sebagaimana ditetapkan dalam Renstra Bisnis dan RBA.

Pasal 71

Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 ayat (1) dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD RSUD dalam hal:

- a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan;
- b. memnuhi kewajiban jangka pendeknya;
- c. memenuhi seluruh kewajibannya; dan
- d. kemampuan menerima dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.

Pasal 72

Evaluasi dan penilaian kinerja nonkeuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 ayat (1) dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

BAB IV
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 73

Peraturan Internal Staf Medis dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja agar Staf Medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis dan keselamatan pasien sebagaimana yang diharapkan.

Pasal 74

Peraturan Internal Staf Medis mempunyai tujuan:

- a. mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di BLUD RSUD lebih terjamin dan terlindungi;
- b. mengatur penyelenggaraan komite medik di BLUD RSUD dalam rangka peningkatan profesionalisme Staf Medis;
- c. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien;
- d. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi Staf Medis guna menjamin mutu pelayanan;
- e. menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut Staf Medis; dan
- f. mengontrol dan menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai Staf Medis sesuai dengan kebijakan pemilik serta ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 75

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis yang baik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 huruf a, semua pelayanan medis yang dilakukan oleh setiap Staf Medis di BLUD RSUD dilakukan atas Penugasan Klinis Direktur.

- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemberian Kewenangan Klinis oleh Direktur melalui penerbitan surat Penugasan Klinis kepada Staf Medis yang bersangkutan.
- (3) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diterbitkan oleh Direktur setelah mendapat rekomendasi dari komite medik.
- (4) Dalam keadaan darurat Direktur dapat memberikan surat Penugasan Klinis tanpa rekomendasi komite medik.
- (5) Rekomendasi komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan setelah dilakukan Kredensial.

Bagian Kedua

Staf Medis

Paragraf 1

Staf Medis Fungsional

Pasal 76

- (1) Untuk menjadi Staf Medis Fungsional BLUD RSUD harus memiliki:
 - a. kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. surat tanda registrasi; dan
 - c. surat izin praktik.
- (2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Staf Medis harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang laik untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya serta memiliki perilaku, moral, dan etik yang baik.
- (3) Staf Medis Fungsional BLUD RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas:
 - a. Staf Medis Fungsional Aparatur Sipil Negara;
 - b. Staf Medis Fungsional Non Aparatur Sipil Negara; dan
 - c. Staf Medis tamu.
- (4) Staf Medis Fungsional Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a yaitu dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang merupakan pegawai Aparatur Sipil Negara yang bekerja untuk dan atas nama BLUD RSUD serta bertanggung jawab kepada Direktur.

- (5) Staf Medis Fungsional non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b, yaitu dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang berstatus tenaga kontrak/BLUD dan yang telah terikat perjanjian kerja dengan BLUD RSUD.
- (6) Staf Medis Fungsional non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis Fungsional BLUD RSUD apabila telah menyelesaikan masa kerja sesuai dengan perjanjian atau berhenti atas persetujuan bersama.
- (7) Staf Medis Fungsional non Aparatur Sipil Negara yang telah menyelesaikan masa kerja sesuai dengan perjanjian sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dapat bekerja kembali setelah menandatangani perjanjian kerja baru dengan pihak BLUD RSUD.
- (8) Staf Medis tamu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, yaitu dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis, yang berasal dari luar BLUD RSUD yang karena reputasi dan/atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medik yang ada di BLUD RSUD atau untuk melaksanakan tugas suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Paragraf 2

Masa Kerja Staf Medis Fungsional

Pasal 77

- (1) Masa kerja Staf Medis Fungsional Aparatur Sipil Negara yaitu sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Masa kerja Staf Medis Fungsional non Aparatur Sipil Negara dan Staf Medis tamu sesuai dengan perjanjian dan/atau Keputusan Direktur.

Pasal 78

- (1) Staf Medis Fungsional Aparatur Sipil Negara yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Fungsional atau Staf Medis tamu sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan tenaganya masih dibutuhkan oleh BLUD RSUD.

- (2) Untuk dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Fungsional non Aparatur Sipil Negara atau diangkat kembali sebagai Staf Medis tamu, harus terlebih dahulu mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan tersebut.
- (3) Dalam pengambilan keputusan untuk menerima atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur meminta komite medik untuk melakukan kajian kompetensi calon staf medik melalui Subkomite Kredensial Staf Medis.

Paragraf 3

Kelompok Staf Medis

Pasal 79

- (1) Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (2) huruf a dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Semua staf medis yang melaksanakan praktik kedokteran pada unit-unit pelayanan BLUD RSUD termasuk unit-unit pelayanan yang melakukan kerja sama operasional dengan BLUD RSUD, wajib menjadi anggota Kelompok Staf Medis
- (3) Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggota kelompoknya untuk masa bakti tertentu.
- (4) Ketua Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dijabat oleh dokter Aparatur Sipil Negara atau dokter Non Aparatur Sipil Negara.
- (5) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional Aparatur Sipil Negara diatur dengan mekanisme yang disusun oleh komite medik dengan persetujuan Direktur.
- (6) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yaitu 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.
- (7) Pembentukan Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri atas 2 (dua) dokter dengan bidang keahlian/ilmu yang sama.

- (8) 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 kewenangannya.
- (9) Kenggotaan Kelompok Staf Medis merupakan hak khusus yang dapat diberikan kepada dokter yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar, dan persyaratan yang ditentukan.
- (10) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (9) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi, dan pandangan politisnya.
- (11) Dalam melaksanakan tugas Kelompok Staf Medis dikelompokkan berdasarkan keahlian dan banyaknya sumber daya yang tersedia.
- (12) Kelompok Staf Medis berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan.

Pasal 80

Dalam melaksanakan fungsinya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 79 ayat (11) Kelompok Staf Medis mempunyai tugas:

- a. melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan berdasarkan kaidah-kaidah keselamatan pasien dan melakukan evaluasi terhadap panduan praktik klinik/alur klinik protokol klinis.
- b. panduan praktik klinik/alur klinik protokol klinis harus memenuhi kriteria:
 1. sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi rumah sakit;
 2. disesuaikan dengan teknologi, obat, sumber daya lain di rumah sakit atau norma professional yang berlaku secara nasional;
 3. Dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang;
 4. disetujui resmi atau digunakan oleh rumah sakit;

5. dilaksanakan dan diukur terhadap efektivitasnya; dan
 6. dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman dan alur proses pelayanan pasien;
- c. secara berkala diperbaharui berdasar bukti dan evaluasi dari proses dan hasil proses.
 - d. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promoti, preventif, kuratif, dan rehabilitatif;
 - e. membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu, dan akurat;
 - f. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan;
 - g. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran; dan
 - h. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 81

Tanggung jawab Kelompok Staf Medis Fungsional meliputi:

- a. melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- b. memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- c. memberikan masukan melalui ketua komite medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
- d. memberikan laporan secara teratur paling sedikit 1 (satu) kali setiap tahun melalui ketua komite medik kepada Direktur atau Kepala Bidang Pelayanan tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
- e. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen yang terkait.

Pasal 82

Kewajiban Kelompok Staf Medis meliputi:

- a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial, dan pelayanan medik;

- b. menyusun indikator mutu klinis; dan
- c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

Pasal 83

- (1) Terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi Kelompok Staf Medis dilakukan penilaian kinerja oleh Direktur.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh komite medik.
- (3) Kelompok Staf Medis yang memberikan pelayanan medik dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggung jawab komite medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Paragraf 4

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 84

- (1) Pembinaan dan pengawasan Staf Medis Fungsional dilakukan oleh Direktur melalui komite medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan anggota Staf Medis Fungsional dilakukan oleh Kepala Bidang Pelayanan melalui ketua Kelompok Staf Medis Fungsional dari masing-masing kelompok.

Paragraf 5

Sanksi Administratif

Pasal 85

- (1) Seluruh Staf Medis Fungsional BLUD RSUD yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan, aturan rumah sakit, klausul-klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (2) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. administratif;

- b. teguran lisan;
 - c. teguran tertulis;
 - d. penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - e. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis Fungsional Aparatur Sipil Negara; atau
 - f. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Fungsional Non Aparatur Sipil Negara yang masih berada dalam masa perjanjian kerja.
- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Badan Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - (4) Pelanggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan oleh Direktur kepada Badan Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia setelah mendengar pendapat komite medik dalam hal ini subkomite etika dan disiplin profesi medis dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.
 - (5) Dalam hal Staf Medis Fungsional tidak dapat menerima sanksi maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari kerja sejak diterimanya surat keputusan dari Badan Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia.
 - (6) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari kerja sejak diterimanya surat sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

Bagian Ketiga
Kewenangan Klinis
Pasal 86

- (1) Pelayanan medis, pendidikan dokter/dokter gigi/dokter spesialis dan penelitian kedokteran hanya boleh dilakukan oleh Staf Medis yang telah diberikan Kewenangan Klinis.
- (2) Pemberian dan perubahan Kewenangan Klinis Staf Medis ditetapkan atas rekomendasi komite medik dan disahkan oleh Direktur.

- (3) Mekanisme pemberian dan perubahan Kewenangan Klinis Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diatur dalam tata laksana penetapan Kewenangan Klinis dan daftar perincian Kewenangan Klinis Staf Medis dari komite medik.

Pasal 87

Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut.

Pasal 88

- (1) Dalam hal menghendaki agar Kewenangan Klinisnya diperluas maka Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi komite medik berdasarkan masukan dari subkomite Kredensial.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 89

Kewenangan Klinis sementara dapat diberikan kepada dokter tamu atau dokter pengganti dengan memperhatikan masukan dari komite medik.

Pasal 90

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis rumah sakit diberikan Kewenangan Klinis untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar Kewenangan Klinis yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Keempat

Penugasan Klinis

Pasal 91

- (1) Pemberian Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 ayat (2) diberikan Direktur melalui penerbitan surat Penugasan Klinis.
- (2) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Staf Medis sebagai dasar untuk melakukan pelayanan medis di BLUD RSUD.
- (3) Berdasarkan surat Penugasan Klinis seorang Staf Medis tergabung menjadi anggota kelompok Staf Medis yang memiliki Kewenangan Klinis untuk melakukan pelayanan medis di BLUD RSUD.
- (4) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri Penugasan Klinis seorang Staf Medis berdasarkan pertimbangan komite medik atau alasan tertentu.
- (5) Dengan dibekukan atau diakhirinya Penugasan Klinis seorang Staf Medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medik di BLUD RSUD.

Pasal 92

Direktur dapat memberikan surat Penugasan Klinis sementara kepada dokter tamu atau dokter pengganti.

Pasal 93

Dalam keadaan darurat atau bencana yang menimbulkan banyak korban, semua Staf Medis Fungsional BLUD RSUD dapat diberikan Kewenangan Klinis oleh Direktur untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar Kewenangan Klinis yang dimilikinya sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Kelima

Kredensial

Pasal 94

- (1) Rekomendasi dari komite medik untuk pemberian Kewenangan Klinis dilakukan melalui proses Kredensial.
- (2) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya BLUD RSUD dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh Staf Medis yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (3) Kredensial dilakukan terhadap seluruh Staf Medis Fungsional.
- (4) BLUD RSUD wajib melakukan proses Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk memverifikasi keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan Kewenangan Klinis agar yang bersangkutan bisa melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi.
- (5) Upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan cara mengatur agar setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh Staf Medis yang benar-benar memiliki kompetensi.
- (6) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi 2 (dua) aspek yaitu:
 - a. kompetensi profesi medis yang terdiri atas pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional; dan
 - b. kompetensi fisik dan mental.

Pasal 95

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

Bagian Keenam

Rekredensial

Pasal 96

- (1) Staf Medis Fungsional harus mengajukan ulang surat permohonan Kewenangan Klinis paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum surat Penugasan Klinis habis masa berlakunya.
- (2) Permohonan ulang surat Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan kepada Direktur.
- (3) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) BLUD RSUD melalui Subkomite Kredensial Staf Medis Fungsional harus melakukan Rekredensial terhadap Staf Medis yang bersangkutan.
- (4) Mekanisme dan proses Rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sama dengan mekanisme dan proses Kredensial.
- (5) Proses Rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) menghasilkan rekomendasi komite medik kepada Direktur berupa:
 - a. Kewenangan Klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. Kewenangan Klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. Kewenangan Klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. Kewenangan Klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. Kewenangan Klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - f. Kewenangan Klinis yang bersangkutan diakhiri.

Pasal 97

- (1) Mekanisme Kredensial dan Rekredensial di BLUD RSUD merupakan tanggung jawab komite medik.
- (2) Proses Kredensial dan Rekredensial dilaksanakan oleh Subkomite Kredensial Staf Medis.

Bagian Ketujuh

Komite Medik

Paragraf 1

Umum

Pasal 98

Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.

Paragraf 2

Pembentukan Komite Medik

Pasal 99

- (1) Komite medik merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk di BLUD RSUD oleh Direktur.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari Staf Medis.
- (3) Pembentukan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Komite medik mempunyai masa kerja selama 3 (tiga) tahun yang berkedudukan di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Paragraf 3

Susunan Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 100

- (1) Susunan organisasi komite medik terdiri atas:
 - a. ketua;

- b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (2) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya dapat terdiri atas:
- a. ketua dan sekretaris tanpa subkomite; atau
 - b. ketua, sekretaris, dan anggota subkomite.

Pasal 101

- (1) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah Staf Medis di BLUD RSUD.

Pasal 102

- (1) Ketua komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis yang bekerja di BLUD RSUD.
- (2) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis yang bekerja di BLUD RSUD.

Pasal 103

- (1) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
- a. subkomite Kredensial yang bertugas menapis profesionalisme Staf Medis;
 - b. subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme Staf Medis; dan

- c. subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis.

Paragraf 4

Tugas, Fungsi, dan Wewenang

Pasal 104

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme Staf Medis yang bekerja di BLUD RSUD dengan cara:
 - a. melakukan Kredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis di BLUD RSUD;
 - b. memelihara mutu profesi Staf Medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas Kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis berdasarkan 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/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon Kewenangan Klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian Kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada komite medik;
 - g. melakukan proses Rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan surat Penugasan Klinis.

- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan Audit Medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan bagi Staf Medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan Staf Medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di BLUD RSUD; dan
 - d. pemberian nasihat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 105

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
- b. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut Audit Medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan; dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 5

Hubungan Komite Medik dengan Direktur

Pasal 106

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

Pasal 107

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

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

Paragraf 6

Panitia Ad hoc

Pasal 108

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia ad hoc.
- (2) Panitia ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (3) Panitia ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari Staf Medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Staf Medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Paragraf 7
Pembinaan dan Pengawasan
Pasal 109

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite medik dilakukan oleh badan-badan yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di BLUD RSUD.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggung jawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

Paragraf 8
Rapat Komite Medik
Pasal 110

- (1) Mekanisme pengambilan keputusan komite medik berdasarkan pendekatan berbasis bukti.
- (2) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melalui rapat komite medik dan subkomite.
- (3) Mekanisme, jenis, dan pelaksanaan rapat tersebut diatur lebih lanjut dalam tata laksana rapat pengambilan keputusan komite medik.

Bagian Kedelapan
Subkomite Kredensial
Pasal 111

- (1) Subkomite Kredensial bertujuan untuk:
 - a. mendapatkan dan memastikan Staf Medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di BLUD RSUD;

- b. menyusun Kewenangan Klinis bagi setiap Staf Medis;
 - c. memberikan rekomendasi kepada Direktur sebagai dasar penerbitan Penugasan Klinis; dan
 - d. menjaga reputasi dan kredibilitas Staf Medis dan institusi BLUD RSUD.
- (2) Subkomite Kredensial terdiri atas:
- a. ketua subkomite Kredensial;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota.
- (3) Subkomite Kredensial bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Kesembilan
Subkomite Mutu Profesi
Pasal 112

- (1) Subkomite mutu profesi bertujuan untuk:
- a. membentuk dan memastikan Staf Medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
 - b. memberikan asas keadilan bagi Staf Medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi dan Kewenangan Klinis;
 - c. mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan; dan
 - d. memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh Staf Medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus.
- (2) Subkomite mutu terdiri atas:
- a. ketua subkomite mutu;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota;
- (3) Mekanisme kerja subkomite mutu profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
- a. tata kelola klinis;
 - b. Audit Medis;
 - c. pembahasan kasus kematian;
 - d. pembahasan kasus sulit;

- e. penggunaan bukti untuk mendukung keputusan; dan
 - f. pendampingan profesi medis.
- (4) Subkomite mutu profesi bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Kesepuluh
Subkomite Etika dan Disiplin Profesi
Pasal 113

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi bertujuan untuk:
- a. melindungi pasien dari pelayanan Staf Medis yang tidak memenuhi syarat dan tidak layak untuk melakukan asuhan klinis; dan
 - b. memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme Staf Medis di rumah sakit.
- (2) Subkomite etika dan disiplin profesi terdiri atas:
- a. ketua subkomite etika dan disiplin profesi;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota.
- (3) Mekanisme kerja subkomite etika dan disiplin profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
- a. pendisiplinan perilaku profesional;
 - b. pembinaan profesionalisme kedokteran; dan
 - c. pertimbangan keputusan etik.
- (4) Subkomite etika dan disiplin profesi bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Kesebelas
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis
Pasal 114

- (1) Staf Medis melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis masing-masing dalam tata kelola klinis rumah sakit.
- (2) Tata kelola klinis BLUD RSUD merupakan sistem penjaminan mutu layanan di rumah sakit.
- (3) Tata kelola klinis rumah sakit disusun oleh Wakil Direktur pelayanan ditetapkan serta disahkan oleh Direktur.

- (4) Tata kelola klinis Staf Medis fungsional disusun oleh ketua Staf Medis fungsional ditetapkan dan disahkan penerapannya oleh Direktur.
- (5) Pelaksanaan tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan (4) untuk Staf Medis diatur lebih lanjut dalam bentuk tata kelola klinis.
- (6) Tata kelola klinis disusun oleh wakil bidang pelayanan bersama para Staf Medis fungsional ditetapkan dan disahkan oleh Direktur.

Bagian Kedua Belas

Mitra Bestari

Pasal 115

- (1) Staf Medis dalam Mitra Bestari pada tidak terbatas dari Staf Medis yang ada di BLUD RSUD, tetapi dapat juga berasal dari luar BLUD RSUD yaitu perhimpunan dokter spesialis (kolegium) atau dari fakultas kedokteran.
- (2) Direktur dapat membentuk panitia ad hoc yang terdiri atas Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk menjalankan fungsi Kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakan disiplin dan etika profesi di BLUD RSUD berdasarkan permohonan komite medik.

Bagian Ketiga Belas

Informasi Medis

Paragraf 1

Hak dan Kewajiban BLUD RSUD

Pasal 116

- (1) BLUD RSUD berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis.
- (2) BLUD RSUD wajib menyimpan rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Rekam medis dapat diberikan kepada:
 - a. pasien ataupun pihak lain atas izin pasien secara tertulis; dan
 - b. pengadilan untuk kepentingan peradilan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2
Hak dan Kewajiban Dokter Rumah Sakit
Pasal 117

- (1) Dokter BLUD RSUD berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya.
- (2) Dokter BLUD RSUD berkewajiban untuk:
 - a. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
 - b. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, etika, dan hukum profesi kedokteran.

Paragraf 3
Hak dan Kewajiban Pasien Rumah Sakit
Pasal 118

- (1) Pasien BLUD RSUD berhak untuk:
 - a. memperoleh informasi tentang tata tertib dan peraturan di BLUD RSUD;
 - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - c. memperoleh layanan 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 keinginannya dan peraturan yang berlaku di BLUD RSUD;
 - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai surat izin praktik baik di dalam maupun di luar BLUD RSUD;
 - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya 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;
 - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di BLUD RSUD;
 - o. mengajukan usul, saran, perbaikan, atas perlakuan BLUD RSUD terhadap dirinya;
 - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 - q. menggugat dan/atau menuntut BLUD RSUD apabila BLUD RSUD diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana;
 - r. mengeluhkan pelayanan BLUD RSUD yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (2) Pasien BLUD RSUD berkewajiban untuk:
- a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya; dan
 - b. menaati seluruh prosedur di BLUD RSUD;

BAB V

PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 119

- (1) Peraturan internal staf keperawatan merupakan peraturan penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan mekanisme tata kerja Komite Keperawatan.

- (2) Peraturan internal staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan sebagai acuan dan dasar hukum yang sah bagi Komite Keperawatan dan Direktur dalam pengambilan keputusan tentang staf keperawatan.

Pasal 120

- (1) Penyusunan Peraturan internal staf keperawatan ini mempunyai maksud agar Komite Keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme Kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi.
- (2) Peraturan internal staf keperawatan disusun dengan tujuan:
 - a. mengorganisir staf keperawatan BLUD RSUD secara baik dan memiliki peran tugas kewenangan yang jelas;
 - b. mewujudkan profesionalisme perawat;
 - c. mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan;
 - d. menegakkan etika dan disiplin profesi keperawatan; dan
 - e. memberikan dasar hukum bagi Mitra Bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Keperawatan.

Bagian Kedua

Staf Keperawatan

Paragraf 1

Kelompok Staf Keperawatan

Pasal 121

- (1) Kelompok staf keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (2) huruf b merupakan kelompok perawat dan bidan yang bekerja di bidang keperawatan dan/atau kebidanan dalam jabatan fungsional.
- (2) elompok staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas mendukung proses pengobatan, pencegahan akibat penyakit, pelatihan, penelitian, dan pengembangan.

- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kelompok staf keperawatan menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi lain yang terkait.
- (4) Kelompok staf keperawatan dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Ketua kelompok staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional keperawatan/kebidanan terkait.
- (6) Pembentukan dan perubahan kelompok staf keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 2

Hak dan Kewajiban Staf Keperawatan

Pasal 122

- (1) Staf keperawatan dalam menjalankan tugas profesi/praktik keperawatan di BLUD RSUD bertanggung jawab profesi dan hukum secara mandiri.
- (2) Staf keperawatan secara administratif manajerial bertanggung jawab kepada bidang pelayanan melalui seksi keperawatan dan secara teknis profesi bertanggung jawab kepada Komite Keperawatan.
- (3) Hak staf keperawatan:
 - a. memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya;
 - b. mengembangkan diri melalui kemampuan spesialisasi sesuai latar belakang pendidikannya;
 - c. menolak keinginan klien/pasien yang bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan serta standar profesi dan kode etik profesi;
 - d. mendapatkan informasi lengkap dari klien/pasien yang tidak puas terhadap pelayanannya;
 - e. meningkatkan pengetahuan berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang keperawatan/kebidanan/kesehatan secara terus menerus;
 - f. diperlakukan adil dan jujur oleh BLUD RSUD maupun klien/pasien dan/atau keluarganya;
 - g. mendapatkan jaminan perlindungan terhadap risiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya;

- h. diikutsertakan dalam penyusunan/penetapan kebijakan pelayanan kesehatan di BLUD RSUD;
 - i. diperhatikan privasinya dan berhak menuntut apabila nama baiknya dicemarkan oleh klien/pasien dan/atau keluarganya serta tenaga kesehatan lain;
 - j. menolak pihak lain yang memberi anjuran/permintaan tertulis untuk melakukan tindakan yang bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, standar profesi, dan kode etik profesi;
 - k. mendapatkan penghargaan imbalan yang layak dari jasa profesinya sesuai peraturan/ketentuan di BLUD RSUD; dan/atau
 - l. memperoleh kesempatan mengembangkan karir sesuai bidang profesinya.
- (4) Kewajiban staf keperawatan:
- a. mematuhi semua ketentuan peraturan BLUD RSUD;
 - b. menghormati hak-hak klien atau pasien;
 - c. merujuk klien atau pasien kepada perawat lain atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik;
 - d. memberikan kesempatan kepada klien/pasien agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarganya dan dapat menjalankan ibadah sesuai dengan agama atau keyakinannya sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan pelayanan kesehatan;
 - e. bekerja sama dengan tenaga medis/tenaga kesehatan lain yang terkait dalam memberikan pelayanan kesehatan/asuhan keperawatan/kebidanan kepada klien/pasien;
 - f. memberikan informasi tentang tindakan keperawatan/kebidanan kepada klien/pasien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya;
 - g. membuat dokumen asuhan keperawatan/kebidanan secara akurat dan berkesinambungan;
 - h. meningkatkan mutu pelayanan keperawatan/kebidanan sesuai standar profesi keperawatan atau kebidanan dan kepuasan klien/pasien;

- i. mengikuti perkembangan ilmu keperawatan/kebidanan secara terus menerus;
- j. melakukan pertolongan darurat sebagai tugas perikemanusiaan sesuai dengan batas kewenangannya; dan/atau
- k. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang klien/pasien bahkan juga setelah klien/pasien tersebut meninggal, kecuali jika diminta keterangannya oleh pihak yang berwenang.

Paragraf 3

Tugas dan Fungsi Staf Keperawatan

Pasal 123

- (1) Tugas staf keperawatan:
 - a. melaksanakan kegiatan profesi yang terkait dengan asuhan keperawatan dan/atau asuhan kebidanan;
 - b. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan/pelatihan berkelanjutan;
 - c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, serta standar etika dan disiplin yang sudah ditetapkan; dan
 - d. menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator kinerja.
- (2) Fungsi staf keperawatan secara perorangan yaitu sebagai pelaksana pelayanan asuhan keperawatan dan/atau asuhan kebidanan, Pendidikan, dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang keperawatan.

Bagian Ketiga

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 124

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf keperawatan yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi bidang pelayanan melalui seksi keperawatan dan Komite Keperawatan.

- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pembinaan dan pengawasan Kewenangan Klinis, mutu profesi disiplin profesi, etika profesi, disiplin pegawai, dan motivasi kerja.
- (3) Pembinaan dan pengawasan Kewenangan Klinis, mutu profesi, disiplin profesi, dan etika profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh Komite Keperawatan.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan disiplin pegawai dan motivasi kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh bidang pelayanan melalui seksi keperawatan.

Pasal 125

- (1) Pembinaan dan pengawasan terkait Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 125 ayat (2) dilakukan dengan investigasi.
- (2) Rekomendasi hasil investigasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa:
 - a. pemberian teguran tertulis pembatasan Kewenangan Klinis, paling lama 3 (tiga) bulan untuk pelanggaran ringan;
 - b. pembatasan Kewenangan Klinis, paling lama 6 (enam) bulan untuk pelanggaran sedang;
 - c. pembatasan Kewenangan Klinis, paling lama 1 (satu) tahun untuk pelanggaran berat.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terkait mutu profesi, disiplin profesi, dan etika profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 125 ayat (2) dilakukan dengan audit keperawatan, yang diarahkan untuk:
 - a. meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan oleh staf keperawatan;
 - b. meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf keperawatan; dan
 - c. melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf keperawatan.

Pasal 126

Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan, dan penjatuhan sanksi terhadap staf keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keempat

Mitra Bestari

Pasal 127

- (1) Untuk membantu Komite Keperawatan melakukan Kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakan disiplin dan etika profesi BLUD RSUD dapat membentuk Mitra Bestari.
- (2) Mitra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari internal atau dari eksternal BLUD RSUD.
- (3) Mitra Bestari dari eksternal BLUD RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berasal dari:
 - a. rumah sakit lain;
 - b. perhimpunan perawat spesialis;
 - c. kolegium perawat spesialis; dan/atau
 - d. institusi pendidikan keperawatan.
- (4) Mitra Bestari dapat ditunjuk sebagai panitia ad hoc.
- (5) Penunjukan Mitra Bestari sebagai panitia ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usulan Ketua Komite Keperawatan.

Bagian Kelima

Kewenangan Klinis

Pasal 128

- (1) Asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi Kewenangan Klinis melalui proses Kredensial kepada staf keperawatan berdasarkan kategori jenjang klinis keperawatan.

- (2) Jenjang klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. jenjang perawat klinik I;
 - b. jenjang perawat klinik II;
 - c. jenjang perawat klinik III;
 - d. jenjang perawat klinik IV; dan
 - e. jenjang perawat klinik V.
- (3) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada staf keperawatan berdasarkan pertimbangan:
 - a. tinjauan atau telaah hasil proses Kredensial berupa surat rekomendasi;
 - b. standar profesi dari organisasi profesi;
 - c. standar pendidikan; dan
 - d. standar kompetensi dari kolegium.
- (4) Dalam keadaan tertentu Kewenangan Klinis dapat diberikan kepada staf keperawatan dengan melihat kondisi yang meliputi:
 - a. Kewenangan Klinis sementara;
 - b. Kewenangan Klinis dalam keadaan darurat; dan/atau
 - c. Kewenangan Klinis bersyarat.
- (5) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dijabarkan dalam buku putih.
- (6) Buku putih sebagaimana dimaksud ayat (5) disusun oleh panitia ad hoc yang dibentuk oleh Komite Keperawatan dengan melibatkan Mitra Bestari.
- (7) Rincian Kewenangan Klinis dan jenjang klinis tenaga keperawatan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Pasal 129

- (1) Rincian Kewenangan Klinis dan syarat-syarat kompetensi setiap jenis pelayanan keperawatan yang disebut buku putih ditetapkan oleh Komite Keperawatan dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (2) Untuk mendapatkan Kewenangan Klinis staf keperawatan dan/atau kepala seksi keperawatan mengajukan secara tertulis kepada Direktur.

- (3) Komite Keperawatan menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses Kredensial kepada staf keperawatan sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi Kewenangan Klinis staf keperawatan.
- (4) Rekomendasi Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berupa:
 - a. rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis;
 - b. tidak diberi rekomendasi; dan
 - c. rekomendasi dengan syarat.
- (5) Dalam hal dijumpai kesulitan menentukan Kewenangan Klinis dan/atau apabila suatu pelayanan keperawatan dapat dilakukan oleh staf keperawatan dari jenis spesialisasi yang berbeda maka untuk pelayanan keperawatan tertentu Komite Keperawatan dapat meminta informasi atau pendapat dari Mitra Bestari.

Pasal 130

- (1) Kewenangan klinis staf keperawatan terdiri atas:
 - a. Kewenangan Klinis umum;
 - b. Kewenangan Klinis khusus; dan
 - c. Kewenangan Klinis istimewa.
- (2) Kewenangan Klinis umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi yang dimiliki dan sesuai jenjang keperawatan klinis yang dimiliki.
- (3) Kewenangan Klinis khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan area kerja/penugasan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Kewenangan Klinis istimewa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c diberikan kepada tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi tertentu yang dimiliki oleh tenaga keperawatan dengan mempertimbangkan risiko pelayanan dan teknologi yang digunakan.
- (5) Setiap tenaga keperawatan dapat memiliki lebih dari 1 (satu) jenis Kewenangan Klinis sesuai kompetensi dan kebutuhan pelayanan BLUD RSUD.

Pasal 131

Kewenangan Klinis seorang staf keperawatan dapat dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit, atau dicabut oleh Direktur.

Pasal 132

- (1) Dalam hal staf keperawatan menghendaki agar Kewenangan Klinisnya diperluas maka yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur meminta Komite Keperawatan untuk melakukan Rekredensial.
- (3) Direktur berwenang menyetujui atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (4) Persetujuan permohonan perluasan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dituangkan pada Penugasan Klinis dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.
- (5) Penolakan permohonan perluasan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditandatangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.

Bagian Keenam

Penugasan Klinis

Pasal 133

- (1) Komite keperawatan mengusulkan kepada Direktur untuk diberikan surat Penugasan Klinis kepada staf keperawatan sesuai dengan Kewenangan Klinis berdasarkan hasil Kredensial.

- (2) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat Kewenangan Klinis yang diberikan kepada seorang staf keperawatan dan tempat yang bersangkutan untuk dapat melaksanakan tugas.
- (3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengeluarkan surat pengakhiran Penugasan Klinis staf keperawatan atas rekomendasi subkomite etik dan disiplin profesi melalui Ketua Komite Keperawatan.
- (4) Dalam hal teknis pengajuan dan penerbitan surat Penugasan Klinis, Komite Keperawatan dibantu oleh subbagian kepegawaian.
- (5) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 134

- (1) Penugasan Klinis seorang staf keperawatan hanya dapat ditetapkan apabila:
 - a. mempunyai surat izin praktik dan surat tanda registrasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. memenuhi syarat sebagai staf keperawatan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan kesehatan dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal BLUD RSUD;
 - c. bersedia memenuhi segala permintaan BLUD RSUD yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan keperawatan dengan mengacu pada standar operasioanal prosedur, dan standar administrasi yang berlaku di BLUD RSUD; dan
 - d. bersedia mematuhi etika keperawatan yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat, dan diri sendiri.
- (2) Penugasan Klinis berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (3) Penugasan Klinis dapat berakhir sebelum waktunya dalam hal:
 - a. izin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku;

- b. kondisi fisik atau mental staf keperawatan yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan keperawatan;
- c. staf keperawatan tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam Kewenangan Klinis yang dicantumkan dalam Penugasan Klinis;
- d. staf keperawatan telah melakukan tindakan yang tidak profesional atau perilaku menyimpang lainnya;
- e. staf keperawatan diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan; dan/atau
- f. staf keperawatan diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan memasuki usia pensiun dan/atau mengakhiri kontrak dengan BLUD RSUD dengan mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

Bagian Ketujuh
Komite Keperawatan
Paragraf 1
Kedudukan Komite Keperawatan
Pasal 135

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri atas tenaga keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.
- (3) Komite Keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas, fungsi, dan wewenang Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 2
Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan
Pasal 136

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri atas:
 - a. ketua;

- b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:
- a. subkomite Kredensial;
 - b. subkomite mutu; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
- (4) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di BLUD RSUD.
- (5) Pengangkatan dan pemberhentian anggota Komite Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 137

- (1) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 137 ayat (2) huruf a bertugas merekomendasikan Kewenangan Klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (2) Subkomite mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 137 ayat (2) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (3) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 137 ayat (2) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Paragraf 3

Tugas, Fungsi, dan Wewenang Komite Keperawatan

Pasal 138

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dengan cara:
- a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di BLUD RSUD;

- b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi Kredensial, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
- 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;
 - f. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Direktur melalui Ketua Komite Keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. meromendasikan perencanaan pengembangan profesi berkelanjutan kepada tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- 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 pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

Pasal 139

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:

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

Paragraf 4

Panitia Ad hoc

Pasal 140

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia ad hoc.
- (2) Panitia ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Keperawatan.
- (3) Panitia ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, organisasi profesi perawat, organisasi profesi bidan, dan/atau institusi pendidikan keperawatan dan institusi pendidikan kebidanan.

Paragraf 5

Pembinaan dan Pengawasan Komite Keperawatan

Pasal 141

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Keperawatan dilakukan oleh Dewan Pengawas dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

Pasal 142

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 142 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Keperawatan dalam rangka menjamin mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta keselamatan pasien di BLUD RSUD.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

Paragraf 6

Rapat-Rapat Komite Keperawatan

Pasal 143

- (1) Rapat Komite Keperawatan diselenggarakan untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan keprofesian tenaga keperawatan sesuai tugas dan kewajibannya.
- (2) Rapat Komite Keperawatan terdiri atas:
 - a. rapat rutin; dan
 - b. rapat khusus.
- (3) Peserta rapat Komite Keperawatan terdiri atas Anggota Komite Keperawatan dan apabila diperlukan dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang terkait dengan agenda rapat, baik internal maupun eksternal BLUD RSUD yang ditentukan oleh Komite Keperawatan.

- (4) Setiap rapat Komite Keperawatan dibuat risalah rapat.
- (5) Mekanisme pelaksanaan rapat Komite Keperawatan diatur dalam pedoman rapat Komite Keperawatan.

Bagian Kedelapan

Subkomite Kredensial

Paragraf 1

Pengorganisasian Subkomite Kredensial

Pasal 144

- (1) Subkomite Kredensial berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.
- (2) Anggota subkomite Kredensial terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki Penugasan Klinis.
- (3) Pengorganisasian Subkomite Kredensial terdiri atas ketua, sekretaris, dan anggota.

Paragraf 2

Tugas dan Wewenang Subkomite Kredensial

Pasal 145

- (1) Tugas Subkomite Kredensial yaitu:
 - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
 - b. menyusun buku putih yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan untuk melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar kompetensinya; dan
 - c. menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial dari bagian sumber daya manusia.
- (2) Wewenang Subkomite Kredensial yaitu:
 - a. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - b. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - c. membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke bidang keperawatan dan disahkan oleh Direktur.

Paragraf 2
Kredensial dan Rekredensial
Pasal 146

- (1) Instrumen Kredensial dan Rekredensial terdiri atas:
 - a. daftar rincian Kewenangan Klinis setiap spesialisasi;
 - b. buku putih untuk setiap pelayanan keperawatan; dan
 - c. daftar Mitra Bestari.
- (2) Proses Kredensial dan Rekredensial meliputi pemeriksaan dan pengkajian elemen:
 - a. kompetensi:
 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi;
 2. kognitif;
 3. afektif; dan
 4. psikomotor.
 - b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. perilaku etis.
- (3) Proses Kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur dan terdokumentasi.
- (4) Dalam melakukan pengkajian dapat membentuk panel, panitia ad hoc atau melibatkan Mitra Bestari.
- (5) Hasil Kredensial berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf keperawatan.

Pasal 147

- (1) Rekredensial terhadap staf keperawatan dilakukan dalam hal:
 - a. Penugasan Klinis yang dimiliki oleh staf keperawatan telah habis masa berlakunya;
 - b. staf keperawatan yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya; dan/atau
 - c. staf keperawatan yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.

- (2) Rekomendasi hasil Rekredensial berupa:
- a. Kewenangan Klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. Kewenangan Klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. Kewenangan Klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. Kewenangan Klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. Kewenangan Klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; atau
 - f. Kewenangan Klinis yang bersangkutan diakhiri.

Bagian Kesembilan

Subkomite Mutu

Paragraf 1

Pengorganisasian Subkomite Mutu Profesi

Pasal 148

- (1) Subkomite mutu profesi berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.
- (2) Anggota subkomite mutu profesi terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki Penugasan Klinis.
- (3) Pengorganisasian subkomite mutu profesi terdiri atas ketua, sekretaris, dan anggota.

Paragraf 2

Tugas Subkomite Mutu Profesi

Pasal 149

Subkomite mutu profesi mempunyai tugas:

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

Paragraf 3
Audit Keperawatan
Pasal 150

- (1) Audit keperawatan dilakukan secara sistemik yang melibatkan Mitra Bestari terhadap pelayanan keperawatan di BLUD RSUD.
- (2) Pelaksanaan audit keperawatan menggunakan catatan asuhan keperawatan dan/atau kebidanan yang dibuat oleh staf keperawatan.
- (3) Hasil dari audit keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai:
 - a. sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf keperawatan;
 - b. dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c. dasar bagi Komite Keperawatan dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis; dan
 - d. dasar bagi Komite Keperawatan dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf keperawatan.

Paragraf 4
Pendidikan Berkelanjutan
Pasal 151

- (1) Dalam rangka meningkatkan mutu profesi setiap kelompok keperawatan dapat menyelenggarakan pendidikan berkelanjutan baik yang merupakan program BLUD RSUD maupun atas permintaan staf keperawatan sebagai usulan kepada Direktur.
- (2) Pendidikan berkelanjutan dilakukan dengan:
 - a. menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing Kelompok Keperawatan;
 - b. mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus antara lain, kasus keselamatan pasien, kasus sulit, maupun kasus langka;

- c. menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf keperawatan setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
 - d. bersama-sama dengan Kelompok Keperawatan menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang melibatkan staf keperawatan sebagai narasumber dan peserta aktif;
 - e. bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian memfasilitasi kegiatan ilmiah dan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (3) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan, dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

Paragraf 5

Pendampingan

Pasal 152

- (1) Setiap staf keperawatan yang dijatuhi sanksi disiplin atau pengurangan Kewenangan Klinis berhak mendapatkan pendampingan.
- (2) Pelaksanaan pendampingan dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi staf keperawatan yang dijatuhi sanksi disiplin atau pengurangan Kewenangan Klinis.
- (3) Staf keperawatan yang akan memberikan pendampingan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan difasilitasi dan dikoordinasikan bersama bidang keperawatan.
- (5) Hasil pendampingan berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis seorang staf keperawatan.

Bagian Kesepuluh

Subkomite Etik dan Disiplin Profesi

Paragraf 1

Pengorganisasian Subkomite Disiplin Profesi

Pasal 153

- (1) Subkomite etik dan disiplin profesi berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.

- (2) Anggota subkomite etik dan disiplin profesi terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki Penugasan Klinis.
- (3) Pengorganisasian subkomite etik dan disiplin profesi terdiri atas ketua, sekretaris, dan anggota.

Paragraf 2

Tugas dan Wewenang Subkomite Etik dan Disiplin Profesi Pasal 154

Tugas subkomite etik dan disiplin profesi yaitu:

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

Pasal 155

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya subkomite etik dan disiplin profesi berwenang:

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

Paragraf 3
Pendisiplinan Profesi
Pasal 156

- (1) Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf keperawatan, antara lain:
 - a. pedoman pelayanan keperawatan di BLUD RSUD;
 - b. prosedur kerja pelayanan di BLUD RSUD;
 - c. daftar Kewenangan Klinis di BLUD RSUD;
 - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan keperawatan di BLUD RSUD;
 - e. kode etik keperawatan Indonesia;
 - f. pedoman perilaku profesional;
 - g. pedoman pelanggaran disiplin keperawatan yang berlaku di Indonesia;
 - h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
 - i. standar prosedur operasional asuhan keperawatan.
- (2) Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf keperawatan berupa:
 - a. peringatan tertulis;
 - b. limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
 - c. bekerja di bawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan keperawatan tersebut; dan
 - d. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.
- (3) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional ditetapkan oleh Komite Keperawatan.

Pasal 157

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etik dan disiplin profesi.
- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas 3 (tiga) orang staf keperawatan atau lebih dengan jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi; dan

- b. 2 (dua) orang atau lebih staf keperawatan dengan kompetensi yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam BLUD RSUD atau dari luar BLUD RSUD, baik atas permintaan Komite Keperawatan dengan persetujuan Direktur atau atas permintaan Direktur Utama rumah sakit terlapor.
- (3) Penegakan disiplin dapat juga melibatkan Mitra Bestari yang berasal dari luar BLUD RSUD.
- (4) Pengikutsertaan Mitra Bestari yang berasal dari luar BLUD RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh BLUD RSUD berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan.

Paragraf 4

Pembinaan Profesi

Pasal 158

- (1) Pembinaan profesionalisme staf keperawatan dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium atau lokakarya.
- (2) Staf keperawatan dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di BLUD RSUD kepada Komite Keperawatan melalui Ketua Kelompok Keperawatan.
- (3) Subkomite etik dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Bagian Kesebelas

Tata Kelola Klinis

Pasal 159

- (1) Semua pelayanan keperawatan dilakukan oleh setiap staf keperawatan di BLUD RSUD berdasarkan Penugasan Klinis dari Direktur.

- (2) Dalam keadaan kegawatdaruratan staf keperawatan dapat diberikan Penugasan Klinis untuk melakukan asuhan keperawatan di luar Kewenangan Klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.
- (3) Masing-masing Kelompok Keperawatan wajib membuat pedoman pelayanan keperawatan, standar prosedur operasional, dan peraturan pelaksanaan lainnya.
- (4) Kebijakan teknis operasional pelayanan keperawatan tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit ini.
- (5) Dalam melaksanakan tugas kelompok keperawatan, wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi baik di lingkungannya maupun dengan Kelompok Keperawatan lain atau instansi lain yang terkait.
- (6) Untuk menangani pelayanan keperawatan tertentu, Direktur dapat membentuk panitia atau kelompok kerja.
- (7) Setiap Ketua Kelompok Keperawatan wajib membantu bidang keperawatan serta Komite Keperawatan melakukan bimbingan, pembinaan dan pengawasan terhadap anggotanya.
- (8) Peraturan pelaksanaan tata kelola klinis pelayanan keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kedua Belas
Reviu dan Perubahan
Pasal 160

- (1) Peraturan Internal Staf Keperawatan secara berkala paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun dievaluasi, ditinjau kembali, atau disesuaikan direviu dengan perkembangan profesi keperawatan dan kondisi BLUD RSUD.
- (2) Tata cara evaluasi, ditinjau kembali, reviu dan perubahan Peraturan Internal Staf Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Kebijakan teknis operasional, standar prosedur operasional, dan peraturan pelaksanaan lainnya harus disesuaikan dengan Peraturan Internal Staf Keperawatan ini.

BAB VI
PERATURAN INTERNAL TENAGA KESEHATAN LAIN
Bagian Kesatu
Umum
Pasal 161

- (1) Peraturan internal staf tenaga kesehatan lain merupakan peraturan penyelenggaraan profesi staf tenaga kesehatan lain dan mekanisme tata kerja komite tenaga kesehatan lain.
- (2) Peraturan internal staf tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan sebagai acuan dan dasar hukum yang sah bagi komite tenaga kesehatan lain dan Direktur dalam pengambilan keputusan tentang staf tenaga kesehatan lain.

Pasal 162

- (1) Penyusunan peraturan internal staf tenaga kesehatan lain ini mempunyai maksud agar komite tenaga kesehatan lain dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme Kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi.
- (2) Peraturan internal staf tenaga kesehatan lain disusun dengan tujuan:
 - a. mengorganisir staf tenaga kesehatan lain BLUD RSUD secara baik dan memiliki peran tugas kewenangan yang jelas;
 - b. mewujudkan profesionalisme tenaga kesehatan lain;
 - c. mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan tenaga kesehatan lain;
 - d. menegakkan etika dan disiplin profesi tenaga kesehatan lain; dan
 - e. memberikan dasar hukum bagi Mitra Bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite tenaga kesehatan lain.

Bagian Kedua
Staf Tenaga Kesehatan Lain
Paragraf 1
Kelompok Staf Tenaga Kesehatan Lain
Pasal 163

- (1) Kelompok tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (2) huruf c merupakan tenaga fungsional di luar tenaga fungsional medis dan keperawatan/kebidanan.
- (2) Kelompok tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. apoteker;
 - b. tenaga teknis kefarmasian;
 - c. radiografer;
 - d. analis kesehatan;
 - e. elektromedis;
 - f. kesehatan lingkungan;
 - g. ahli gizi/nutrisisionis;
 - h. rekam medis;
 - i. penata anastesi;
 - j. perawat gigi; dan
 - k. fisioterapis.
- (3) Kelompok tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas mendukung proses pengobatan, pencegahan akibat penyakit, pelatihan, penelitian, dan pengembangan.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) kelompok tenaga kesehatan lain menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi lain yang terkait.
- (5) Kelompok tenaga kesehatan lain dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (6) Ketua kelompok tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga kesehatan lain yang terkait.
- (7) Pembentukan dan perubahan kelompok tenaga kesehatan lain ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 2

Hak dan Kewajiban Staf Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 164

- (1) Staf tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 164 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d secara administratif manajerial bertanggung jawab kepada bidang penunjang melalui seksi penunjang medis dan secara teknis profesi bertanggung jawab kepada komite tenaga kesehatan lain.
- (2) Staf tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 164 ayat (2) huruf e, huruf f, dan huruf g secara administratif manajerial bertanggung jawab kepada bidang penunjang melalui seksi penunjang nonmedis dan secara teknis profesi bertanggung jawab kepada komite tenaga kesehatan lain.
- (3) Staf tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 164 ayat (1) huruf h, huruf i, huruf j, dan huruf k secara administratif manajerial bertanggung jawab kepada bidang pelayanan melalui seksi pelayanan keperawatan dan dan kebidanan serta secara teknis profesi bertanggung jawab kepada komite tenaga kesehatan lain.
- (4) Staf tenaga kesehatan lain dalam menjalankan tugas profesi/praktik profesi di BLUD RSUD bertanggung jawab profesi dan hukum secara mandiri.
- (5) Hak staf tenaga kesehatan lain:
 - a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional;
 - b. memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari penerima pelayanan kesehatan atau keluarganya;
 - c. memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai nilai agama;
 - d. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya;

- e. menolak keinginan penerima pelayanan kesehatan atau pihak lain yang bertentangan dengan standar profesi, kode etik, standar pelayanan, standar prosedur operasional, atau ketentuan peraturan perundang undangan; dan
 - f. memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (6) Kewajiban staf tenaga kesehatan lain:
- a. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi, serta kebutuhan kesehatan penerima pelayanan kesehatan;
 - b. memperoleh persetujuan dari penerima pelayanan kesehatan atau keluarganya atas tindakan yang diberikan;
 - c. menjaga kerahasiaan kesehatan penerima pelayanan kesehatan;
 - d. membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan; dan
 - e. merujuk penerima pelayanan kesehatan ke tenaga kesehatan lain yang mempunyai kompetensi dan kewenangan yang sesuai.

Paragraf 3

Tugas dan Fungsi Staf Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 165

- (1) Tugas staf tenaga kesehatan lain:
- a. melaksanakan kegiatan profesi yang terkait dengan profesi masing-masing;
 - b. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan/pelatihan berkelanjutan;
 - c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, serta standar etika dan disiplin yang sudah ditetapkan;
 - d. menyusun, mengumpulkan, menganalisis, dan membuat laporan pemantauan indikator kinerja.

- (2) Fungsi staf tenaga kesehatan lain secara perorangan yaitu sebagai pelaksana pelayanan, pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan di masing-masing profesi.

Bagian Ketiga
Pembinaan dan Pengawasan
Pasal 166

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf tenaga kesehatan lain yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi bidang terkait melalui komite tenaga kesehatan lain.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pembinaan dan pengawasan Kewenangan Klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi, disiplin pegawai, dan motivasi kerja.
- (3) Pembinaan dan pengawasan Kewenangan Klinis, mutu profesi, disiplin profesi, dan etika profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh komite tenaga kesehatan lain.
- (4) Pembinaan dan pengawasan motivasi kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh bidang terkait.

Pasal 167

- (1) Pembinaan dan pengawasan terkait Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 167 ayat (2) dilakukan dengan investigasi.
- (2) Rekomendasi hasil investigasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa:
 - a. pemberian teguran tertulis dan/atau pembatasan Kewenangan Klinis, paling lama 3 (tiga) bulan untuk pelanggaran ringan;
 - b. pembatasan Kewenangan Klinis, paling lama 6 (enam) bulan untuk pelanggaran sedang;

- c. pembatasan Kewenangan Klinis, paling lama 1 (satu) tahun untuk pelanggaran berat.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terkait mutu profesi, disiplin profesi, dan etika profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 167 ayat (2) dilakukan dengan audit yang diarahkan untuk:
- a. meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan oleh staf tenaga kesehatan lain;
 - b. meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf tenaga kesehatan lain; dan
 - c. melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf tenaga kesehatan lain.

Bagian Keempat

Mitra Bestari

Pasal 168

- (1) Untuk membantu komite tenaga kesehatan lain melakukan Kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakan disiplin dan etika profesi, BLUD RSUD dapat membentuk Mitra Bestari.
- (2) Mitra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari internal atau dari eksternal BLUD RSUD.
- (3) Mitra Bestari dari eksternal BLUD RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berasal dari:
 - a. rumah sakit lain;
 - b. perhimpunan organisasi profesi; dan/atau
 - c. institusi pendidikan.
- (4) Mitra Bestari dapat ditunjuk sebagai panitia ad hoc.
- (5) Penunjukan Mitra Bestari sebagai panitia ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usulan Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (6) Penunjukan Mitra Bestari sebagai panitia ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usulan Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.

Bagian Kelima
Kewenangan Klinis
Pasal 169

- (1) Pelayanan masing-masing profesi tenaga kesehatan lain hanya dapat dilakukan oleh staf kesehatan lain yang telah diberi Kewenangan Klinis melalui proses Kredensial kepada staf tenaga kesehatan lain.
- (2) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada staf kesehatan lain berdasarkan pertimbangan:
 - a. tinjauan atau telaah hasil proses Kredensial berupa surat rekomendasi;
 - b. standar profesi dari organisasi profesi;
 - c. standar pendidikan; dan
 - d. standar kompetensi dari masing-masing profesi.
- (3) Dalam keadaan tertentu Kewenangan Klinis dapat diberikan kepada staf kesehatan lain dengan melihat kondisi yang meliputi:
 - a. Kewenangan Klinis sementara;
 - b. Kewenangan Klinis dalam keadaan darurat; dan/atau
 - c. Kewenangan Klinis bersyarat.
- (4) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dijabarkan dalam buku putih.
- (5) Buku putih sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disusun oleh panitia ad hoc yang dibentuk oleh komite tenaga kesehatan lain dengan melibatkan Mitra Bestari.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai rincian Kewenangan Klinis tenaga kesehatan lain diatur dengan Peraturan Direktur.

Pasal 170

- (1) Rincian Kewenangan Klinis dan syarat-syarat kompetensi setiap jenis pelayanan tenaga kesehatan lain yang disebut buku putih ditetapkan oleh komite tenaga kesehatan lain dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh masing-masing profesi.

- (2) Untuk mendapatkan Kewenangan Klinis staf tenaga kesehatan lain mengajukan secara tertulis kepada Direktur.
- (3) Komite tenaga kesehatan lain menugaskan kepada subkomite Kredensial untuk melakukan proses Kredensial kepada staf tenaga kesehatan lain sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi Kewenangan Klinis staf tenaga kesehatan lain.
- (4) Rekomendasi subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berupa:
 - a. rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis;
 - b. tidak diberi rekomendasi; dan/atau
 - c. rekomendasi dengan syarat.
- (5) Dalam hal dijumpai kesulitan menentukan Kewenangan Klinis komite tenaga kesehatan lain dapat meminta informasi atau pendapat dari Mitra Bestari.

Pasal 171

- (1) Kewenangan Klinis staf tenaga kesehatan lain terdiri atas:
 - a. Kewenangan Klinis umum;
 - b. Kewenangan Klinis khusus; dan
 - c. Kewenangan Klinis istimewa.
- (2) Kewenangan Klinis umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a diberikan kepada setiap tenaga kesehatan lain berdasarkan kompetensi yang dimiliki.
- (3) Kewenangan Klinis khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b diberikan kepada setiap tenaga kesehatan lain berdasarkan area kerja/penugasan yang ditetapkan oleh Direktur BLUD RSUD.
- (4) Kewenangan Klinis istimewa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c diberikan kepada tenaga kesehatan lain berdasarkan kompetensi tertentu yang dimiliki oleh tenaga kesehatan lain dengan mempertimbangkan risiko pelayanan dan teknologi yang digunakan.
- (5) Setiap tenaga kesehatan lain dapat memiliki lebih dari 1 (satu) jenis Kewenangan Klinis sesuai kompetensi dan kebutuhan pelayanan BLUD RSUD.

Pasal 172

Kewenangan Klinis seorang staf tenaga kesehatan lain dapat dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit, atau dicabut oleh Direktur.

Pasal 173

- (1) Dalam hal staf tenaga kesehatan lain menghendaki agar Kewenangan Klinisnya diperluas maka yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur meminta komite tenaga kesehatan lain untuk melakukan Rekredensial.
- (3) Direktur berwenang menyetujui atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi komite tenaga kesehatan lain.
- (4) Persetujuan permohonan perluasan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dituangkan pada Penugasan Klinis dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada komite tenaga kesehatan lain.
- (5) Penolakan permohonan perluasan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dituangkan dalam surat pemberitahuan penolakan yang ditandatangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada komite tenaga kesehatan lain.

Bagian Keenam

Penugasan Klinis

Pasal 174

- (1) Komite tenaga kesehatan lain mengusulkan kepada Direktur untuk diberikan surat Penugasan Klinis kepada staf tenaga kesehatan lain sesuai dengan Kewenangan Klinis berdasarkan hasil Kredensial.

- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat Kewenangan Klinis yang diberikan kepada seorang staf tenaga kesehatan lain dan tempat yang bersangkutan untuk dapat melaksanakan tugas.
- (3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengeluarkan surat pengakhiran Penugasan Klinis staf tenaga kesehatan lain atas rekomendasi subkomite etik dan disiplin profesi melalui ketua komite tenaga kesehatan lain.
- (4) Dalam hal teknis pengajuan dan penerbitan surat Penugasan Klinis, komite tenaga kesehatan lain dibantu oleh subbagian kepegawaian.
- (5) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 175

- (1) Penugasan Klinis seorang staf tenaga kesehatan lain hanya dapat ditetapkan apabila:
 - a. mempunyai surat izin praktik dan surat tanda registrasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. memenuhi syarat sebagai staf tenaga kesehatan lain berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal BLUD RSUD;
 - c. bersedia memenuhi segala permintaan BLUD RSUD yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan mengacu pada standar operasional prosedur operasional dan standar administrasi yang berlaku di BLUD RSUD; dan
 - d. bersedia mematuhi etika profesi masing-masing tenaga kesehatan lain yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat, dan diri sendiri.
- (2) Penugasan Klinis berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (3) Penugasan Klinis dapat berakhir sebelum waktunya dalam hal:
 - a. izin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku;

- b. kondisi fisik atau mental staf tenaga kesehatan lain yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan;
- c. staf tenaga kesehatan lain tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam Kewenangan Klinis yang dicantumkan dalam Penugasan Klinis;
- d. staf tenaga kesehatan lain telah melakukan tindakan yang tidak profesional atau perilaku menyimpang lainnya;
- e. staf tenaga kesehatan lain diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan; dan/atau
- f. staf tenaga kesehatan lain diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan memasuki usia pensiun dan/atau mengakhiri kontrak dengan BLUD RSUD dengan mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

Bagian Ketujuh

Komite Tenaga Kesehatan Lain

Paragraf 1

Kedudukan Komite Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 176

- (1) Komite tenaga kesehatan lain merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri atas tenaga kesehatan lain.
- (2) Komite tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lain.
- (3) Komite tenaga kesehatan lain berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas, fungsi, dan wewenang komite tenaga kesehatan lain ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 2
Susunan Organisasi dan Keanggotaan
Komite Tenaga Kesehatan Lain
Pasal 177

- (1) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lain terdiri atas:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. subkomite Kredensial;
 - b. subkomite mutu; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (3) Keanggotaan komite tenaga kesehatan lain ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
- (4) Ketua komite tenaga kesehatan lain ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan masukan dari tenaga kesehatan lain yang bekerja di BLUD RSUD.
- (5) Pengangkatan dan pemberhentian anggota komite tenaga kesehatan lain ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 178

- (1) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 177 ayat (2) huruf a bertugas merekomendasikan Kewenangan Klinis sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lain.
- (2) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 177 ayat (2) huruf b bertugas melakukan audit dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lain.
- (3) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 178 ayat (3) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Paragraf 3
Tugas, Fungsi dan Wewenang
Komite Tenaga Kesehatan Lain
Pasal 179

- (1) Komite tenaga kesehatan lain mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lain dengan cara:
 - a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan lain yang akan melakukan pelayanan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lain; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi tenaga kesehatan lain.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi Kredensial, komite tenaga kesehatan lain memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan tenaga kesehatan lain;
 - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
 - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - f. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Direktur melalui Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Tenaga Kesehatan Lain memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesi berkelanjutan kepada tenaga kesehatan lain;
 - c. melakukan audit; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lain, komite tenaga kesehatan lain memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lain;

- b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lain;
- c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik profesi;
- d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
- e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etik profesi.

Pasal 180

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite tenaga kesehatan lain berwenang:

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

Paragraf 4

Panitia Ad hoc

Pasal 181

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite tenaga kesehatan lain dapat dibantu oleh panitia ad hoc.
- (2) Panitia ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua komite tenaga kesehatan lain.
- (3) Panitia ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga kesehatan lain yang tergolong sebagai Mitra Bestari.

- (4) Tenaga kesehatan lain yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, organisasi profesi dan/atau institusi pendidikan.

Paragraf 5

Rapat-Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 182

- (1) Rapat komite tenaga kesehatan lain diselenggarakan untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan keprofesian tenaga kesehatan lain sesuai tugas dan kewajibannya.
- (2) Rapat komite tenaga kesehatan lain terdiri atas:
 - a. rapat rutin; dan
 - b. rapat khusus.
- (3) Peserta rapat komite tenaga kesehatan lain terdiri atas anggota komite tenaga kesehatan lain dan apabila diperlukan dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang terkait dengan agenda rapat, baik internal maupun eksternal BLUD RSUD yang ditentukan oleh komite tenaga kesehatan lain.
- (4) Setiap rapat komite tenaga kesehatan lain dibuat risalah rapat.
- (5) Mekanisme pelaksanaan rapat Komite Keperawatan diatur dalam pedoman rapat komite tenaga kesehatan lain.

Bagian Kedelapan

Subkomite Kredensial

Paragraf 1

Pengorganisasian Subkomite Kredensial

Pasal 183

- (1) Subkomite Kredensial berada di bawah dan bertanggung jawab kepada ketua komite tenaga kesehatan lain.
- (2) Anggota subkomite Kredensial terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf tenaga kesehatan lain yang memiliki Penugasan Klinis.

- (3) Pengorganisasian subkomite Kredensial terdiri atas ketua, sekretaris, dan anggota

Paragraf 2

Tugas dan Wewenang Subkomite Kredensial

Pasal 184

- (1) Tugas subkomite Kredensial yaitu:
- a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
 - b. menyusun buku putih yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan untuk melakukan setiap jenis pelayanan sesuai dengan standar kompetensinya; dan
 - c. menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial dari bagian sumber daya manusia.
- (2) Wewenang subkomite Kredensial yaitu:
- a. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga kesehatan lain;
 - b. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - c. membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada ketua komite tenaga kesehatan lain untuk diteruskan ke bidang terkait dan disahkan oleh Direktur.

Paragraf 3

Kredensial dan Rekredensial

Pasal 185

- (1) Instrumen Kredensial dan Rekredensial terdiri atas:
- a. daftar rincian Kewenangan Klinis;
 - b. buku putih untuk setiap pelayanan; dan
 - c. daftar Mitra Bestari.
- (2) Proses Kredensial dan Rekredensial meliputi pemeriksaan dan pengkajian elemen:
- a. kompetensi:
 - 1) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang berlaku;

- 2) kognitif;
 - 3) afektif; dan
 - 4) psikomotor.
- b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. perilaku etis.
- (3) Proses Kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur dan terdokumentasi.
 - (4) Dalam melakukan pengkajian dapat membentuk panel atau panitia ad hoc atau melibatkan Mitra Bestari.
 - (5) Hasil Kredensial berupa rekomendasi komite tenaga kesehatan lain kepada Direktur tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf tenaga kesehatan lain.

Pasal 186

- (1) Rekredensial terhadap staf tenaga kesehatan lain dilakukan dalam hal:
 - a. Penugasan Klinis yang dimiliki oleh staf tenaga kesehatan lain telah habis masa berlakunya;
 - b. staf tenaga kesehatan lain yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya; dan/atau
 - c. staf tenaga kesehatan lain yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Rekomendasi hasil Rekredensial berupa:
 - a. Kewenangan Klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. Kewenangan Klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. Kewenangan Klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. Kewenangan Klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. Kewenangan Klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; atau
 - f. Kewenangan Klinis yang bersangkutan diakhiri.

Bagian Kesembilan
Subkomite Mutu
Paragraf 1
Pengorganisasian Subkomite Mutu Profesi
Pasal 187

- (1) Subkomite mutu profesi berada di bawah dan bertanggung jawab kepada ketua komite tenaga kesehatan lain.
- (2) Anggota subkomite mutu profesi terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf tenaga kesehatan lain yang memiliki Penugasan Klinis.
- (3) Pengorganisasian subkomite mutu profesi terdiri atas ketua, sekretaris, dan anggota.

Paragraf 2
Tugas Subkomite Mutu Profesi
Pasal 188

Subkomite mutu profesi mempunyai tugas:

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

Paragraf 3
Audit Tenaga Kesehatan Lain
Pasal 189

- (1) Audit dilakukan secara sistemik yang melibatkan Mitra Bestari yang terdiri terhadap pelayanan profesi tenaga kesehatan lain di rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan audit menggunakan catatan pelayanan/asuhan oleh profesi tenaga kesehatan lain yang dibuat oleh staf tenaga kesehatan lain.

- (3) Hasil dari audit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai:
- a. sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf tenaga kesehatan lain;
 - b. dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c. dasar bagi komite tenaga kesehatan lain dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis; dan
 - d. dasar bagi komite tenaga kesehatan lain dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf tenaga kesehatan lain.

Paragraf 4

Pendidikan Berkelanjutan

Pasal 190

- (1) Dalam rangka meningkatkan Mutu Profesi setiap kelompok tenaga kesehatan lain dapat menyelenggarakan pendidikan berkelanjutan baik yang merupakan program BLUD RSUD maupun atas permintaan staf tenaga kesehatan lain sebagai usulan kepada Direktur.
- (2) Pendidikan berkelanjutan dilakukan dengan:
- a. menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok tenaga kesehatan lain;
 - b. mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus antara lain, kasus keselamatan pasien, kasus sulit, maupun kasus langka;
 - c. menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf tenaga kesehatan lain setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
 - d. bersama-sama dengan kelompok tenaga kesehatan lain menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang melibatkan staf tenaga kesehatan lain sebagai narasumber dan peserta aktif;

- e. bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian memfasilitasi kegiatan ilmiah dan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (3) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

Paragraf 5
Pendampingan
Pasal 191

- (1) Setiap staf tenaga kesehatan lain yang dijatuhi sanksi disiplin atau pengurangan Kewenangan Klinis berhak mendapatkan pendampingan.
- (2) Pelaksanaan pendampingan dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi staf tenaga kesehatan lain yang dijatuhi sanksi disiplin atau pengurangan Kewenangan Klinis.
- (3) Staf tenaga kesehatan lain yang akan memberikan pendampingan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan difasilitasi dan dikoordinasikan bersama bidang terkait.
- (5) Hasil pendampingan berupa rekomendasi komite tenaga kesehatan lain kepada Direktur tentang lingkup Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis seorang staf tenaga kesehatan lain.

Bagian Kesepuluh
Subkomite Etik dan Disiplin Profesi
Paragraf 1
Pengorganisasian Subkomite Disiplin Profesi
Pasal 192

- (1) Subkomite etik dan disiplin profesi berada di bawah dan bertanggung jawab kepada ketua komite tenaga kesehatan lain.

- (2) Anggota subkomite etik dan disiplin profesi terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki Penugasan Klinis.
- (3) Pengorganisasian subkomite etik dan disiplin profesi terdiri atas ketua, sekretaris, dan anggota.

Paragraf 2

Tugas dan Wewenang Subkomite Etik dan Disiplin Profesi

Pasal 193

Tugas subkomite etik dan disiplin profesi yaitu:

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

Pasal 194

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya subkomite etik dan disiplin profesi berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
- c. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- d. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit;
- e. memberikan rekomendasi pendidikan berkelanjutan untuk tenaga kesehatan lain; dan
- f. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 3
Pendisiplinan Profesi
Pasal 195

- (1) Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf tenaga kesehatan lain, antara lain:
 - a. pedoman pelayanan di rumah sakit;
 - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar Kewenangan Klinis di rumah sakit;
 - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan di rumah sakit;
 - e. kode etik masing-masing profesi tenaga kesehatan lain;
 - f. pedoman perilaku profesional;
 - g. pedoman pelanggaran disiplin profesi tenaga kesehatan lain yang berlaku di Indonesia;
 - h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
 - i. standar prosedur operasional masing-masing profesi tenaga kesehatan lain.
- (2) Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf tenaga kesehatan lain berupa:
 - a. peringatan tertulis;
 - b. limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
 - c. bekerja di bawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan tersebut; dan
 - d. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.
- (3) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional ditetapkan oleh komite tenaga kesehatan lain.

Pasal 196

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etik dan disiplin profesi.

- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas 3 (tiga) orang staf tenaga kesehatan lain atau lebih dengan jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi; dan
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf tenaga kesehatan lain dengan kompetensi yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam BLUD RSUD atau dari luar BLUD RSUD, baik atas permintaan komite tenaga kesehatan lain dengan persetujuan Direktur atau atas permintaan Direktur Utama rumah sakit terlapor.
- (3) Penegakan disiplin profesi dapat juga melibatkan Mitra Bestari yang berasal dari luar BLUD RSUD.
- (4) Pengikutsertaan Mitra Bestari yang berasal dari luar BLUD RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh BLUD RSUD berdasarkan rekomendasi komite tenaga kesehatan lain.

Paragraf 4

Pembinaan Profesi

Pasal 197

- (1) Pembinaan profesionalisme staf tenaga kesehatan lain dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, symposium, atau lokakarya.
- (2) Staf tenaga kesehatan lain dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus di BLUD RSUD kepada komite tenaga kesehatan lain melalui ketua kelompok tenaga kesehatan lain.
- (3) Subkomite etik dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Bagian Kesebelas

Tata Kelola Klinis

Pasal 198

- (1) Semua pelayanan yang dilakukan oleh setiap staf tenaga kesehatan lain di BLUD RSUD berdasarkan Penugasan Klinis dari Direktur.

- (2) Dalam keadaan kegawatdaruratan staf tenaga kesehatan lain dapat diberikan Penugasan Klinis untuk melakukan pelayanan di luar Kewenangan Klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.
- (3) Masing-masing kelompok tenaga kesehatan lain wajib membuat pedoman pelayanan, standar prosedur operasional, dan peraturan pelaksanaan lainnya.
- (4) Kebijakan teknis operasional pelayanan tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit ini.
- (5) Dalam melaksanakan tugas kelompok, tenaga kesehatan lain wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi baik di lingkungannya maupun dengan tenaga kesehatan lainnya atau instansi lain yang terkait.
- (6) Direktur dapat membentuk panitia atau kelompok kerja untuk menangani pelayanan tertentu.
- (7) Setiap ketua kelompok tenaga kesehatan lain wajib membantu bidang/seksi terkait, komite tenaga kesehatan lain, melakukan bimbingan, pembinaan, dan pengawasan terhadap anggotanya.
- (8) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata kelola klinis pelayanan diatur dalam Peraturan Direktur.

Bagian Kedua Belas
Reviu dan Perubahan
Pasal 199

- (1) Peraturan internal staf tenaga kesehatan lain secara berkala paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun dievaluasi, ditinjau kembali, atau disesuaikan direviu dengan perkembangan profesi tenaga kesehatan lain dan kondisi BLUD RSUD.
- (2) Tata cara evaluasi, ditinjau kembali, reviu dan perubahan peraturan internal staf tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Kebijakan teknis operasional, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya harus disesuaikan dengan peraturan internal staf tenaga kesehatan lain.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 200

Pada saat Peraturan Walikota ini mulai berlaku, Peraturan Walikota Madiun Nomor 54 Tahun 2020 tentang Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun (Berita Daerah Kota Madiun Tahun 2022 Nomor 54/G) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 201

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Madiun.

Ditetapkan di Madiun
pada tanggal 15 Agustus 2022

WALIKOTA MADIUN,

ttd

Drs. H. MAIDI, SH, MM, M.Pd.

Diundangkan di Madiun
pada tanggal 15 Agustus 2022

SEKRETARIS DAERAH,

ttd

Ir. SOEKO DWI HANDIARTO, M.T.
Pembina Utama Madya
NIP 196704161993031015

BERITA DAERAH KOTA MADIUN
TAHUN 2022 NOMOR 42/G

Salinan sesuai dengan aslinya
a.n. Sekretaris Daerah,
u.b.
Kepala Bagian Hukum,



Ika Puspitaria, S.H., M.M.
Pembina (IV/a)
NIP 198212132006042009