



BUPATI SIDOARJO  
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI SIDOARJO  
NOMOR 23 TAHUN 2024

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT  
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH R.T. NOTOPURO SIDOARJO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SIDOARJO,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit yang baik, tata kelola klinis yang baik, menjamin efektifitas, efisiensi, dan mutu layanan kesehatan yang mengutamakan keselamatan pasien, keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit, perlu disusun pedoman berupa Peraturan Internal RumahSakit (*Hospital by Laws*);
  - b. bahwa sesuai ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal RumahSakit (*Hospital by Laws*) pada Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 41), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur dan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat dan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);
  2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
  3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik

Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5165);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumaha-sakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
9. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/ PER/ IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/ PER/X/2011 tentang Izin Praktek dan pelaksanaan Praktek Kedokteran;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);

16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1291);
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 912);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586);
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
21. Peraturan Bupati Sidoarjo Nomor 40 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Sidoarjo (Berita Daerah Kabupaten Sidoarjo Tahun 2022 Nomor 40), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Sidoarjo Nomor .... Tahun 2024 tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Sidoarjo Nomor 40 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Sidoarjo (Berita Daerah Kabupaten Sidoarjo Tahun 2024 Nomor ..);
22. Peraturan Bupati Sidoarjo Nomor 13 Tahun 2023 tentang Tata Cara Kerja Sama pada Badan Layanan Umum Daerah di Kabupaten Sidoarjo (Berita Daerah Kabupaten Sidoarjo Tahun 2023 Nomor 13);
23. Peraturan Bupati Sidoarjo Nomor 49 Tahun 2023 tentang Kebijakan Akuntansi Badan Layanan Umum Daerah di Kabupaten Sidoarjo (Berita Daerah Kabupaten Sidoarjo Tahun 2023 Nomor 49);

#### MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH R.T. NOTOPURO SIDOARJO.

#### BAB I KETENTUAN UMUM

##### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Sidoarjo.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Sidoarjo.
3. Bupati adalah Bupati Sidoarjo.
4. 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.
5. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) adalah peraturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit yang meliputi Peraturan Internal Korporasi (*Corporate by Laws*), Peraturan Internal Staf Medis (*Medical*

*Staff by Laws*), dan Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff by laws*) serta Peraturan Internal Staf Kesehatan Lain (*Other Staff by Laws*).

6. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate by Laws*) adalah peraturan yang mengatur tata kelola korporasi terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola, Komite yang ada di rumah sakit, dan kebijakan umum pelayanan di rumah sakit.
7. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) adalah peraturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
8. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff by Laws*) adalah peraturan yang mengatur tata kelola Asuhan Keperawatan untuk menjaga profesionalisme Staf Keperawatan di rumah sakit.
9. Peraturan Internal Staf Kesehatan Lain (*Other Staff by Laws*) adalah peraturan yang mengatur tata kelola klinis pelayanan kesehatan lainnya untuk menjaga profesionalisme tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit.
10. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat.
11. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo.
12. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo yang secara teknis medis dan teknis operasional bertanggung jawab kepada Bupati.
13. Direksi adalah manajemen di rumah sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional dan kinerja keuangan yang terdiri atas Direktur dan Wakil Direktur.
14. Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
15. Fleksibilitas adalah keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
16. Praktik Bisnis yang Sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu, berkesinambungan, berdaya saing, serta menyediakan dan memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
17. Dewan Pengawas BLUD yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah suatu unit nonstruktural yang bersifat independen bertugas melakukan pengawasan, memberikan rekomendasi, pendapat, masukan, serta penilaian terhadap pengelolaan BLUD dan bertanggung jawab kepada Bupati.
18. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan, pengendalian internal, pembinaan, penilaian, memberi masukan dan saran, serta konsultasi dalam rangka membantu pimpinan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
19. Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan kebijakan dan prosedur kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
20. Sub Komite adalah kelompok kerja dibawah Komite yang dibentuk untuk mengelola masalah khusus sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
21. Komite Koordinasi Pendidikan adalah perangkat fungsional yang berkedudukan di rumah sakit pendidikan yang dibentuk dalam rangka melaksanakan koordinasi terhadap seluruh proses pembelajaran klinik di rumah sakit pendidikan.
22. Komite Medik adalah wadah non-struktural rumah sakit untuk menerapkan Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) agar Staf Medis di rumah sakit terjaga

profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medik, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medik.

23. Komite Keperawatan dan Kebidanan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dan kebidanan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
24. Komite Tenaga Kesehatan Lain adalah wadah non-struktural rumah sakit yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya di RSUD melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi keteknisan kesehatan, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi masing-masing.
25. Komite Mutu adalah wadah non-struktural rumah sakit yang berfungsi membantu kepala atau Direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien,serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
26. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah wadah non-struktural rumah sakit yang berfungsi membantu kepala atau Direktur rumah sakit dalam meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar rumah sakit.
27. Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit adalah wadah non-struktural rumah sakit yang berfungsi membantu kepala atau Direktur rumah sakit dalam pengendalian dan pencegahan terjadinya insiden di lingkungan rumah sakit.
28. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural rumah sakit yang berfungsi membantu Direktur untuk penerapan etika rumah sakit dan hukum perumahsakit.
29. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, Dokter Gigi Spesialis dan Dokter Sub Spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
30. Staf Medis Konsultan adalah Staf Medis yang bukan merupakan Pegawai RSUD dan dibutuhkan dalam pendampingan pelayanan di rumah sakit pada waktu tertentu.
31. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah Kelompok Staf Medis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya atau kelompok profesi yang serumpun.
32. Staf Keperawatan adalah Perawat dan Bidan yang bekerja memberikan pelayanan kepada pasien baik secara langsung maupun tidak langsung secara penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
33. Tenaga Fungsional adalah pegawai yang mempunyai tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang dalam suatu satuan organisasi yang melaksanakan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu dan bersifat mandiri.
34. Tenaga Kesehatan Lainnya adalah tenaga kesehatan lain di rumah sakit yang terdiri dari profesi antara lain apoteker, tenaga teknis kefarmasian, gizi dan teknik gizi, kesehatan lingkungan, penata anestesi dan asisten penata anestesi, analis teknik elektromedik, rekam medik, ahli tenaga laboratorium medis, fisioterapi dan terapi wicara, radiografer serat fisikawan medis.
35. Aset adalah sumber daya ekonomi yang dikuasai dan/ atau dimiliki oleh RSUD sebagai akibat dari peristiwa masa lalu dan dari mana manfaat ekonomi dan/ atau sosial di masa depan diharapkan dapat diperoleh, baik oleh RSUD maupun masyarakat, serta dapat diukur dalam satuan uang, termasuk sumber daya non keuangan yang diperlukan untuk penyediaan jasa bagi masyarakat umum dan sumber daya yang dipelihara karena alasan sejarah dan budaya.
36. Sumber daya di rumah sakit antara lain Sumber Daya Manusia yang selanjutnya disebut SDM, keuangan, sarana, prasarana, gedung dan jalan yang dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi rumah sakit.
37. Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah seorang yang bekerja secara aktif dibidang kesehatan baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun

tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.

38. Unit kerja adalah tempat staf melaksanakan tugas dan fungsinya sesuai dengan jabatan masing-masing serta unit kerja yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan atau penunjang pelayanan kesehatan, pendidikan, pelatihan, penelitian, pengembangan, penapisan teknologi, dan pendukung pelayanan lainnya yang dilaksanakan di rumah sakit.
39. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang Staf Medis atau Staf Keperawatan untuk melakukan sekelompok Pelayanan Medis atau Asuhan Keperawatan tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*).
40. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur rumah sakit kepada seorang Staf Medis atau Staf Keperawatan untuk melakukan sekelompok Pelayanan Medis atau Asuhan Keperawatan atau Asuhan Kebidanan di rumah sakit berdasarkan daftar Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) yang telah ditetapkan baginya.
41. Asuhan Keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan baik langsung ataupun tidak langsung diberikan kepada pasien di sarana dan tatanan kesehatan dengan menggunakan pendekatan ilmiah keperawatan berdasarkan kode etik dan standar praktik keperawatan.
42. Asuhan Kebidanan adalah proses atau rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh Bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat Kebidanan.
43. Kredensial adalah penilaian atau pengujian terhadap tenaga kesehatan untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*).
44. Rekredensial adalah proses kredensial ulang terhadap tenaga kesehatan untuk mengevaluasi Kewenangan Klinis yang telah dimiliki.
45. Informasi medis adalah informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan pasien.
46. Audit Medis adalah proses evaluasi secara profesional yang dilakukan oleh Komite Medik terhadap mutu dan keamanan pelayanan medis yang diberikan oleh profesi medis kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya.
47. Audit Keperawatan adalah proses evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan oleh profesi perawat kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya.
48. Audit Teknis adalah pemeriksaan dan pengkajian atas kelaikan fungsi alat maupun bangunan fisik rumah sakit yang menjamin keandalan teknis alat dan bangunan dari segi keselamatan, kesehatan, kenyamanan, dan kemudahan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
49. Audit Operasional adalah pemeriksaan terhadap kegiatan operasional rumah sakit, seperti kebijakan akuntansi serta kebijakan operasional manajemen dengan maksud untuk mengevaluasi dan memastikan kegiatan operasional yang dilakukan berjalan secara efektif dan efisien yang juga sebagai bagian dari fungsi pengendalian.
50. Audit Keuangan adalah penilaian atau evaluasi terhadap laporan keuangan rumah sakit untuk menghasilkan opini yang independen dari pihak ketiga mengenai relevansi, akurasi, dan kelengkapan laporan keuangan.
51. Jenjang Karir adalah sistem untuk meningkatkan kinerja dan profesionalisme, sesuai dengan bidang pekerjaan melalui peningkatan kompetensi.
52. Standar Pelayanan Minimal rumah sakit yang selanjutnya disebut SPM adalah ketentuan tentang jenis, mutu dan spesifikasi teknis tolok ukur pelayanan dasar yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal yang diberikan rumah sakit
53. Standar Prosedur Operasional yang selanjutnya disebut SPO adalah suatu

perangkat instruksi atau langkah berurutan yang dibakukan untuk menyatakan suatu proses kerja tertentu.

54. Peningkatan Mutu adalah proses kegiatan yang berkesinambungan yang dilaksanakan dengan koordinasi dan intergrasi antar unit pelayanan dan komite dalam penetapan, pengukuran, pelaporan dan evaluasi indikator mutu pelayanan yang aman, tepat waktu, efisien, efektif, berorientasi pada pasien, adil, dan terintegrasi.
55. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
56. Manajemen Risiko adalah proses yang proaktif dan kontinu meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi komunikasi, pemantauan, dan pelaporan risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola risiko dan potensi risiko di rumah sakit.
57. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
58. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit.
59. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIM RS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, kolaborasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat serta *real time*.
60. Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
61. Kerja sama adalah kesepakatan antara para pihak dibuat secara tertulis dan menimbulkan hak dan kewajiban.
62. Rencana Strategis Bisnis yang selanjutnya disingkat RSB adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, nilai dasar, kebijakan dasar, program strategis, petastrategis, rencana aksis strategis, pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional.
63. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran RSUD.
64. Remunerasi adalah imbalan kerja yang berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif jasa pelayanan, dan bonus yang ditetapkan dengan mempertimbangkan prinsip proporsionalitas, kesetaraan dan kepatutan yang diberikan sesuai tingkat tanggung jawab dan profesionalitas yang dihasilkan.
65. Rekening Kas BLUD adalah tempat penyimpanan uang BLUD pada bank yang ditunjuk oleh Bupati.
66. Laporan Keuangan BLUD adalah bentuk pertanggungjawaban RSUD berstatus BLUD yang disajikan dalam bentuk Laporan Realisasi Anggaran, Laporan Perubahan Saldo Anggaran Lebih, Neraca, Laporan Operasional, Laporan Arus Kas, Laporan Perubahan Ekuitas, dan Catatan Atas Laporan Keuangan.
67. Laporan realisasi anggaran adalah laporan yang menyajikan informasi realisasi pendapatan, belanja, surplus atau defisit, pembiayaan, dan sisa lebih atau

kurang pembiayaan anggaran yang masing-masing diperbandingkan dengan anggarannya dalam satu periode.

68. Laporan perubahan saldo anggaran lebih adalah laporan yang menyajikan informasi kenaikan atau penurunan saldo anggaran lebih tahun pelaporan dibandingkan dengan tahun sebelumnya.
69. Laporan operasional adalah laporan yang menyajikan ikhtisar sumber daya ekonomi yang menambah ekuitas dan penggunaannya yang dikelola oleh pemerintah pusat atau daerah untuk kegiatan penyelenggaraan pemerintahan dalam satu periode pelaporan.
70. Laporan arus kas adalah laporan yang menyajikan informasi mengenai sumber, penggunaan, perubahan kas, dan setara kas selama satu periode akuntansi, dan saldo kas dan setara kas pada tanggal pelaporan.
71. Laporan perubahan ekuitas adalah laporan yang menyajikan informasi kenaikan atau penurunan ekuitas tahun pelaporan dibandingkan dengan tahun sebelumnya.
72. Catatan Atas Laporan Keuangan adalah laporan yang mengajikan penjelasan atau daftar terinci atau terinci atau analisis atas nilai suatu pos yang disajikan dalam Laporan Realisasi Anggaran, Neraca, dan Laporan Arus Kas, serta penyajian informasi yang diharuskan dan dianjurkan oleh Standar Akuntansi Pemerintahan serta pengungkapan lainnya yang diperlukan untuk penyajian yang wajar atas laporan keuangan, seperti kewajiban kontinjensi dan komitmen lainnya.

#### Pasal 2

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) dimaksudkan sebagai pedoman dasar dan sekaligus payung hukum bagi rumah sakit dalam melaksanakan dan meningkatkan pelayanan kesehatan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
- (2) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) bertujuan untuk:
  - a. mewujudkan kerja sama yang baik dan harmonis antara pemilik, Rumah Sakit, Dewan Pengawas BLUD, Direksi, dan Karyawan sehingga tercipta Tata Kelola Korporasi yang Baik (*Good Corporate Governance*) dan Tata Kelola Klinik yang Baik (*Good Clinical Governance*);
  - b. meningkatkan mutu dan keselamatan pasien pada pelayanan kesehatan kepada masyarakat, profesionalisme dan tanggung jawab sehingga pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak serta dapat memberikan manfaat bagi pemilik, manajemen Rumah Sakit, peserta didik, pasien maupun masyarakat;
  - c. menerapkan pencegahan dan pengendalian infeksi serta keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang telah ditetapkan; dan
  - d. digunakan sebagai landasan dalam menyelesaikan berbagai macam masalah yang terjadi di rumah sakit.

## BAB II

### PRINSIP PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

#### Pasal 3

Peraturan Internal Rumah Sakit mempunyai prinsip dasar sebagai berikut :

- a. transparansi;
- b. akuntabilitas;
- c. responsibilitas;
- d. independensi; dan
- e. kesejahteraan dan kewajaran.

BAB III  
RUANG LINGKUP

Pasal 4

Ruang Lingkup Peraturan Bupati ini terdiri dari:

- a. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate by Laws*), terdiri dari pengaturan terkait:
  1. Profil Organisasi Rumah Sakit;
  2. Kewenangan dan Tanggung Jawab Pemerintah Daerah (Pemilik);
  3. Dewan Pengawas BLUD;
  4. Hak dan Kewajiban serta Tanggung Jawab Rumah Sakit, Pasien, dan Peserta Didik;
  5. Direksi;
  6. Komite, Tim, Instalasi/Unit di RSUD;
  7. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI);
  8. Jenis Rapat;
  9. Struktur Organisasi dan Tata Kelola RSUD;
  10. Kebijakan Pengelolaan Pelayanan RSUD;
  11. Pengelolaan Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan Pengembangan;
  12. Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM);
  13. Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit;
  14. Remunerasi;
  15. Pengelolaan Aset RSUD;
  16. Pengelolaan Informasi dalam SIM RS;
  17. Pengelolaan Data dan Rekam Medis; dan
  18. Pengelolaan Kerja Sama dan Promosi RSUD;
- b. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*), terdiri dari pengaturan terkait:
  1. Maksud, Tujuan, dan Manfaat Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*);
  2. Tata Kelola Staf Medis;
  3. Tata Kelola KSM;
  4. Tata Kelola Komite Medik;
  5. Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis, Kelompok Staf Medis, dan Komite Medik; dan
  6. Kerahasiaan Informasi Medis;
- c. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff by Laws*), terdiri dari pengaturan terkait:
  1. Maksud, Tujuan, dan Manfaat Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff by Laws*);
  2. Tata Kelola Staf Keperawatan;
  3. Tata Kelola Kelompok Staf Keperawatan; dan
  4. Tata Kelola Komite Keperawatan;
- d. Peraturan Internal Tenaga Kesehatan Lainnya (*Other Staff by Laws*).

Pasal 5

Peraturan Internal Tenaga Kesehatan Lainnya (*Other Staff by Laws*) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf d ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

BAB IV  
PERATURAN INTERNAL KORPORASI  
(CORPORATE BY LAWS)

Bagian Kesatu  
Profil Organisasi Rumah Sakit

Paragraf 1  
Identitas Rumah Sakit

Pasal 6

Identitas RSUD adalah sebagai berikut:

- a. Nama rumah sakit : RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo
- b. Tanggal berdiri : 4 Oktober 1927
- c. Status rumah sakit : Badan Layanan Umum Daerah
- d. Sifat rumah sakit : Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK)
- e. Kelas rumah sakit : Kelas A
- f. Jenis rumah sakit : Rumah Sakit Pendidikan
- g. Alamat rumah sakit : Jalan Mojopahit Nomor 667, Sidoarjo.  
Telepon 031-8961649, Fax 031-8943237
- h. Website : rsudrtnotopuro.sidoarjokab.go.id
- i. Email : 1. rsudrtnotopuro@sidoarjokab.go.id  
2. rsudrtnotopurosda@gmail.com
- j. Media Sosial :
  1. Facebook : RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo
  2. Youtube : RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo
  3. Instagram : @rsudrtnotopurosda
  4. Tik Tok : @rsudrtnotopurosda
  5. Spotify : Kapsul (Percakapan Profesional & Solusi *Podcast*) RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo

Paragraf 2

Filosofi, Visi, Misi, Nilai Dasar, *Tagline*, Logo dan Maskot Rumah Sakit

Pasal 7

- (1) Filosofi RSUD adalah:
  - a. meningkatkan mutu pelayanan;
  - b. menjaga keselamatan pasien;
  - c. menerapkan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS);
  - d. menerapkan konsep praktik bisnis yang sehat; dan
  - e. menuju organisasi yang mandiri, efektif, dan efisien secara berkesinambungan.
- (2) Visi RSUD yaitu “Menjadi Rumah Sakit yang Terakreditasi Internasional yang Berkelanjutan Dalam Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian”.
- (3) Misi RSUD yaitu:
  - a. mewujudkan pelayanan yang berkualitas dan terakreditasi dengan mengutamakan keselamatan pasien serta kepuasan pelanggan;
  - b. menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan yang bermutu dan beretika untuk menunjang pelayanan;
  - c. mewujudkan tata kelola rumah sakit yang profesional, integritas, dan beretika.
- (4) Nilai Dasar RSUD sebagai berikut;
  - a. Profesional  
Keyakinan terhadap tatanan dalam memberikan pelayanan yang berlandaskan pada kaidah ilmiah dan kaidah profesi serta tidak bertentangan dengan norma yang berlaku di masyarakat, dengan ciri: bertanggung jawab, inovatif, kreatif, efektif, efisien, dan optimis.

b. Berintegritas

Berperilaku sebagai insan yang beriman, jujur, kerja keras, disiplin, berkomitmen, mendahulukan kepentingan organisasi, serta mampu menjaga keseimbangan *Emotional Quotion* (EQ), *Intellectual Quotion* (IQ), dan *Spiritual Quotion* (SQ).

c. Beretika

Nilai yang dijunjung tinggi dalam pergaulan dengan klien, antar sesama anggota tim kesehatan, antara petugas dengan pimpinan unit kerja maupun etika dalam menjalankan profesi kesehatan dengan klien berprinsip senantiasa mengutamakan kesehatan penderita. Salah satu etika dalam melayani pasien dan pengunjung adalah sikap 5S (senyum, salam, sapa, sopan, santun).

(5) Tagline RSUD yaitu “Profesional dan Peduli”

(6) Gambar Logo RSUD, uraian arti Logo RSUD, gambar Maskot RSUD dan nama Maskot RSUD, tercantum dalam lampiran dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

(7) Logo RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (6) digunakan untuk Promosi Kesehatan di dalam ataupun diluar lingkungan RSUD, tidak termasuk untuk digunakan pada naskah dinas kecuali Naskah Perjanjian Kerja Sama.

### Paragraf 3

#### Kedudukan, Tujuan, dan Tugas Rumah Sakit

### Pasal 8

- (1) RSUD berkedudukan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah Daerah untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan daerah dan dipimpin oleh seorang Direktur yang dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya disamping bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan dalam bentuk penyampaian laporan pelaksanaan pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian, juga bertanggung jawab dalam bentuk penyampaian laporan program kesehatan masyarakat.
- (2) Tujuan RSUD yaitu:
  - a. mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif, efisien dan manusiawi sebagai rumah sakit rujukan yang mengedepankan keselamatan pasien (*Patient Safety*) dan kepuasan pelanggan;
  - b. mewujudkan sumber daya manusia rumah sakit yang profesional, berintegritas tinggi dan beretika;
  - c. mewujudkan sarana dan prasarana rumah sakit sesuai standar; dan
  - d. mewujudkan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan aspek sosial ekonomi.
- (3) RSUD mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan bidang Kesehatan pada sub urusan upaya kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, dan melaksanakan upaya rujukan.
- (4) Dalam menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3), RSUD mempunyai fungsi sebagai berikut :
  - a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
  - b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga 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 dan pengetahuan bidang kesehatan.

Paragraf 4  
Dokumen Rumah Sakit

Pasal 9

RSUD wajib memiliki dokumen utama sebagai berikut:

- a. Perizinan;
- b. Sertifikat Laik Fungsi;
- c. Rencana Strategis Bisnis;
- d. Rencana Bisnis dan Anggaran;
- e. Sertifikasi;
- f. Kalibrasi;
- g. Akreditasi; dan
- h. Dokumen lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Kewenangan dan Tanggung Jawab Pemerintah Daerah (Pemilik)

Paragraf 1

Kewenangan Pemerintah Daerah

Pasal 10

- (1) Pemerintah Daerah mempunyai wewenang, serta tanggung jawab penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Kewenangan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
  - a. menetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital byLaws*) dan standar pelayanan minimal RSUD;
  - b. menetapkan Struktur Organisasi RSUD;
  - c. mengangkat dan memberhentikan Direksi dan Dewan Pengawas BLUD;
  - d. menyetujui, mengesahkan, membina, serta mengawasi RSB dan RBA;
  - e. menetapkan regulasi pengelolaan Keuangan dan Sumber Daya manusia RSUD;
  - f. menyetujui penyelenggaraan pendidikan profesional kesehatan, penelitian sertamengawasi kualitas program kegiatan;
  - g. mengawasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan;
  - h. mengawasi program pencegahan dan pengendalian infeksi serta menindaklanjuti laporan;
  - i. mengawasi program keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit serta menindaklanjuti laporan;
  - j. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya dalam mewujudkan keselamatan pasien di RSUD.
  - k. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien di RSUD.
  - l. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban RSUD;
  - m. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban peserta didik di RSUD;
  - n. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi dan peraturan perundang-undangan.
  - o. memberikan penghargaan dan sanksi kepada pegawai RSUD atas usulan Direktur; dan
  - p. mengawasi dan mengevaluasi aset yang berada di lingkungan RSUD;
  - q. melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu Direksi dan Dewan Pengawas BLUD sesuai ketentuan yang berlaku;

r. kewenangan lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Paragraf 2

### Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

#### Pasal 11

Tanggung jawab Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (1) adalah:

- a. menyediakan rumah sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat;
- b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di RSUD bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. mengatasi defisit anggaran RSUD yang bukan disebabkan oleh kelalaian, administrasi dan melanggar hukum sehingga dapat diajukan dalam usulan pembiayaan pada tahun anggaran berikutnya kepada Badan Pengelolaan Keuangan Aset Daerah Sidoarjo (perangkat daerah yang menangani keuangan daerah);
- d. membina dan mengawasi penyelenggaraan RSUD;
- e. memberikan arahan kebijakan RSUD;
- f. memberikan perlindungan kepada RSUD agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab;
- g. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan RSUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. menggerakkan peran serta masyarakat dalam pengembangan layanan RSUD sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
- i. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
- j. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di RSUD akibat bencana dan kejadian luar biasa;
- k. menyediakan sumber daya manusia serta sarana dan prasarana yang dibutuhkan;

#### Bagian Ketiga

### Dewan Pengawas BLUD

#### Paragraf 1

### Susunan Dewan Pengawas BLUD

#### Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas BLUD dibentuk dan diberhentikan oleh Bupati serta ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (2) Dewan Pengawas BLUD bukan merupakan unsur rumah sakit.
- (3) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur:
  - a. Pejabat Perangkat Daerah Kabupaten Sidoarjo orang yang membidangi kegiatan BLUD;
  - b. Pejabat Perangkat Daerah yang membidangi Pengelolaan Keuangan Daerah Kabupaten Sidoarjo; dan
  - c. Tenaga ahli yang kompeten sesuai bidang keahlian dalam pengelolaan BLUD.
- (4) Pengangkatan Anggota Dewan Pengawas BLUD dilakukan setelah pengangkatan Direksi.
- (5) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota Dewan Pengawas BLUD, sebagai berikut:
  - a. memiliki dedikasi dan memahami masalah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota Direksi atau Komisaris, atau Dewan Pengawas BLUD yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usahapailit atau orang yang tidak pernah melakukan tindak

- pidana yang merugikan daerah; dan
- c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan rumah sakit yang berstatus BLUD dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.
- (6) Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Dewan Pengawas berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan terkait BLUD.
- (7) Jumlah Dewan Pengawas BLUD disesuaikan dengan aset dan kinerja keuangan sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (8) Dalam hal Ketua berhalangan tetap maka Bupati mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas BLUD untuk menjadi Ketua hingga masa jabatan berakhir.
- (9) Dewan Pengawas BLUD bertanggung jawab kepada Bupati.

## Paragraf 2

### Masa Jabatan Dewan Pengawas BLUD

#### Pasal 13

- (1) Masa jabatan Dewan Pengawas BLUD ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati karena:
- a. meninggal dunia;
  - b. masa jabatan berakhir; atau
  - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (3) Anggota Dewan Pengawas BLUD diberhentikan sewaktu-waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c, apabila:
- a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD;
  - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
  - e. mengundurkan diri;
  - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada RSUD, negara, dan/ atau daerah.

## Paragraf 3

### Kewenangan dan Tanggung Jawab Dewan Pengawas BLUD

#### Pasal 14

- (1) Kewenangan Dewan Pengawas BLUD yaitu:
- a. memberikan penilaian terhadap kinerja pelayanan dan keuangan RSUD berstatus BLUD;
  - b. meminta laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) rumah sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
  - c. meminta penjelasan dari Direksi dan/ atau Pejabat lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan dirumah sakit dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*);
  - d. melakukan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, dan tujuan RSUD;
  - e. meminta penjelasan dari Komite atau unit non struktural di RSUD terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas BLUD sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*);
  - f. melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja RSUD;
  - g. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate*

- Governance*) untuk ditetapkan oleh Bupati;
- h. meminta Direksi atau Pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direksi untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas BLUD;
  - i. memberikan saran, pertimbangan atau bantuan kepada Direksi dalam melakukan perbuatan hukum tertentu;
  - j. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSUD; dan
  - k. mengusulkan anggaran operasional Dewan Pengawas BLUD kepada Direktur dengan memperhatikan kemampuan keuangan RSUD.
- (2) Tanggung Jawab Dewan Pengawas BLUD yaitu:
- a. mengikuti perkembangan kegiatan RSUD dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi Pengelola RSUD;
  - b. melaporkan kepada Bupati tentang kinerja RSUD;
  - c. memberikan nasehat kepada Direksi dalam melaksanakan pengelolaan RSUD;
  - d. melakukan evaluasi penilaian mutu kinerja baik pelayanan, keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh Direksi RSUD; dan
  - e. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.

#### Paragraf 4 Tugas dan Fungsi Dewan Pengawas BLUD

##### Pasal 15

Tugas dan Fungsi Dewan Pengawas BLUD yaitu:

- a. memantau perkembangan kegiatan RSUD;
- b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan RSUD dan memberikan rekomendasi non keuangan RSUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Direksi RSUD;
- c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
- d. memberikan nasehat kepada Direksi dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya;
- e. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai:
  - 1. RBA yang diusulkan oleh Direksi;
  - 2. Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan RSUD; dan
  - 3. Kinerja RSUD berstatus BLUD.
- f. Dewan Pengawas BLUD melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

#### Paragraf 5 Sekretaris Dewan Pengawas BLUD

##### Pasal 16

- (1) Direktur dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas BLUD untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas BLUD.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertugas:
  - a. bertanggung jawab dalam pengelolaan administrasi dan kesekretariatan Dewan Pengawas BLUD;
  - b. mengatur dan menyiapkan rapat Dewan Pengawas BLUD;
  - c. membuat notulen rapat;
  - d. menyebarkan risalah rapat;
  - e. menyiapkan bahan laporan kegiatan Dewan Pengawas BLUD.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2), bukan merupakan Anggota Dewan Pengawas BLUD dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas BLUD.

Paragraf 6  
Biaya dan Honorarium Dewan Pengawas BLUD

Pasal 17

Segala biaya kegiatan dan honorarium Dewan Pengawas BLUD dan Sekretaris Dewan Pengawas BLUD dibebankan pada anggaran RSUD dan dimuat dalam RBA.

Bagian Keempat  
Hak dan Kewajiban serta Tanggung Jawab RSUD,  
Pasien, dan Peserta Didik

Paragraf 1

Hak dan Kewajiban serta Tanggung Jawab RSUD

Pasal 18

(1) Hak RSUD adalah:

- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit;
- b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
- g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan

(2) Kewajiban rumah sakit adalah:

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit dan mengenai status RSUD sebagai Rumah Sakit Pendidikan kepada pasien dan masyarakat;
- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak, lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etik serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan

- kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak pasien;
  - n. melaksanakan etika rumah sakit;
  - o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
  - p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
  - q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
  - r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (*Hospital by Laws*);
  - s. melindungi dan bertanggung jawab secara hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
  - t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.
- (3) Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh Sumber Daya Manusia Kesehatan di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

## Paragraf 2

### Hak dan Kewajiban serta Tanggung Jawab Pasien

#### Pasal 19

- (1) Setiap pasien mempunyai hak:
- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
  - 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 rumah sakit;
  - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai surat ijin praktek (SIP) baik di dalam maupun di luar rumah sakit;
  - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya terhadap data medisnya;
  - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko 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 rumah sakit;
  - o. mengajukan usul, saran, perbaikan, atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya;
  - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama atau kepercayaan yang dianutnya;
  - q. menggugat dan/ atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara

- perdata maupun pidana;
  - r. mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan perundang-undangan; dan
  - u. memperoleh komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai pelayanan.
- (2) Setiap pasien mempunyai kewajiban:
- a. mematuhi peraturan yang berlaku di rumah sakit;
  - b. menggunakan fasilitas rumah sakit secara bertanggung jawab;
  - c. menghormati hak pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di rumah sakit;
  - d. memberikan informasi jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya;
  - e. memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
  - f. mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan di rumah sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - g. menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/ atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya;
  - h. mentaati seluruh prosedur yang berlaku di rumah sakit;
  - i. memberikan imbalan atau jasa pelayanan rumah sakit yang telah diterima; dan
  - j. mematuhi segala instruksi dokter dan perawat dalam pengobatannya.
- (3) Setiap pasien mempunyai tanggung jawab:
- a. Bertanggung jawab menyelesaikan administrasi dan/ atau biaya sebelum pasien keluar perawatan (pulang, pulang atas permintaan sendiri atau kabur atau pindah ke ruang perawatan yang baru; dan
  - b. Bertanggung jawab mengganti segala kerusakan akibat perbuatan pasien baik sengaja maupun tidak sengaja selama menjalani pelayanan kesehatan di rumah sakit.

### Paragraf 3

#### Hak dan Kewajiban serta Tanggung Jawab Peserta Didik

#### Pasal 20

- (1) Hak peserta didik adalah:
- a. mendapatkan informasi tentang tata tertib, peraturan, dan ketentuan yang berlaku di rumah sakit;
  - b. mendapatkan edukasi dan orientasi sebelum menjalankan pembelajaran klinik di rumah sakit;
  - c. mendapatkan kebutuhan sarana, prasarana, dan fasilitas praktik klinik sesuai dengan kesepakatan bersama antara pihak institusi pendidikan dan rumah sakit;
  - d. mendapatkan pemantauan dan evaluasi selama penyelenggaraan proses pembelajaran klinik;
  - e. mendapatkan keamanan, perlindungan, dan kepastian hukum selama menjalankan praktik klinik di rumah sakit;
  - f. melakukan pendidikan profesi sesuai kompetensinya;
  - g. mendapatkan pembimbing pembelajaran klinik di rumah sakit;
  - h. mendapatkan bimbingan dan pengawasan dalam pelayanan klinis di rumah sakit sesuai dengan kompetensi yang telah disepakati oleh pihak institusi pendidikan dan rumah sakit; dan

- i. mendapatkan penilaian sesuai dengan hasil yang dicapai.
- (2) Kewajiban peserta didik adalah:
- a. mentaati dan mematuhi tata tertib, peraturan dan menjunjung tinggi kode profesi yang berlaku di rumah sakit;
  - b. menghormati dan menghargai pasien, keluarga pasien, pembimbing, staf dan karyawan rumah sakit;
  - c. menjalankan praktik klinik dengan penuh disiplin sesuai dengan jadwal dan kompetensi yang ditetapkan oleh institusi pendidikan;
  - d. memelihara sarana, prasarana, dan fasilitas yang telah disediakan oleh rumah sakit dan apabila oleh karena suatu hal menyebabkan kerusakan alat atau fasilitas sesuai dengan spesifikasinya atau kerugiannya, maka wajib menggantinya;
  - e. menjaga keamanan dan kenyamanan lingkungan rumah sakit; dan
  - f. menyelesaikan tugas (laporan praktik).
- (3) Tanggung jawab peserta didik:
- a. menyelesaikan keperluan administrasi sebagai peserta didik di rumah sakit;
  - b. menyelesaikan pembelajaran klinik dengan baik sesuai ketentuan dan peraturan;
  - c. mempertanggungjawabkan hukuman jika melakukan pelanggaran kode etik, kecurangan akademik dan perbuatan kriminal; dan
  - d. bertanggung jawab mengganti segala kerusakan alat atau fasilitas akibat perbuatan peserta didik baik sengaja maupun tidak sengaja selama menjalani pendidikan di rumah sakit sesuai dengan spesifikasi atau kerugiannya.

Bagian Kelima  
Direksi

Paragraf 1  
Susunan Direksi

Pasal 21

Direksi RSUD terdiri dari :

- a. Direktur, sebagai Pemimpin RSUD sekaligus Pimpinan Pejabat Pengelola RSUD;
- b. Wakil Direktur Pelayanan, sebagai Pejabat Teknis;
- c. Wakil Direktur Umum dan Pendidikan, sebagai Pejabat Teknis;
- d. Wakil Direktur Perencanaan dan Keuangan, sebagai Pejabat Keuangan.

Paragraf 2

Persyaratan Pengangkatan dan Perberhentian Direksi

Pasal 22

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Direktur RSUD adalah:

- a. seorang tenaga medis, tenaga kesehatan atau tenaga profesional dengan latar belakang pendidikan minimal Sarjana Strata 2 (S2) atau setara Sarjana Strata 2 (S2) manajemen rumah sakit yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman dibidang rumah sakit;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit;
- c. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di rumah sakit;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum.

Pasal 23

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan RSUD adalah:

- a. berlatar belakang pendidikan tenaga medis, tenaga kesehatan atau tenaga profesional minimal Sarjana Strata 2 (S2) atau setara Sarjana Strata 2 (S2) manajemen rumah sakit yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman dilingkup pelayanan

- medis;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum.

#### Pasal 24

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Umum dan Pendidikan RSUD adalah:

- a. pendidikan tenaga medis, tenaga kesehatan atau tenaga profesional minimal Sarjana Strata 2 (S2) atau setara Sarjana Strata 2 (S2) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman di lingkungan administrasi rumah sakit dan pendidikan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum.

#### Pasal 25

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Perencanaan dan Keuangan RSUD adalah:

- a. berlatar belakang pendidikan tenaga medis, tenaga kesehatan atau tenaga profesional minimal Sarjana Strata 2 (S2) atau setara Sarjana Strata 2 (S2) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman di lingkungan perencanaan serta keuangan dan/ atau akuntansi;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan rumah sakit pendidikan yang profesional;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 26

Direksi diberhentikan karena:

- a. meninggal dunia;
- b. memasuki usia pensiun sesuai peraturan yang berlaku;
- 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. melanggar visi dan misi, kebijakan atau ketentuan lain yang telah digariskan;
- f. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan/ atau
- g. promosi dan/ atau mutasi jabatan.

#### Paragraf 3

Kewenangan, Tanggung Jawab, Tugas dan Fungsi Direksi

#### Pasal 27

- (1) Direksi mempunyai kewenangan, tugas dan fungsi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Direksi dibantu oleh Kepala Bagian atau Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian atau Kepala Seksi dan Manajer Fungsional.

#### Paragraf 4

Masa Jabatan Direksi

#### Pasal 28

- (1) Masa jabatan Direksi yang berasal dari Aparatur Sipil Negara diatur sesuai dengan kewenangan Bupati.
- (2) Masa jabatan Direksi yang berasal dari tenaga profesional yaitu selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali berdasarkan prestasi kerja dan dipilih oleh

Bupati.

- (3) Direksi diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

Paragraf 5  
Penilaian Kinerja Direksi

Pasal 29

- (1) Penilaian kinerja Direksi dilaksanakan sesuai dengan Pedoman Penilaian Kinerja RSUD dengan status BLUD yang telah disusun oleh Dewan Pengawas BLUD dan disahkan oleh Bupati.
- (2) Penilaian kinerja dilakukan menggunakan pendekatan yang meliputi perspektif pelanggan, proses bisnis internal, pertumbuhan dan pembelajaran, serta keuangan.

Paragraf 6  
Penggajian Direksi

Pasal 30

Penggajian Direksi mengikuti peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Keenam  
Komite, Tim, Instalasi/Unit di RSUD

Pasal 31

- (1) Untuk menunjang pengelolaan kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan RSUD, Direktur membentuk Komite, Tim, dan Instalasi/Unit yang diperlukan dalam meningkatkan pelayanan RSUD.
- (2) Jenis Komite, Tim, dan Instalasi/Unit serta tugas dan fungsinya diatur dalam Peraturan Direktur.

Bagian Ketujuh  
Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)

Paragraf 1  
Ketentuan SPI

Pasal 32

- (1) SPI merupakan wadah non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Dalam melaksanakan tugas bidang pemeriksaan audit kinerja internal RSUD, Direktur dibantu oleh SPI.

Pasal 33

Pemeriksaan operasional RSUD dilakukan oleh SPI.

Pasal 34

SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33, dapat dibentuk dengan mempertimbangkan:

- a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
- b. kompleksitas manajemen; dan
- c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.

Pasal 35

- (1) SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33, bersama jajaran manajemen RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal RSUD.

- (2) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi SPI, antara lain:
- a. sehat jasmani dan rohani;
  - b. memiliki keahlian, etika, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, kapabilitas yang memadai, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan RSUD dengan status BLUD;
  - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
  - d. memahami tugas dan fungsi RSUD dengan status BLUD;
  - e. memiliki pengalaman teknis pada RSUD dengan status BLUD;
  - f. memiliki pendidikan dan/ atau pengalaman teknis sebagai pemeriksa;
  - 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.

## Paragraf 2

### Tugas, Tanggung Jawab, Fungsi, dan Wewenang SPI

#### Pasal 36

- (1) Tugas SPI membantu manajemen RSUD untuk:
- a. melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan dan operasional rumah sakit;
  - b. menilai pelaksanaan kegiatan RSUD; dan
  - c. memberikan saran perbaikan kepada Direktur.
- (2) Tanggung jawab SPI adalah:
- a. menyusun program kerja dan mengajukan ke Direktur untuk disetujui;
  - b. menyusun Pedoman Kerja Pemeriksaan;
  - c. menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) dan dokumen kerja lainnya;
  - d. mendampingi dan atau ikut serta dalam kegiatan pemeriksaan yang dilakukan oleh Pemeriksa Eksternal;
  - e. melakukan pemeriksaan atas Laporan Keuangan dan Laporan Kinerja rumah sakit;
  - f. melakukan pemeriksaan atas peraturan dan kebijakan rumah sakit yang ada apabila dinilai sudah tidak sesuai lagi dan menyarankan untuk dilakukan revisi;
  - g. membuat kajian atas hal tertentu apabila diminta oleh Direktur;
  - h. memberikan masukan, saran, dan rekomendasi kepada Direktur, baik diminta maupun tidak dalam rangka peningkatan kinerja dan citra rumah sakit; dan
  - i. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

#### Pasal 37

Fungsi SPI adalah:

- a. pengamanan harta kekayaan;
- b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
- c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
- d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat.
- e. melakukan pengawasan terhadap segala kegiatan di lingkungan RSUD;
- f. melakukan penelusuran kebenaran laporan atau informasi tentang penyimpangan yang terjadi;
- g. melakukan pemantauan tindak lanjut hasil pemeriksaan aparat pengawas fungsional;
- h. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang pelayanan serta umum dan keuangan;
- i. melakukan pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan internal yang

- ditugaskan oleh Direktur;
- j. melakukan pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
  - k. melakukan pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dan pelaksanaan kegiatan operasional RSUD.

#### Pasal 38

Wewenang SPI adalah :

- a. melakukan kegiatan pemeriksaan pada unit kerja di RSUD dengan berbekal Surat Tugas dari Direktur;
- b. meminta dan mempelajari dokumen yang diperlukan, melihat dan menghitung uang, barang dan harta lainnya;
- c. menetapkan metode dalam rangka kegiatan pemeriksaan;
- d. memberikan konsultasi kepada unit kerja yang diperiksa;
- e. menyusun jadwal pemeriksaan dan melakukan pertemuan yang diperlukan dalam pemeriksaan;
- f. mengundang pejabat dan atau pengelola unit kerja yang diperlukan untuk klarifikasi, melengkapi data, konfirmasi, diskusi berkaitan pemeriksaan;
- g. menyampaikan Laporan Hasil Pemeriksaan ke Direktur; dan
- h. mendatangkan tenaga ahli yang dibutuhkan dalam rangka membantu kegiatan SPI dengan persetujuan Direktur.

#### Bagian Kedelapan Jenis Rapat

#### Pasal 39

- (1) Rapat merupakan pertemuan bersifat komunikasi dan koordinasi yang dilakukan oleh beberapa orang untuk membahas atau menyelesaikan permasalahan yang terjadi dalam rumah sakit.
- (2) Jenis rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
  - a. rapat rutin;
  - b. rapat khusus;
  - c. rapat insidental;
  - d. rapat koordinasi.
  - e. rapat kerja untuk menyusun program; dan
  - f. musyawarah kerja.
- (3) Notulensi rapat merupakan rangkuman hasil rapat yang berisi kesimpulan yang telah disepakati.

#### Pasal 40

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 ayat (2) huruf a, merupakan rapat yang sudah ditentukan dan sudah terprogram.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 ayat (2) huruf b, merupakan rapat yang diadakan dengan suatu perencanaan terlebih dahulu menurut ketentuan yang berlaku.
- (3) Rapat insidental sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 ayat (2) huruf c, merupakan rapat yang tidak berdasarkan jadwal, bergantung pada masalah yang dihadapi.
- (4) Rapat koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 ayat (2) huruf d, merupakan rapat yang dihadiri oleh Direktur dan Pejabat Struktural.
- (5) Rapat kerja untuk menyusun program sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 ayat (2) huruf e, merupakan rapat kerja yang dilaksanakan untuk menyusun program kerja rumah sakit.
- (6) Musyawarah kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 ayat (2) huruf f, merupakan musyawarah yang dilaksanakan untuk mengakomodir usulan kegiatan, program kerja, serta pengembangan dengan pendekatan dari bawah ke

atas.

#### Pasal 41

- (1) Pengambilan keputusan dalam rapat dilakukan dengan memperhatikan masalah, data, dan kapasitas.
- (2) Apabila menemukan suatu persoalan, peserta rapat kemudian menentukan rumusan yang tepat untuk menyelesaikannya berdasarkan data yang relevan.
- (3) Berdasarkan data yang telah didapat, peserta rapat dapat memutuskan dan memilih alternatif yang terbaik untuk menyelesaikan suatu masalah.
- (4) Keputusan rapat yang telah diambil dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab, dengan memperhatikan resiko dan ketidakpastian terhadap keputusan yang dipilih.
- (5) Terhadap pelaksanaan keputusan rapat yang telah diambil dilakukan evaluasi.

### Bagian Kesembilan Struktur Organisasi dan Tata Kelola RSUD

#### Paragraf 1 Struktur Organisasi RSUD

#### Pasal 42

- (1) Struktur organisasi RSUD terdiri dari:
  - a. Unsur Pimpinan: Direksi, terdiri dari:
    1. Direktur;
    2. Wakil Direktur Pelayanan;
    3. Wakil Direktur Umum dan Pendidikan; dan
    4. Wakil Direktur Perencanaan dan Keuangan;
  - b. Wakil Direktur Pelayanan, terdiri dari:
    1. Bidang Pelayanan Medik, terdiri dari:
      - a) Seksi Pelayanan Medik Rawat Jalan dan Rawat Khusus; dan
      - b) Seksi Pelayanan Medik Rawat Inap;
    2. Bidang Pelayanan Penunjang, terdiri dari:
      - a) Seksi Pelayanan Penunjang Medik; dan
      - b) Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik;
    3. Bidang Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, terdiri dari:
      - a) Seksi Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan Rawat Jalan dan Rawat Khusus; dan
      - b) Seksi Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan Rawat Inap;
  - c. Wakil Direktur Umum dan Pendidikan, terdiri dari:
    1. Bagian Umum, terdiri dari:
      - a) Sub Bagian Tata Usaha dan Rumah Tangga;
      - b) Sub Bagian Perlengkapan dan Aset; dan
      - c) Sub Bagian Hukum dan Kerja Sama;
    2. Bagian Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian terdiri dari :
      - a) Sub Bagian Sumber Daya Manusia;
      - b) Sub Bagian Penelitian dan Pengembangan; dan
      - c) Sub Bagian Pendidikan dan Pelatihan;
  - d. Wakil Direktur Perencanaan dan Keuangan, terdiri dari:
    1. Bagian Perencanaan dan Pemasaran terdiri dari:
      - a) Sub Bagian Perencanaan;
      - b) Sub Bagian Data, Evaluasi dan Pelaporan; dan
      - c) Sub Bagian Hubungan Masyarakat dan Pemasaran;
    2. Bagian Keuangan, terdiri dari:
      - a) Sub Bagian Perbendaharaan;
      - b) Sub Bagian Pendapatan;
      - c) Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi;

- e. Satuan Pemeriksaan Internal;
  - f. Komite; dan
  - g. Instalasi.
- (2) Struktur Organisasi RSUD dapat dilakukan penyesuaian sesuai dengan kebutuhan RSUD pada peraturan yang lain yang sederajat tanpa mengubah Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital byLaws*) ini.

Paragraf 2  
Tata Kelola Unit Kerja

Pasal 43

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya setiap Pimpinan unit kerja di lingkungan RSUD menerapkan prinsip komunikasi, koordinasi, kolaborasi, integritasi dan sinkronisasi secara vertikal dan horizontal sesuai tugas masing-masing.
- (2) Dalam hal komunikasi, koordinasi, kolaborasi, integritasi dan sinkronisasi dilakukan dengan instansi di luar RSUD, wajib atas sepengetahuan dan/ atau persetujuan Direktur dan atau Pejabat Pengelola yang bertanggung jawab.

Pasal 44

- (1) Setiap Pimpinan unit kerja bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan serta wajib menyusun rencana kerja tahunan.
- (2) Setiap Pimpinan unit kerja wajib memimpin, melakukan komunikasi, koordinasi, kolaborasi, pembinaan, pengarahan, serta menjadi pelatih atau pembimbing dan mengawasi bawahan masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah yang diperlukan sesuai peraturan perundang-undangan.
- (3) Laporan yang diterima oleh setiap Pimpinan unit kerja dari bawahan, wajib dianalisis untuk dipergunakan sebagai bahan penyusunan kebijakan lebih lanjut.
- (4) Setiap Pimpinan unit kerja wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala sesuai ketentuan.
- (5) Tata hubungan antar struktur dalam organisasi RSUD diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 3

Pembinaan, Pengarahan, Pendampingan, Pengawasan, Monitoring, Evaluasi,  
dan Umpan Balik Penilaian RSUD

Pasal 45

- (1) Pembinaan, pengarahan, pendampingan, pengawasan, monitoring, evaluasi dan umpan balik penilaian dilakukan secara internal dan eksternal.
- (2) Pembinaan, pengarahan dan monitoring teknis RSUD secara eksternal dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah Kabupaten Sidoarjo serta Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
- (3) Pembinaan, pengarahan, pendampingan, pengawasan, monitoring, evaluasi dan umpan balik RSUD secara internal dilakukan oleh Dewan Pengawas BLUD dan Satuan Pemeriksaan Internal.

Pasal 46

- (1) Evaluasi yang menyangkut keprofesian, diantaranya meliputi audit medis, *peer review*, disiplin profesi, etika profesi, dan penerapan keselamatan pasien (*Patient Safety*), dilakukan oleh Komite Medik dan atau Komite Keperawatan.
- (2) Evaluasi dan umpan balik yang bersifat administratif, diantaranya meliputi disiplin kepegawaian dan motivasi kerja, dilakukan oleh Direktur dan Dewan

Pengawas BLUD.

- (3) Evaluasi dan umpan balik pada aspek non keuangan diukur berdasarkan perspektif pengguna jasa pelayanan kesehatan, proses internal pelayanan, pembelajaran dan pertumbuhan.
- (4) Evaluasi dan umpan balik keuangan, diukur berdasarkan tingkat kemampuan RSUD dalam:
  - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (*rentabilitas*);
  - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (*likuiditas*);
  - c. memenuhi seluruh kewajibannya (*solvabilitas*); dan
  - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (5) Sistem akuntabilitas disusun berdasarkan evaluasi dan umpan balik aspek keuangan dan non keuangan.

#### Bagian Kesepuluh Kebijakan Pengelolaan Pelayanan RSUD

##### Pasal 47

- (1) RSUD memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, seragam, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan RSUD.
- (2) RSUD wajib melakukan pengukuran mutu melalui pelaksanaan akreditasi secara berkala sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Bagian Kesebelas Pengelolaan Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan Pengembangan

##### Pasal 48

- (1) Sebagai Rumah Sakit Pendidikan, RSUD wajib mengelola kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan di lingkungan RSUD.
- (2) Kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan diberikan kepada seluruh sumber daya manusia maupun peserta didik di RSUD sesuai mekanisme dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pengelolaan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan di lingkungan RSUD diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

#### Bagian Kedua Belas Pengelolaan Sumber Daya Manusia

##### Paragraf 1 Jenis Sumber Daya Manusia di RSUD

##### Pasal 49

Jenis sumber daya manusia yang ada di RSUD yaitu:

- a. pegawai Aparatur Sipil Negara (ASN); dan
- b. Pegawai profesional lainnya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

##### Paragraf 2 Penerimaan dan Pemberhentian

##### Pasal 50

Pengelolaan sumber daya manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung tercapainya tujuan organisasi secara

efisien serta berorientasi pada peningkatan pelayanan kepada masyarakat.

#### Pasal 51

- (1) Pegawai Aparatur Sipil Negara (ASN) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 huruf a, terdiri dari Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (P3K).
- (2) Pegawai profesional lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 huruf b, terdiri dari Pegawai Kontrak dan Pegawai Tetap.
- (3) Pegawai Kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari:
  - a. Pegawai Kontrak Calon Pegawai Tetap;
  - b. Pegawai Kontrak Tidak Tetap;
  - c. Pegawai Kontrak Profesi Khusus.

#### Pasal 52

- (1) Penerimaan sumber daya manusia di RSUD dilakukan sesuai dengan kebutuhan, profesionalitas, kemampuan keuangan dan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.
- (2) Perencanaan kebutuhan jumlah sumber daya manusia harus mempertimbangkan faktor sebagai berikut:
  - a. misi RSUD;
  - b. populasi pasien yang harus dilayani, kompleksitas, dan intensitas kebutuhan pasien;
  - c. layanan diagnostik dan klinis yang disediakan RSUD;
  - d. jumlah pasien rawat inap dan rawat jalan; dan
  - e. peralatan medis yang digunakan untuk pelayanan pasien.
- (3) Penerimaan pegawai:
  - a. penerimaan Pegawai yang berstatus Aparatur Sipil Negara (ASN) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - b. penerimaan Pegawai yang berstatus tenaga profesional lainnya, dilakukan melalui mekanisme rekrutmen;
  - c. penerimaan Pegawai Profesional lainnya dilakukan dengan cara seleksi oleh panitia yang dibentuk oleh Direktur berdasarkan kebutuhan melalui seleksi administrasi, seleksi kompetensi (tes potensi akademik, tes wawancara atau tes keterampilan (*Skill Test*)), tes psikologi atau psikotest, dan tes kesehatan.
- (4) Ketentuan penerimaan dan pemberhentian Pegawai yang berstatus tenaga Profesional lainnya dilaksanakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

#### Pasal 53

Pemberhentian Pegawai ASN dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang pemberhentian ASN.

#### Paragraf 3

#### Pengelolaan Jenjang Karir

#### Pasal 54

- (1) Pengelolaan jenjang karir Pegawai ASN dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengelolaan jenjang karir Pegawai Profesional lainnya dilakukan sesuai dengan Peraturan Direktur yang berlaku di RSUD.

#### Bagian Ketiga Belas

#### Pengelolaan Keuangan RSUD

#### Paragraf 1

#### Ketentuan Umum Keuangan

#### Pasal 55

Pengelolaan keuangan pada RSUD dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tentang BLUD dan merupakan bagian dari

## Pengelolaan Keuangan Daerah.

### Paragraf 2 Perencanaan dan Penganggaran

#### Pasal 56

- (1) RSUD menyusun Rencana Strategis Bisnis (RSB) dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA).
- (2) Rencana Strategis Bisnis RSUD memuat :
  - a. rencana pengembangan layanan;
  - b. strategis dan arah kebijakan;
  - c. rencana program dan kegiatan; dan
  - d. rencana keuangan.
- (3) Rencana Strategis Bisnis RSUD mencakup pernyataan visi, misi, nilai dasar, kebijakan dasar, program strategis, peta strategis, Rencana Aksi Strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan rumah sakit.
- (4) RSUD menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) mengacu pada Rencana Strategi Bisnis RSUD.
- (5) Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) disusun berdasarkan :
  - a. anggaran berbasis kinerja;
  - b. standar satuan harga; dan
  - c. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain dan/ atau hasil usaha lainnya, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan sumber pendapatan BLUD lainnya.
- (6) Dalam hal BLUD belum menyusun standar satuan harga, BLUD menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan oleh Bupati.
- (7) Tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) mengikuti tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (8) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyusunan, pengajuan, penetapan, perubahan Rencana Strategis Bisnis (RSB) dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) BLUD diatur dalam Peraturan Direktur.

#### Pasal 57

Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) sebagaimana dimaksud pada Pasal 56 merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan RSUD yang bilamana sudah berstatus BLUD berpedoman pada peraturan perundang-undangan terkait pengelolaan keuangan BLUD.

#### Pasal 58

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) meliputi :
  - a. ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
  - b. rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan;
  - c. perkiraan harga;
  - d. besaran persentase ambang batas; dan
  - e. perkiraan maju atau *forward estimate*.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu persentase ambang batas tertentu dan disertai dengan standar pelayanan minimal.
- (3) Rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan rencana anggaran untuk seluruh kegiatan tahunan yang dinyatakan dalam satuan uang yang tercermin dari rencana pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (4) Perkiraan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan estimasi harga jual produk barang dan/atau jasa setelah memperhitungkan

biaya per satuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari Tarif Layanan.

- (5) Besaran persentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan besaran persentase perubahan anggaran bersumber dari pendapatan operasional yang diperkenankan dan ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional BLUD.
- (6) Perkiraan maju sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, dari tahun yang direncanakan guna memastikan kesinambungan program dan kegiatan yang telah disetujui dan menjadi dasar penyusunan anggaran tahun berikutnya.

#### Pasal 59

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) diintegrasikan atau dikonsolidasikan dan merupakan kesatuan dari RKA.
- (2) RKA beserta Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) sebagaimana dimaksud disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan rancangan peraturan daerah tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (3) Ketentuan terkait mekanisme integrasi dan konsolidasi RKA dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) dalam APBD sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Paragraf 3 Pelaksanaan Anggaran

#### Pasal 60

- (1) DPA yang telah disahkan oleh PPKD menjadi dasar pelaksanaan anggaran yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang digunakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pelaksanaan anggaran dilakukan secara berkala sesuai dengan kebutuhan yang telah ditetapkan, dengan memperhatikan anggaran kas dalam DPA, dan memperhitungkan:
  - a. jumlah kas yang tersedia;
  - b. proyeksi pendapatan; dan
  - c. proyeksi pengeluaran.
- (3) Pelaksanaan anggaran dengan melampirkan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA).
- (4) DPA yang telah disahkan dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) menjadi lampiran perjanjian kinerja yang ditandatangani oleh Bupati dan Pimpinan BLUD RSUD.
- (5) Perjanjian kinerja memuat kesanggupan untuk meningkatkan:
  - a. kinerja pelayanan bagi masyarakat;
  - b. kinerja keuangan; dan
  - c. manfaat bagi masyarakat.
- (6) Dalam pelaksanaan anggaran, Pimpinan menyusun laporan pendapatan BLUD, laporan belanja BLUD dan laporan pembiayaan BLUD secara berkala kepada PPKD dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab yang ditandatangani oleh Pimpinan BLUD RSUD.
- (7) Berdasarkan laporan yang melampirkan surat pernyataan tanggung jawab, Kepala Perangkat Daerah menerbitkan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan untuk disampaikan kepada PPKD dan selanjutnya PPKD melakukan pengesahan dengan menerbitkan Surat Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan.

#### Paragraf 4 Tarif Pelayanan Rumah Sakit

#### Pasal 61

- (1) RSUD mengenakan tarif layanan sebagai imbalan atas penyediaan layanan jasa dan atau barang kepada masyarakat.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk pelayanan kesehatan, pemanfaatan aset, dan penjualan hasil produksi usaha, berupa Retribusi.
- (3) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun atas dasar:
  - a. perhitungan biaya per unit layanan; atau
  - b. hasil per investasi dana.
- (4) Tarif layanan yang disusun atas dasar perhitungan biaya per unit layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, bertujuan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya yang dikeluarkan untuk menghasilkan barang atau jasa atas layanan yang disediakan oleh RSUD.
- (5) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dihitung dengan akuntansi biaya.
- (6) Tarif layanan yang disusun atas dasar hasil per investasi dana sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b merupakan perhitungan tarif yang menggambarkan tingkat pengembalian dari investasi yang dilakukan oleh RSUD selama periode tertentu.
- (7) Dalam hal penyusunan tarif tidak dapat disusun dan ditetapkan atas perhitungan biaya per unit layanan atau hasil per investasi dana, tarif dapat ditetapkan dengan perhitungan atau penetapan lain yang berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 62

- (1) Besaran tarif sewa tanah atau bangunan, fasilitas lainnya, dan ditetapkan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dan ditindaklanjuti dengan perjanjian kerjasama dengan pihak lain.
- (2) Besaran tarif studi banding, pendidikan, pelatihan, penelitian dan/ atau pengembangan ditetapkan dengan Keputusan Direktur, sesuai peraturan perundang-undangan dan dapat ditindaklanjuti dengan perjanjian kerjasama dengan pihak lain.

#### Paragraf 5

#### Pendapatan Rumah Sakit

#### Pasal 63

- (1) Pendapatan RSUD 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 RSUD yang sah.
- (2) Pendapatan RSUD 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 RSUD 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 RSUD yang bersumber hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, dapat berupa perolehan dari kerja sama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi RSUD.
- (5) Pendapatan RSUD yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, berupa pendapatan yang berasal dari otorisasi kredit anggaran pemerintah daerah bukan dari kegiatan pembiayaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

- (6) Lain-lain pendapatan RSUD yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e antara lain :
  - 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 RSUD;
  - e. investasi;
  - f. pengembangan usaha;
- (7) Seluruh pendapatan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran RSUD sesuai Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA), kecuali yang berasal dari hibah terikat.
- (8) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (9) Pendapatan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dilaksanakan melalui Rekening Kas BLUD dan diintegrasikan atau dikonsolidasikan ke dalam RKA SKPD pada akun pendapatan daerah pada kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan dari BLUD.
- (10) Dalam pelaksanaan anggaran, Pimpinan menyusun laporan pendapatan RSUD, laporan belanja RSUD dan laporan pembiayaan RSUD secara berkala kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.

## Paragraf 6 Pembiayaan Rumah Sakit

### Pasal 64

- (1) Belanja RSUD terdiri atas:
  - a. belanja operasi; dan
  - b. belanja modal.
- (2) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh belanja RSUD untuk menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
  - a. belanja pegawai,
  - b. belanja barang dan jasa,
  - c. belanja bunga, dan
  - d. belanja lain.
- (4) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh belanja RSUD untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan RSUD.
- (5) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi belanja tanah, belanja peralatan dan mesin, belanja gedung dan bangunan, belanja jalan, irigasi dan jaringan, dan belanja aset tetap lainnya.
- (6) RSUD dapat melakukan pergeseran rincian belanja sepanjang tidak melebihi pagu anggaran dalam jenis belanja pada DPA untuk selanjutnya disampaikan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (7) Rincian belanja dicantumkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA).

### Pasal 65

- (1) Pengelolaan belanja RSUD diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud merupakan belanja yang disesuaikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) dan DPA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud dapat dilaksanakan terhadap belanja RSUD yang bersumber dari pendapatan RSUD.
- (4) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan besaran

persentase realisasi belanja yang diperkenankan melampaui anggaran dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) dan DPA.

- (5) Dalam hal belanja RSUD melampaui ambang batas terlebih dahulu mendapat persetujuan dari Bupati.
- (6) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, RSUD dapat mengajukan usulan tambahan anggaran dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (7) Besaran presentase ambang batas dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal kas.
- (8) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (7) memperhitungkan fluktuasi kegiatan operasional, meliputi:
  - a. kecenderungan atau tren selisih anggaran pendapatan RSUD selain Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah tahun berjalan dengan realisasi 2 (dua) tahun anggaran sebelumnya; dan
  - b. kecenderungan atau tren selisih pendapatan RSUD selain Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dengan prognosis tahun anggaran berjalan.
- (9) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dicantumkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) dan DPA.

#### Pasal 66

- (1) Pembiayaan BLUD terdiri atas:
  - a. penerimaan pembiayaan; dan
  - b. pengeluaran pembiayaan.
- (2) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/ atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun anggaran berikutnya.
- (3) Penerimaan pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, meliputi:
  - a. sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya;
  - b. divestasi; dan
  - c. penerimaan utang atau pinjaman.
- (4) Pengeluaran pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam pada ayat (1) huruf b meliputi:
  - a. investasi; dan
  - b. pembayaran pokok utang atau pinjaman.

#### Pasal 67

- (1) Sisa lebih perhitungan anggaran RSUD merupakan selisih lebih antara realisasi penerimaan dan pengeluaran RSUD selama 1 (satu) tahun anggaran.
- (2) Sisa lebih perhitungan anggaran RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihitung berdasarkan laporan realisasi anggaran pada I (satu) periode anggaran.
- (3) Sisa lebih perhitungan anggaran RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat digunakan dalam tahun anggaran berikutnya, kecuali atas perintah Bupati disetorkan sebagian atau seluruhnya ke kas daerah dengan mempertimbangkan posisi likuiditas dan rencana pengeluaran RSUD.
- (4) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran RSUD dalam tahun anggaran berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan likuiditas.
- (5) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran RSUD dalam tahun anggaran berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang digunakan untuk membiayai program dan kegiatan harus melalui mekanisme Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (6) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran RSUD dalam tahun anggaran

berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (5) apabila dalam kondisi mendesak dapat dilaksanakan mendahului perubahan APBD.

- (7) Kriteria kondisi mendesak sebagaimana dimaksud pada ayat (6) mencakup:
  - a. program dan kegiatan pelayanan dasar masyarakat yang anggarannya belum tersedia dan/ atau belum cukup anggarannya pada tahun anggaran berjalan; dan
  - b. keperluan mendesak lainnya yang apabila ditunda akan menimbulkan kerugian yang lebih besar bagi Pemerintah Daerah dan masyarakat.

#### Paragraf 7 Investasi

##### Pasal 68

- (1) RSUD dapat melakukan investasi sepanjang memberi manfaat bagi peningkatan pendapatan dan peningkatan pelayanan kepada masyarakat serta tidak mengganggu likuiditas keuangan RSUD dengan tetap memperhatikan rencana pengeluaran.
- (2) Investasi sebagai dimaksud pada ayat (1) berupa investasi jangka pendek.

##### Pasal 69

- (1) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (2) merupakan investasi yang dapat segera dicairkan dan dimaksudkan untuk dimiliki selama 12 (dua belas) bulan atau kurang.
- (2) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan mengoptimalkan surplus kas jangka pendek dengan memperhatikan rencana pengeluaran.
- (3) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
  - a. deposito pada bank umum dengan jangka waktu 3 (tiga) sampai dengan 12 (dua belas) bulan dan/ atau yang dapat diperpanjang secara otomatis; dan
  - b. surat berharga negara jangka pendek.
- (4) Karakteristik investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
  - a. dapat segera diperjualbelikan atau dicairkan;
  - b. ditujukan untuk manajemen kas; dan
  - c. instrumen keuangan dengan risiko rendah.

##### Pasal 70

Pengelolaan investasi RSUD sebagai BLUD berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Paragraf 8 Laporan Keuangan

##### Pasal 71

- (1) Laporan Keuangan disusun oleh RSUD sesuai dengan sistem akuntansi BLUD yang ditetapkan oleh Bupati.
- (2) RSUD menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (3) Setiap transaksi keuangan RSUD dicatat dalam dokumen pendukung yang dikelola secara tertib.
- (4) Laporan keuangan RSUD disusun berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintah (SAP) terdiri atas :
  - a. Laporan realisasi anggaran;
  - b. Laporan perubahan saldo anggaran lebih;
  - c. Neraca;
  - d. Laporan operasional;
  - e. Laporan arus kas;

- f. Laporan perubahan ekuitas; dan
  - g. Catatan atas laporan keuangan.
- (5) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil atau keluaran BLUD.
  - (6) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - (7) Setiap bulan RSUD menyusun dan menyampaikan laporan realisasi pendapatan, belanja dan pembiayaan yang disertai surat pernyataan tanggung jawab yang ditandatangani oleh pemimpin kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) untuk mendapatkan pengesahan.
  - (8) Pemimpin menyusun laporan keuangan semesteran dan tahunan.
  - (9) Laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (8) disertai dengan laporan kinerja paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir, setelah dilakukan rewiu oleh Perangkat Daerah yang membidangi pengawasan di Daerah.
  - (10) Hasil rewiu sebagaimana dimaksud merupakan kesatuan dari laporan keuangan RSUD tahunan.
  - (11) Penyusunan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (9) untuk kepentingan konsolidasi dilaksanakan dengan berpedoman pada standar akuntansi BLUD yang ditetapkan oleh Bupati.
  - (12) Pengelolaan arus kas di RSUD menggunakan metode *cash basis*, sedangkan pengelolaan keuangan yang lain menggunakan *accrual basis*.
  - (13) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diintegrasikan atau dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan Perangkat Daerah, untuk selanjutnya diintegrasikan atau dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah.

#### Bagian Keempat Belas Remunerasi

##### Pasal 72

- (1) Remunerasi merupakan imbalan kerja yang yang diantaranya berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif jasa pelayanan, dan bonus yang ditetapkan dengan mempertimbangkan prinsip proporsionalitas, kesetaraan dan kepatutan yang diberikan sesuai tingkat tanggung jawab dan profesionalitas yang dihasilkan.
- (2) Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, dan Pegawai RSUD diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (3) Remunerasi Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diberikan dalam bentuk honorarium.
- (4) Penetapan remunerasi berupa insentif jasa pelayanan bagi Pejabat Pengelola, dan Pegawai RSUD, ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan faktor yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Bagi Pejabat Pengelola dan pegawai yang berstatus Aparatur Sipil Negara, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan Aparatur Sipil Negara serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Bagian Kelima Belas Pengelolaan Aset RSUD

##### Pasal 73

- (1) Aset RSUD terdiri dari aset lancar/ tidak tetap dan aset tidak lancar/ tetap.
- (2) Aset lancar/ tidak tetap pada RSUD meliputi kas dan setara kas, piutang,

persediaan dan aset lancar lainnya yang dapat dicairkan dalam waktu tidak lebih dari satu tahun.

- (3) Aset tidak lancar/ tetap pada RSUD meliputi tanah, gedung dan bangunan, peralatan kedokteran, dan aset tidak lancar lainnya.
- (4) Tambahan aset yang diperoleh melalui donasi atau hibah wajib dikelola sesuai ketentuan standar akuntansi dan persyaratan lain yang diberikan oleh pemberi donasi atau pemberi hibah.
- (5) Aset tidak lancar/ tetap pada RSUD berupa Tanah dan bangunan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disertifikatkan atas nama Pemerintah Daerah.
- (6) Tanah dan bangunan pada RSUD yang tidak digunakan dalam rangka tugas pelayanan dan fungsi RSUD, dapat dimanfaatkan oleh Direktur selaku pengguna barang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (7) Aset tidak lancar/ tetap tidak boleh dialihkan dan/ atau dihapuskan kecuali atas persetujuan Bupati berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (8) Hasil pemanfaatan aset sebagaimana pada ayat (6), merupakan pendapatan RSUD dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (9) Barang inventaris milik RSUD dapat dihapus dan/ atau dialihkan atas dasar pertimbangan ekonomis dengan persetujuan Bupati.
- (10) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (9) merupakan barang habis pakai, barang untuk diolah atau dialihkan atau dijual dan barang lain yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.
- (11) Hasil pengalihan barang dimaksud pada ayat (9) yang berupa penjualan merupakan pendapatan RSUD dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (12) Direktur beserta pejabat dibawahnya secara berjenjang harus memelihara seluruh aset RSUD dengan tertib efektif dan efisien sehingga mempunyai masa manfaat yang sebanyak-banyaknya termasuk teknologinya dan akurasi dari sarana dan prasarana rumah sakit.

#### Bagian Keenam Belas Pengelolaan Informasi dalam SIM RS

##### Pasal 74

- (1) Untuk memudahkan pengolahan data dan mengakomodir kebutuhan informasi di RSUD dilakukan pengelolaan informasi berbasis Teknologi Informasi.
- (2) Pengelolaan informasi di RSUD dilakukan untuk mengoptimalkan pelayanan kepada pasien, kinerja staf dan kinerja rumah sakit secara umum.
- (3) Pemanfaatan Teknologi Informasi pada SIM RS dibuat untuk menciptakan efisiensi dan produktifitas dalam mendukung pengelolaan data pasien, terutama dalam memberikan pelayanan prima kepada pasien.

##### Pasal 75

Maksud dibuat SIM RS adalah untuk mempermudah kegiatan proses pelayanan di RSUD.

##### Pasal 76

- (1) SIM RS mempunyai tujuan:
  - a. meningkatkan efisiensi, efektivitas, profesionalisme, kinerja, serta akses dan pelayanan RSUD;
  - b. pengembangan subsistem baru guna meningkatkan pelayanan atau nilai manfaat bagi masyarakat; dan
  - c. mengintegrasikan SIM RS dengan sistem eksternal.

- (2) Petunjuk teknis dan petunjuk pelaksanaan untuk mewujudkan tujuan SIM RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Bagian Ketujuh Belas  
Pengelolaan Data dan Rekam Medis

Pasal 77

- (1) Pengelolaan data di RSUD dibuat berbasis Teknologi Informasi.
- (2) Pengelolaan data informasi medis dilakukan sejak pasien masuk sampai dengan pasien pulang, dirujuk, dan/atau meninggal dan dibuat dalam bentuk dokumen rekam medis.
- (3) Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik.
- (4) Substansi rekam medis pasien mengikuti peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Penyelenggaraan rekam medis menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.
- (6) Permintaan rekam medis untuk tujuan tertentu harus dilakukan secara tertulis kepada Direktur.
- (7) Rekam medis elektronik wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 25 (dua puluh lima) tahun terhitung sejak tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.

Bagian Kedelapan Belas  
Pengelolaan Kerja Sama dan Promosi RSUD

Pasal 78

- (1) Dalam meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan, RSUD sebagai BLUD dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain.
- (2) Perjanjian kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, efektivitas, sinergi, ekonomis dan saling menguntungkan, itikad baik, kesepakatan bersama, persamaan kedudukan, transparansi, keadilan, dan kepastian hukum.
- (3) Untuk melaksanakan kerja sama sebagaimana dimaksud ayat (1) dibentuk Tim kerja sama yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 79

- (1) Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 ayat (1) meliputi:
  - a. kerja sama operasional; dan
  - b. Pemanfaatan Barang Milik Daerah.
- (2) Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat berupa:
  - a. Kerja sama pada bidang kesehatan;
  - b. Kerja sama manajemen;
  - c. Kerja sama pada bidang pendidikan;
  - d. Kerja sama sewa menyewa; dan
  - e. Kerja sama usaha lainnya yang menunjang tugas dan fungsi RSUD.
- (3) Tata cara kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur dengan berpedoman pada ketentuan Peraturan Perundang-undangan terkait Kerja Sama BLUD.

Pasal 80

- (1) RSUD dapat menyelenggarakan promosi untuk mendukung peningkatan

- pelayanan dan penunjang Rumah Sakit.
- (2) Pendanaan kegiatan promosi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersumber pada Anggaran BLUD.

## BAB V

### PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

#### Bagian Kesatu

#### Maksud, Tujuan, dan Manfaat Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff byLaws*)

##### Paragraf 1

#### Maksud dan Tujuan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff byLaws*)

##### Pasal 81

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff byLaws*) dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*Frame work*) bagi Staf Medis guna melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik dan menjamin terlaksananya mutu layanan medis serta keselamatan pasien sebagaimana yang diharapkan.

##### Pasal 82

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff byLaws*) mempunyai tujuan:

- a. sebagai acuan rumah sakit dalam mengorganisasi Staf Medis dan membentuk Komite Medik untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (*Pasien Safety*);
- b. agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, penegakan disiplin profesi dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi;
- c. sebagai acuan dikembangkannya berbagai peraturan bagi Staf Medis guna menjamin mutu profesional yang meliputi kompetensi dan perilaku seorang Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, Dokter Sub Spesialis, dan Dokter Gigi Spesialis;
- d. menciptakan kerjasama dan sinergisme yang baik antara profesi medis, Pemilik dan manajemen untuk kepentingan pasien;
- e. menyediakan forum bagi pembahasan isu menyangkut staf medis; dan
- f. mengontrol dan menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan Pemilik serta peraturan perundang-undangan.

##### Paragraf 2

#### Manfaat Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff byLaws*)

##### Pasal 83

Manfaat disusunnya Peraturan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) yaitu:

- a. pengorganisasian Staf Medis di rumah sakit menjadi terstandarisasi;
- b. prosedur persyaratan dan penerimaan Staf Medis lebih tertata;
- c. prosedur pelayanan berdasarkan standar profesi dan kode etik profesi medis lebih tertata.
- d. mekanisme kredensial, rekredensial serta Penugasan Klinis (*Clinical Appointmen*) lebih tertata;
- e. mekanisme *peer review*, *reappointment* dan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) lebih tertata.

- f. Terlaksananya *self governing*, *self controlling* dan *self disciplining* dari profesi medis.

Bagian Kedua  
Tata Kelola Staf Medis

Paragraf 1  
Kategori Staf Medis

Pasal 84

- (1) Kategori Staf Medis terdiri dari:
  - a. Staf Medis Tetap, yakni Staf Medis yang berstatus Aparatur Sipil Negara dan tenaga Profesional lainnya;
  - b. Staf Medis Kontrak adalah Staf Medis yang berstatus tenaga Profesional lainnya Kontrak Calon Pegawai Tetap dan Kontrak Profesi Khusus;
  - c. Staf Medis Konsultan adalah Staf Medis yang bukan merupakan Pegawai RSUD dan dibutuhkan dalam pendampingan pelayanan di rumah sakit pada waktu tertentu.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai Staf Medis Kontrak Profesi Khusus diatur dalam Peraturan Direktur.

Paragraf 2  
Persyaratan Staf Medis

Pasal 85

- (1) Syarat untuk menjadi Staf Medis tetap yaitu:
  - a. mengajukan permohonan menjadi Staf Medis
  - b. memiliki Surat Izin Praktek (SIP) di rumah sakit;
  - c. memiliki Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sesuai KewenanganKlinis (*Clinical Privilege*) dari Direktur;
  - d. bersedia dan patuh mengikuti ketentuan dan peraturan yang berlaku di rumahsakit;
  - e. berusia maksimal 65 tahun; dan
  - f. mendapatkan persetujuan dari Pemilik atas usulan Direktur.
- (2) Syarat untuk menjadi Staf Medis tidak tetap yaitu:
  - a. mengajukan permohonan menjadi Staf Medis;
  - b. memiliki Surat Izin Praktek (SIP) di rumah sakit;
  - c. memiliki Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sesuai KewenanganKlinis (*Clinical Privilege*) dari Direktur;
  - d. bersedia dan patuh mengikuti ketentuan dan peraturan yang berlaku di rumahsakit sesuai perjanjian kontrak kerja dengan Pemilik; dan
  - e. berusia maksimal 65 tahun, kecuali dengan pertimbangan tertentu dan masihdibutuhkan oleh rumah sakit.
- (3) Syarat untuk menjadi Staf Medis konsultan yaitu:
  - a. mengajukan permohonan menjadi Staf Medis;
  - b. memiliki Surat Izin Praktek (SIP) dan/ atau Surat Izin Khusus dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo di rumah sakit;
  - c. memiliki Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sesuai Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) dari Direktur; dan
  - d. bersedia dan patuh mengikuti ketentuan dan peraturan yang berlaku di rumahsakit.

Paragraf 3  
Fungsi, Tugas, Tanggung Jawab, dan Wewenang Staf Medis

Pasal 86

Staf Medis mempunyai fungsi :

- a. sebagai pelaksana pelayanan medis;
- b. pendidikan dan pelatihan serta;
- c. penelitian dan pengembangan pelayanan;

- d. melaksanakan penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

#### Pasal 87

Tugas Staf Medis meliputi:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit dan pemulihan;
- b. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan;
- c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan; dan
- d. menyusun, mengumpulkan, menganalisis, dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

#### Pasal 88

Tanggung jawab Staf Medis meliputi:

- a. menjamin terselenggaranya penegakan diagnosa, pemberian pengobatan, dan pemulihan dengan mengutamakan keselamatan pasien;
- b. menyusun rekam medis pasien dan menjaga kerahasiaan isi dokumen rekam medis;
- c. menjamin terselenggaranya mutu pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan; dan
- d. tanggung jawab secara hukum apabila terjadi gugatan dari pasien yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan dalam menjalankan tugasnya dalam merawat pasien pribadinya di rumah sakit.

#### Pasal 89

Wewenang Staf Medis meliputi:

- a. memberikan pelayanan kesehatan atau pelayanan medis sesuai dengan Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) dan standar yang telah ditetapkan oleh Direktur; dan
- b. meminta atau konsultasi kepada Staf Medis yang lebih ahli atau kompeten sesuai ketentuan, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan demi kepentingan terbaik pasien.

#### Paragraf 4

Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)  
dan Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Medis

#### Pasal 90

- (1) Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) setiap Staf Medis dapat saling berbeda walaupun mereka memiliki spesialisasi yang sama dan harus dirinci lebih lanjut dalam Rincian Kewenangan Klinis (*Delineation of Clinical Privilege*).
- (2) Rincian Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) setiap spesialisasi di RSUD ditetapkan oleh Komite Medik dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi dan kondisi di rumah sakit.
- (3) Dalam hal suatu pelayanan medis tertentu harus dilakukan oleh para Staf Medis dari jenis spesialisasi yang berbeda maka Komite Medik wajib menyusun Buku Putih (*White Paper*) untuk pelayanan medis tertentu tersebut dengan melibatkan Mitra Bestari (*Peer Group*) dari beberapa spesialisasi atau subspecialisasi terkait.
- (4) Dalam rangka menjaga mutu pelayanan pada RSUD, Direktur dapat melakukan pembatasan, pengurangan, pencabutan sementara, dan pencabutan tetap Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Medis tanpa adanya rekomendasi Komite Medik.
- (5) Pemberian kembali Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik.
- (6) Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Medis di RSUD berakhir bila

hubungan hukum Staf Medis yang bersangkutan dengan RSUD telah berakhir atau Penugasan Klinisnya (*Clinical Appointment*) dicabut oleh Direktur RSUD atas rekomendasi Komite Medik.

- (7) Untuk mewujudkan tata kelola klinis (*clinical government*) yang baik, Komite Medik dapat memberikan rekomendasi kepada Direktur untuk melakukan penambahan atau perluasan, pembatasan, pengurangan, pencabutan sementara dan pencabutan tetap Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Medis.

#### Pasal 91

- (1) Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (2) dapat diperluas dengan syarat Staf Medis yang bersangkutan mengajukan permohonan kepada Direktur disertai alasan dan melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/ atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (3) Terhadap permohonan perluasan Kewenangan Klinis yang dikabulkan atau ditolak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dituangkan dalam Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

#### Pasal 92

Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) sementara dapat diberikan kepada Pegawai BLUD Kontrak Profesi Khusus dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.

#### Pasal 93

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis RSUD diberikan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

#### Pasal 94

- (1) Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) merupakan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) yang diberikan oleh Direktur melalui penerbitan Surat Penugasan Klinis kepada Staf Medis yang bersangkutan, setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik.
- (2) Rekomendasi Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah melalui proses Kredensial dan Rekredensial.
- (3) Dalam keadaan darurat Direktur dapat memberikan Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) tanpa rekomendasi Komite Medik.
- (4) Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) seperti pada ayat 3) harus ditinjau kembali melalui mekanisme Kredensial setelah keadaan darurat teratasi.
- (5) Setiap penugasan Anggota Staf Medis harus disertai dengan penjelasan terkait Kelompok Staf Medis tempat anggota Staf Medis tersebut ditugaskan.
- (6) Dalam keadaan tertentu Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) dapat diberikan untuk lebih dari satu Kelompok Staf Medis.
- (7) Keadaan darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (4) sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Paragraf 5

#### Penerimaan dan Pemberhentian Staf Medis

#### Pasal 95

- (1) Penerimaan Staf Medis yang berstatus Aparatur Sipil Negara (ASN) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Penerimaan Staf Medis yang berstatus BLUD Non Aparatur Sipil Negara (ASN) dilakukan melalui mekanisme rekrutmen dan seleksi.
- (3) Penerimaan Staf Medis yang berstatus BLUD Non Aparatur Sipil Negara (ASN) dilakukan dengan cara seleksi berdasarkan kebutuhan, melalui :
  - a. seleksi administrasi;
  - b. seleksi kompetensi (tes tulis dan wawancara);
  - c. tes MMPI; dan
  - d. tes kesehatan.
- (4) Ketentuan penerimaan dan pemberhentian Staf Medis yang berstatus BLUD Non Aparatur Sipil Negara (ASN) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

#### Pasal 96

- (1) Pengangkatan kembali Staf Medis diberlakukan bagi Staf Medis yang selesai menjalani pemberhentian sementara.
- (2) pengangkatan kembali Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) didasari dengan surat rekomendasi dari Kelompok Staf Medis terkait dan Komite Medik kepada Direktur.
- (3) Direktur dapat memberikan keputusan persetujuan atau penolakan atas kajian Komite Medik dan Kelompok Staf Medis.
- (4) Calon Staf Medis yang ditolak diberikan surat pemberitahuan oleh Direktur.
- (5) Calon Staf Medis yang disetujui untuk diangkat kembali diterbitkan surat keputusan pengangkatan oleh Direktur.

#### Pasal 97

- (1) Pemberhentian sementara Staf Medis merupakan pencabutan atau pembatalan Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Medis dan keanggotaan dalam Kelompok Staf Medis karena sesuatu hal dan bersifat sementara.
- (2) Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Medis dan keanggotaan dalam Kelompok Staf Medis dapat diberikan kembali setelah Staf Medis mengajukan permohonan pengangkatan kembali Staf Medis dan Anggota Kelompok Staf Medis dengan memenuhi semua persyaratan sebagai Staf Medis dan melalui proses Rekredensial.
- (3) Pemberhentian sementara Staf Medis diberikan ketika:
  - a. kondisi fisik dan mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu melakukan pelayanan medis kurang dari 6 (enam) bulan;
  - b. melakukan pelanggaran terhadap disiplin dan etika atau peraturan lain yang berlaku di Rumah Sakit setelah melakukan kajian Komite Medik, Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit serta Direksi dan mendapat sanksi tidak dapat menjalankan profesi sementara;
  - c. dicabut Penugasan Klinisnya (*Clinical Appointment*) selama masa pembinaan dan pengawasan;
  - d. izin praktek di Rumah Sakit sudah tidak berlaku;
  - e. berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; dan
  - f. melakukan pelanggaran disiplin dan etika profesi kedokteran yang lebih diputuskan oleh sesuai sanksi yang telah tertulis dalam surat keputusan.

#### Pasal 98

- (1) Pemberhentian tetap Staf Medis dilakukan dengan pencabutan atau pembatalan Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Medis dan keanggotaan dalam kelompok Staf Medis karena sesuatu hal dan bersifat tetap.
- (2) Pengangkatan Staf Medis yang pernah menjalani pemberhentian tetap, mengikuti prosedur pengangkatan Staf Medis.
- (3) Pemberhentian tetap Staf Medis diberikan dalam hal:
  - a. Staf Medis berstatus Aparatur Sipil Negara (ASN), pemberhentian dilakukan apabila kondisi fisik dan mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan medis selama 2 (dua) kali 6 (enam) bulan jika hasil pemeriksaan 6 (enam) bulan pertama masih ada harapan untuk membaik berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh

- Tim Kesehatan yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit, namun apabila hasil pemeriksaan 6 (enam) bulan pertama tidak memungkinkan ada perbaikan maka Staf Medis yang bersangkutan diberhentikan;
- b. bagi Staf Medis berstatus non Aparatur Sipil Negara (ASN), pemberhentian dilakukan apabila kondisi fisik dan mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan medis selama 3 (tiga) bulan dan dapat diperpanjang satu kali berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Kesehatan yang telah ditetapkan oleh RSUD;
  - c. telah memasuki masa pensiun sesuai peraturan yang berlaku;
  - d. atas permintaan sendiri, Staf Medis dapat mengajukan pemberhentian sebagai Staf Medis Rumah Sakit, kepada Direktur melalui Ketua Kelompok Staf Medis terkait, selambat-lambatnya 1(satu) bulan sebelum waktu berhenti;
  - e. berakhirnya masa perjanjian kerja dan tidak diperpanjang atau tidak disetujui untuk diangkat kembali sebagai anggota Kelompok Staf Medis;
  - f. melakukan pelanggaran terhadap disiplin dan etika atau peraturan lain yang berlaku di Rumah Sakit setelah melalui kajian Komite Medik, Komite Etik dan Hukum serta Direksi dan mendapatkan sanksi tidak dapat menjalankan profesi tetap;
  - g. melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap; dan
  - h. tidak dapat melaksanakan pelayanan medis atau profesi selama lebih dari 12 (dua belas) bulan karena terlibat dalam masalah hukum dan/ atau masalah organisasi profesi.

#### Paragraf 6

#### Hak dan Kewajiban Staf Medis

#### Pasal 99

- (1) Hak Staf Medis Tetap yaitu:
  - a. mendapatkan perlindungan keselamatan kerja;
  - b. menjalani cuti atau meninggalkan tugas sesuai ketentuan rumah sakit, dengan tata cara pengajuan cuti mengikuti peraturan yang berlaku di rumah sakit;
  - c. menolak merawat pasien yang dapat menimbulkan konflik hubungan Dokter dan Pasien, kecuali pasien dalam kondisi kritis yang mengancam jiwa;
  - d. mendapat imbalan jasa sesuai ketentuan yang berlaku;
  - e. mendapat kesempatan secara adil dan merata untuk mengembangkan karir dibidangnya;
  - f. memiliki hak suara dan dapat dipilih sebagai Ketua dan/ atau pengurus Komite Medik; dan
  - g. memiliki hak untuk mendapatkan perlindungan hukum terhadap pelayanan yang dilakukan di rumah sakit.
- (2) Hak Staf Medis Tidak Tetap yaitu:
  - a. mendapatkan perlindungan keselamatan kerja;
  - b. meninggalkan tugas sesuai ketentuan rumah sakit, dengan dengan tata cara pengajuan cuti mengikuti peraturan yang berlaku di rumah sakit;
  - c. menolak merawat pasien yang dapat menimbulkan konflik hubungan Dokter dan pasien, kecuali pasien dalam kondisi kritis yang mengancam jiwa;
  - d. mendapat imbalan jasa sesuai ketentuan yang berlaku; dan
  - e. memiliki hak suara dan dapat dipilih sebagai pengurus Komite Medik.
- (3) Hak Staf Medis Konsultan yaitu:
  - a. mendapatkan perlindungan keselamatan kerja;
  - b. menolak merawat pasien yang dapat menimbulkan konflik hubungan Dokter pasien, kecuali pasien dalam kondisi kritis yang mengancam jiwa;
  - c. mendapat imbalan jasa sesuai ketentuan yang berlaku; dan

d. tidak memiliki hak suara ataupun dipilih sebagai pengurus Komite Medik.

#### Pasal 100

- (1) Kewajiban Staf Medis terhadap pasien meliputi:
  - a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, Panduan Praktek Klinik, dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di rumah sakit;
  - b. merujuk atau mengkonsultasikan pasien kepada Staf Medis lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik di bidangnya, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan demi kepentingan terbaik pasien atas persetujuan pasien atau keluarga pasien;
  - c. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan jugasetelah pasien itu meninggal dunia;
  - d. melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila yakin ada Staf Medis lain yang bertugas dan mampu melakukannya;
  - e. menunjuk Staf Medis lain dalam keahlian yang sama sebagai pengganti apabila berhalangan, dan harus diinformasikan kepada pasien yang bersangkutan; dan
  - f. memberikan penjelasan secara lengkap kepada pasien sebelum persetujuan tindakan disetujui pasien (*informed consent*).
- (2) Kewajiban Staf Medis terhadap RSUD meliputi:
  - a. menjadi anggota Kelompok Staf Medis;
  - b. Staf Medis sebagai Karyawan dan tenaga profesional, tunduk pada seluruh ketentuan dan peraturan rumah sakit yang berlaku sesuai dengan status kepegawaiannya;
  - c. Staf Medis sebagai tenaga profesional dan Karyawan, tunduk pada ketentuandan peraturan profesi kedokteran yang berlaku dan Kewenangan Klinis (*ClinicalPrivilege*) yang diberikan;
  - d. membuat rekam medis dan mematuhi petunjuk pelaksanaannya, rekam medis harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan. Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi waktu, nama dan tanda tangan;
  - e. menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya;
  - f. mematuhi kebijakan rumah sakit tentang obat dan formularium rumah sakit.
- (3) Kewajiban Staf Medis terhadap diri sendiri meliputi:
  - a. menjalankan tugas yang diberikan oleh Ketua Kelompok Staf Medis dan/ atau Direktur;
  - b. mengajukan permohonan izin secara tertulis kepada Direktur bila meninggalkan tugas rumah sakit dengan menyebutkan alasan yang jelas;
  - c. mengalihkan tugas dan tanggung jawabnya kepada Staf Medis lain pada saat berhalangan menjalankan tugas secara tertulis, dengan sepengetahuan KetuaKelompok Staf Medis dan Wakil Direktur Pelayanan;
  - d. meningkatkan kinerja dalam bidang masing-masing;
  - e. berperan aktif menyusun perencanaan dan mendukung program rumah sakit sesuai dengan tugas dan kewenangannya;
  - f. menyimpan dan menjaga kerahasiaan data serta informasi yang berhubungan dengan kegiatan usaha rumah sakit terhadap pihak lain yang tidak berwenang
  - g. menjaga dan memelihara sarana dan prasarana RSUD;
  - h. memelihara kerapihan dan kebersihan tempat kerja masing-masing;
  - i. bilamana ada hal yang diduga dapat berakibat tidak baik terhadap rumah sakit, Staf Medis wajib segera melaporkan ke unit terkait.
  - j. menjaga kesehatan diri sendiri;
  - k. menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran;
  - l. mengikuti acara ilmiah atau konferensi yang rutin diadakan di rumah sakit;

dan  
m. senantiasa memelihara dan meningkatkan kompetensinya.

Bagian Ketiga  
Tata Kelola KSM

Paragraf 1  
Pengertian KSM

Pasal 101

- (1) Sekumpulan Staf Medis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya atau kelompok profesi yang serumpun dikelompokkan sesuai keahliannya atau dengan pertimbangan khusus.
- (2) KSM merupakan organisasi Staf Medis yang terdiri dari Dokter Umum dan/ atau Dokter Spesialis yang memberikan pelayanan medis di RSUD.
- (3) KSM bukan merupakan organisasi otonom dalam menentukan kebijakan.

Paragraf 2  
Pengorganisasian KSM

Pasal 102

- (1) Dokter, Dokter Spesialis, Dokter Sub Spesialis, Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis (purna waktu dan paruh waktu) yang bekerja di unit pelayanan wajib menjadi anggota Kelompok Staf Medis, termasuk tenaga kerja sama operasional (*outsourcing*).
- (2) Setiap KSM minimal terdiri dari 2 (dua) orang Dokter.
- (3) KSM dalam melakukan tugasnya dikelompokkan sesuai spesialisasi atau keahliannya atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus.
- (4) Secara administrasi manajerial, KSM berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (5) KSM ditentukan oleh Direktur disesuaikan dengan kebutuhan RSUD.

Pasal 103

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian keanggotaan KSM merupakan kewenangan Direktur, ditetapkan dengan keputusan Direktur atas rekomendasi Komite Medik dan KSM terkait.
- (2) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian keanggotaan KSM diatur dalam peraturan Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan tugas administrasi, KSM dibantu oleh Sekretariat.

Paragraf 3  
Tugas, Tanggung Jawab, Wewenang dan Kewajiban KSM

Pasal 104

Tugas KSM adalah:

- a. membantu Direktur dalam penyelenggaraan pelayanan medis sesuai dengan bidang atau spesialisasi Kelompok Staf Medis;
- b. mengendalikan Staf Medis dalam hal *self controlling* dan *self discipline* agar menghasilkan pelayanan medis yang efisien dan bertanggung jawab;
- c. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit dan pemulihan;
- d. meningkatkan kemampuannya, melalui program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan;
- e. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan; dan
- f. menyusun Panduan Praktik Klinik di bidang profesinya.

#### Pasal 105

- (1) KSM mempunyai tanggung jawab yang terkait dengan mutu, etik dan pengembangan pendidikan Staf Medis.
- (2) Tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:
  - a. memberikan rekomendasi melalui Komite Medik atau Sub Komite Kredensial kepada Direktur rumah sakit terhadap permohonan penempatan Dokter baru atau penempatan ulang di rumah sakit yang diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf ByLaws*) rumah sakit;
  - b. manajerial;
  - c. tersusunnya Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan medik bidang keilmuan atau keprofesian;
  - d. tersusunnya indikator mutu klinis;
  - e. tersusunnya uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya;
  - f. terselenggaranya evaluasi kinerja Staf Medis berdasarkan data yang komprehensif melalui pemeriksaan *peer*, audit medis atau program peningkatan mutu; dan
  - g. memberikan laporan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur.

#### Pasal 106

Kewenangan KSM meliputi:

- a. memberi kesempatan bagi para Staf Medis untuk mengikuti pengembangan diri dalam bidang profesinya;
- b. memberikan masukan kepada Direktur melalui Ketua Komite Medik, hal yang terkait dengan praktik kedokteran;
- c. memberikan laporan hasil pemantauan indikator mutu klinik, hasil evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan Staf Medis melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur;
- d. melakukan perbaikan (*updating*) Standar Prosedur Operasional (SPO) dan dokumen terkait; dan
- e. penetapan Panduan Praktik Klinik (PPK) dibidang profesinya.

#### Pasal 107

- (1) Kewajiban KSM diantaranya:
  - a. menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medik yang terdiri dari:
    1. Standar Prosedur Operasional bidang administrasi atau manajerial meliputi pengaturan tugas rawat jalan, pengaturan tugas rawat inap, pengaturan tugas rawat intensif, pengaturan tugas kamar operasi, pengaturan tugas kamar bersalin, pengaturan visite, pengaturan pertemuan klinik, menghitung presentasi kasus, dan pengaturan prosedur konsultasi.
    2. Standar Prosedur Operasional pelayanan medik bidang keilmuan atau keprofesian berupa standar pelayanan medis;
  - b. menyusun indikator mutu klinis masing-masing Kelompok Staf Medis, minimal 3 (tiga) jenis indikator mutu *output* dan *outcome*;
  - c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya; dan
  - d. menyusun Panduan Praktik Klinik di bidang profesinya.
- (2) Standar Prosedur Operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, angka 1, dilaksanakan dibawah koordinasi Direktur.
- (3) Standar Prosedur Operasional pelayanan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, angka 2 dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. masing-masing kelompok menyusun standar pelayanan medis minimal untuk 10 jenis penyakit;

- b. Penyusunan Standar Prosedur Operasional pelayanan medis dibawah koordinasi Komite Medik.

Paragraf 4  
Struktur Organisasi Kelompok Staf Medis

Pasal 108

- (1) KSM minimal terdiri dari 2 dokter, susunan Kelompok Staf Medis bila mencukupi terdiri dari:
  - a. Ketua Kelompok Staf Medis merangkap Anggota;
  - b. Sekretaris merangkap Anggota;
  - c. Koordinator Pelayanan merangkap Anggota;
  - d. Koordinator Pendidikan merangkap Anggota; dan
  - e. Koordinator Penelitian dan Pengembangan Pelayanan merangkap Anggota.
- (2) Anggota KSM terdiri dari semua Dokter, Dokter Spesialis, dan/ atau Dokter Sub Spesialis yang bekerja di rumah sakit, baik tetap (purna waktu) maupun tidak tetap (paruh waktu).
- (3) Sekretaris dan Koordinator KSM dijabat oleh Staf Medis yang dipilih oleh Ketua KSM.
- (4) Dalam menjalankan tugasnya, Ketua, Sekretaris dan Koordinator KSM dibantu oleh Staf Administrasi.

Paragraf 5  
Ketua Kelompok Staf Medis

Pasal 109

- (1) Ketua Kelompok Staf Medis merupakan Staf Medis yang dipilih oleh Anggota Kelompok Staf Medis.
- (2) Ketua Kelompok Staf Medis diangkat oleh Direktur, untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali.

Paragraf 6  
Tugas, Tanggung Jawab, dan Wewenang Ketua KSM

Pasal 110

Tugas Ketua KSM meliputi:

- a. menyusun uraian tugas dan wewenang masing-masing Anggota KSM serta tata kerja kelompoknya;
- b. mengkoordinir semua kegiatan Anggota KSM;
- c. membuat usulan program untuk meningkatkan keilmuan dan keterampilan bagi semua Anggota KSM;
- d. melakukan pemantauan kinerja praktik Anggota KSM berdasarkan data yang komprehensif; dan
- e. menyusun laporan secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Direktur antara lain mengenai pemantauan indikator mutu klinis, hasil evaluasi kinerja praktik klinis pelaksanaan program pengembangan pelayanan dan pengembangan Anggota KSM.

Pasal 111

Tanggung Jawab Ketua KSM adalah:

- a. tersusunnya uraian tugas dan wewenang masing-masing Anggota KSM serta tata kerja kelompoknya;
- b. terselenggaranya koordinasi semua kegiatan Anggota KSM;
- c. tersedianya usulan program untuk meningkatkan keilmuan dan keterampilan bagi semua Anggota KSM;
- d. tersedianya hasil pemantauan kinerja praktik Anggota KSM berdasarkan data yang komprehensif; dan
- e. tersusunnya laporan secara berkala 1 (satu) semester sekali kepada Direktur

antara lain mengenai indikator mutu klinis, hasil evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan pelayanan dan pengembangan Anggota KSM.

#### Pasal 112

Kewenangan Ketua KSM meliputi:

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik atau Sub Komite Kredensial;
- b. kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Staf Medis baru di Rumah Sakit;
- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik atau Sub Komite Kredensial kepada Direktur atau Badan Pengurus terhadap permohonan penempatan ulang Staf Medis di Rumah Sakit;
- d. memberikan masukan kepada Direktur mengenai hal yang terkait dengan perkembangan ilmu, teknologi kedokteran, temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik kedokteran;
- e. mengatur dan mengarahkan Anggota Kelompok Staf Medis agar pelayanan medis berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku;
- f. memberikan usulan kepada Direktur melalui Ketua Komite Medik mengenai penerimaan Staf Medis baru, pengangkatan Anggota Kelompok Staf Medis dan pengangkatan kembali Anggota KSM;
- g. rekomendasi kriteria pemberian Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) dalam Kelompok Staf Medisnya; dan
- h. menjadi Anggota *ex-officio* Komite Medik.

#### Paragraf 7

#### Pengangkatan dan Pemberhentian Ketua KSM

#### Pasal 113

Pengangkatan Ketua KSM dilakukan pada Staf Medis yang memenuhi persyaratan untuk dapat menjadi Ketua KSM dan mendapat pertimbangan dari Komite Medik.

#### Pasal 114

- (1) Pemberhentian jabatan Ketua KSM terjadi apabila:
  - a. diberhentikan dari jabatannya dalam hal:
    1. memasuki masa pensiun;
    2. meninggal dunia;
    3. mengundurkan diri;
    4. Ketua KSM yang baru telah dipilih; atau
    5. tidak memenuhi persyaratan lagi untuk menjabat sebagai Ketua KSM,
  - b. Ketua KSM diusulkan untuk diberhentikan dari jabatannya oleh 2/3 (dua per tiga) orang Staf Medis yang memiliki hak suara dalam rapat rutin atau rapat khusus dan telah diperkuat oleh Komite Medik dan Direktur.
  - c. Ketua KSM melakukan tindakan yang berlawanan secara langsung dengan tugasnya, atau gagal melaksanakan tugasnya, sehingga diusulkan untuk diberhentikan oleh 2/3 (dua per tiga) orang Staf Medis yang memiliki hak suara dalam rapat Komite Medik yang diselenggarakan khusus untuk hal tersebut, dan telah disetujui oleh Direktur; dan
- (2) Pemberhentian Ketua KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berpengaruh terhadap penugasan sebagai Staf Medis.

#### Paragraf 8

#### Masa Kerja Kepengurusan KSM

#### Pasal 115

- (1) Masa kerja kepengurusan KSM adalah 3 (tiga) tahun.
- (2) Kepengurusan KSM dapat ditinjau kembali oleh Ketua KSM apabila Pengurus KSM tidak dapat menjawab tugas dan tanggung jawab sebagai Pengurus KSM.

Paragraf 9  
Rapat KSM

Pasal 116

- (1) Rapat Rutin KSM diselenggarakan KSM secara terjadwal.
- (2) Rapat Rutin merupakan rapat koordinasi antar KSM dan antar Koordinator dalam satu KSM untuk mendiskusikan dan mencari pelayanan kesehatan.
- (3) Rapat Rutin dilaksanakan paling sedikit 12 (dua belas) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan.
- (4) Sekretaris KSM menyampaikan undangan rapat kepada setiap Anggota Staf Medis.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris KSM harus melampirkan 1 (satu) salinan agenda dan 1 (satu) salinan risalah rapat sebelumnya.

Bagian Keempat  
Tata Kelola Komite Medik

Paragraf 1  
Pengertian Komite Medik

Pasal 117

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di RSUD oleh Direktur RSUD dan berkedudukan dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan Staf Medis dan tidak membawahi KSM.
- (3) Pembentukan Komite Medik ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 2  
Struktur Organisasi Komite Medik

Pasal 118

- (1) Susunan organisasi Komite Medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite.
- (2) Dalam hal keterbatasan sumber daya manusia, susunan organisasi Komite Medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
  - a. Ketua dan Sekretaris tanpa Sub Komite; atau
  - b. Ketua dan Sekretaris merangkap Ketua dan Anggota Sub Komite.
- (3) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur RSUD dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis yang bekerja di RSUD.
- (4) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur RSUD dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (5) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur RSUD berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis yang bekerja di RSUD.
- (6) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Sub Komite.
- (7) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (5) terdiri dari :
  - a. Sub Komite Kredensial, yang bertugas menapis profesionalisme Staf Medis;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi, yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme Staf Medis; dan
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi, yang bertugas menjaga disiplin, etika,

dan perilaku profesi Staf Medis.

Paragraf 3  
Ketua Komite Medik

Pasal 119

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis.
- (2) Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medik adalah:
  - a. Dokter Spesialis yang bekerja minimal 5 tahun di rumah sakit;
  - b. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
  - c. berkelakuan baik, mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani dilingkungan profesinya;
  - d. mempunyai loyalitas yang tinggi kepada rumah sakit; dan
  - e. tidak menduduki jabatan struktural rumah sakit.
- (3) Ketua Komite Medik dipilih secara demokratis, dengan secara mufakat.
- (4) Dalam hal tidak didapatkan kesepakatan dan/ atau mufakat, pemilihan dilakukan dengan pengambilan suara.
- (5) Pengangkatan Ketua Komite Medik ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (6) Ketua Komite Medik yang sama dapat dipilih kembali.
- (7) Ketua Komite Medik diberhentikan apabila:
  - a. masa kerjanya berakhir;
  - b. mengajukan permohonan untuk berhenti menjadi Ketua Komite Medik;
  - c. kondisi kesehatannya menyebabkan tidak dapat bertugas optimal;
  - d. berhalangan tetap; dan
  - e. diminta oleh 2/3 (dua per tiga) dan/ atau lebih Anggota Staf Medis.
- (8) Ketua Komite Medik diberhentikan melalui Keputusan Direktur.
- (9) Dalam hal diajukan permohonan untuk berhenti sebagai Ketua Komite Medik, haknya sebagai Staf Medis tetap berlaku.

Paragraf 4

Tugas, Tanggung Jawab dan Wewenang Ketua Komite Medik

Pasal 120

Tugas Ketua Komite Medik meliputi:

- a. mengkoordinasi penyusunan standar pelayanan medis oleh KSM dan memantau pelaksanaannya;
- b. mengatur Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) dan/ atau profesi antar KSM atas usulan KSM;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis melalui monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan oleh Sub Komite;
- d. menyusun dan melaksanakan standar upaya peningkatan mutu pelayanan dan pengembangan pelayanan RSUD;
- e. menyusun dan melakukan standar kredensial dan rekredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD;
- f. menyusun dan melaksanakan standar mutu profesi;
- g. menyusun dan melaksanakan pembinaan standar etika dan standar disiplin profesi;
- h. membantu menyusun Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) dan memantau pelaksanaannya;
- i. memberikan laporan kegiatan kepada Direktur; dan
- j. memberikan rekomendasi tentang kerjasama antar RSUD.

#### Pasal 121

Tanggung jawab Ketua Komite Medik meliputi:

- a. tersusunnya standar pelayanan medis yang dievaluasi secara berkala setiap 3 (tiga) tahun;
- b. terbentuknya KSM sesuai kebutuhan RSUD;
- c. tersedianya hasil monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis secara berkala;
- d. ada usulan program, laporan peningkatan mutu pelayanan, dan pengembangan pelayanan rumah sakit;
- e. terselenggaranya proses kredensial secara berkala;
- f. adanya program dan laporan pembinaan etika dan disiplin profesi;
- g. tersusunnya Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*); dan
- h. tersedianya laporan kegiatan kepada Direktur.

#### Pasal 122

Wewenang Ketua Komite Medik meliputi:

- a. memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kompetensi Staf Medis;
- b. memberikan rekomendasi Rincian Kewenangan Klinis (*Deliniation of Clinical Privilege*);
- c. memberikan rekomendasi Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*);
- d. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) tertentu;
- e. memberikan rekomendasi perubahan atau modifikasi Rincian Kewenangan Klinis (*Deliniation of Clinical Privilege*);
- f. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*);
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin;
- i. monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis sesuai yang tercantum di dalam tugas Komite Medik;
- j. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran di RSUD;
- k. melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan profesi antar KSM; dan
- l. sebagai pengendali utama melakukan kredensial dan rekredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD.

#### Paragraf 5 Sub Komite

#### Pasal 123

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya Komite Medik dapat dibantu Sub Komite.
- (2) Sub Komite minimal terdiri dari:
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (3) Susunan struktur organisasi Sub Komite yaitu:
  - a. Ketua Sub Komite merangkap anggota, Sekretaris Sub Komite merangkap anggota, dan Anggota Sub Komite; dan
  - b. Ketua Sub Komite dapat salah seorang Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris dan Anggota Komite Medik.
- (4) Sub Komite ditetapkan oleh Direktur RSUD atas usulan Ketua Komite Medik setelah mendapat kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medik.
- (5) Dalam melaksanakan kegiatannya Sub Komite wajib menyusun kebijakan, program dan prosedur kerja.
- (6) Sub Komite membuat laporan berkala dan laporan akhir tahun kepada Komite Medik.
- (7) Laporan akhir tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (6) antara lain berisi evaluasi kerja selama setahun dan rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya.

- (8) Sub Komite mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (9) Biaya operasional dibebankan kepada anggaran RSUD.

#### Pasal 124

- (1) Fungsi Sub Komite Kredensial adalah melaksanakan kebijakan Komite Medik di bidang kredensial dan rekredensial profesi medis.
- (2) Susunan Sub Komite Kredensial terdiri dari Ketua, Wakil Ketua dan Anggota.
- (3) Anggota Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan wakil dari Kelompok Staf Medis dan/ atau yang mewakili.
- (4) Sub Komite Kredensial dalam menjalankan fungsinya mempunyai tugas sebagai berikut:
  - a. melakukan review permohonan untuk menjadi anggota Staf Medis rumah sakit secara total obyektif, adil, jujur dan terbuka;
  - b. membuat rekomendasi hasil review berdasarkan kriteria yang ditetapkan dan sesuai dengan kebutuhan Staf Medis di RSUD;
  - c. membuat laporan kepada Komite Medik apabila permohonan sesuai dengan ketentuan yang diatur di dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff byLaws*) di RSUD;
  - d. membuat dan melaksanakan rencana kerja Sub Komite Kredensial;
  - e. menyusun tata laksana dan instrumen kredensial;
  - f. melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan;
  - g. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    - 1) kompetensi;
    - 2) kesehatan fisik dan mental; dan
    - 3) etika profesi,
  - h. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
  - i. melakukan proses Rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) dan adanya permintaan dari Direktur melalui Komite Medik; dan
  - j. pelaporan hasil penilaian Kredensial dan Rekredensial, serta menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) kepada Komite Medik.
- (5) Wewenang Sub Komite Kredensial yakni melaksanakan kegiatan kredensial secara adil, jujur, dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.
- (6) Sub Komite Kredensial bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

#### Pasal 125

- (1) Fungsi Sub Komite Mutu Profesi adalah memelihara mutu profesi Staf Medis dan melaksanakan kebijakan Komite Medik di bidang mutu profesi medis.
- (2) Susunan Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris, dan Anggota.
- (3) Ketua Sub Komite Mutu Profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) wajib menjadi anggota dalam Komite Peningkatan Mutu Rumah Sakit.
- (4) Sub Komite Mutu Profesi dalam melaksanakan fungsinya mempunyai tugas sebagai berikut:
  - a. membuat dan melaksanakan rencana kerja atau program kerja Sub Komite MutuProfesi;
  - b. melakukan pelaksanaan audit medis, serta pemantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis;
  - c. membuat panduan mutu pelayanan medis;
  - d. menyusun indikator mutu klinik dengan melakukan koordinasi dengan Kelompok Staf Medis dan unit kerja, indikator yang disusun berupa indikator output atau outcome;
  - e. melakukan koordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu Rumah Sakit;
  - f. melakukan pemantauan ilmiah internal dalam rangka pendidikan

- berkelanjutan bagi Staf Medis;
- g. membuat rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis;
  - h. membuat rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis tersebut; dan
  - i. membuat rekomendasi proses pendampingan bagi Staf Medis yang membutuhkan;
  - j. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.
- (5) Mekanisme kerja Sub Komite Mutu Profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
- a. Tata kelola klinis (*Clinical Governance*);
  - b. Audit medis;
  - c. Pembahasan Kasus Kematian;
  - d. Pembahasan Kasus Sulit;
  - e. *Evidence-based Practice* dan *Health Technology Assessment*;
  - f. Pendampingan profesi medis (*Proctoring*).
- (6) Wewenang Sub Komite Mutu Profesi yaitu melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.
- (7) Sub Komite Mutu Profesi bertanggung jawab kepada Komite Medik.

#### Pasal 126

- (1) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki tujuan:
- 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 RSUD.
- (2) Susunan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari Ketua, Wakil Ketua dan Anggota yang dipilih dari anggota Kelompok Staf Medis.
- (3) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dalam menjalankan fungsinya memiliki tugas sebagai berikut:
- a. membuat dan melaksanakan rencana kerja Sub Komite dan Disiplin Profesi;
  - b. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
  - c. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
  - d. mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika;
  - e. melakukan koordinasi dengan Komite Etik rumah sakit; dan
  - f. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.
- (4) Mekanisme kerja Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
- a. pendisiplinan perilaku profesional;
  - b. pembinaan profesionalisme kedokteran; dan
  - c. pertimbangan keputusan etik.
- (5) Wewenang Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi yaitu melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektor dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.
- (6) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi bertanggung jawab kepada Komite Medik.

#### Bagian Kelima

Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis, Kelompok Staf Medis,  
dan Komite Medik

#### Paragraf 1

Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

#### Pasal 127

- (1) Dalam rangka pembinaan, Komite Medik dan KSM dapat memberikan rekomendasi kepada Direktur untuk pemberian sanksi administratif berupa teguran lisan dan teguran tertulis kepada Staf Medis.
- (2) Pembinaan sebagaimana ayat (1) dapat berupa:
  - a. teguran tertulis tanpa pembatasan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) untuk pelanggaran ringan tanpa membahayakan pasien, tetapi membahayakan rumah sakit;
  - b. pembatasan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) selama-lamanya 3 (tiga) bulan untuk pelanggaran ringan yang membahayakan pasien dan Rumah Sakit;
  - c. pembatasan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) selama-lamanya 6 (enam) bulan untuk pelanggaran sedang; dan/ atau
  - d. pembatasan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) selama-lamanya 1 (satu) tahun untuk pelanggaran berat.
- (3) Pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap Staf Medis sebagai profesi berpedoman pada peraturan perundang-undangan dan Panduan Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.

#### Paragraf 2

#### Pembinaan dan Pengawasan Kelompok Staf Medis

#### Pasal 128

- (1) Pembinaan dan pengawasan KSM dilakukan oleh Direktur.
- (2) KSM secara administratif bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) KSM secara fungsional berkoordinasi dengan Komite Medik.

#### Paragraf 3

#### Pembinaan dan Pengawasan Komite Medik

#### Pasal 129

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh badan yang berwenang sesuai dengan 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 RSUD.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud (1) dilaksanakan melalui:
  - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
  - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
  - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan maka pihak yang bertanggung jawab dapat memberikansanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

#### Bagian Keenam

#### Kerahasiaan Informasi Medis

#### Pasal 130

- (1) Pengaturan kerahasiaan informasi medis bertujuan untuk memberikan kepastian hukum dalam perlindungan penjagaan dan penyimpangan rahasia informasi medis.
- (2) Informasi medis merupakan data dan informasi tentang kesehatan seseorang yang diperoleh Staf Medis pada waktu menjalankan pekerjaan atau profesinya, meliputi:
  - a. pemberian pelayanan;
  - b. diagnosis dan tata cara tindakan medis;
  - c. tujuan tindakan medis;
  - d. alternatif tindakan;
  - e. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;

- f. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
  - g. rehabilitatif.
- (3) Penyelenggaraan informasi medis dilakukan sejak pasien masuk sampai pasien pulang, dirujuk dan meninggal dalam bentuk dokumen rekam medis.
  - (4) Penyelenggaraan informasi medis dilakukan dalam bentuk elektronik maupun manual.
  - (5) Rekam medis pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh Dokter, Dokter Gigi, Tenaga Kesehatan tertentu, Petugas Rekam Medis dan Direktur.
  - (6) Rekam medis dapat dibuka dalam hal:
    - a. untuk kepentingan kesehatan pasien;
    - b. memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
    - c. permintaan dan/ atau persetujuan pasien sendiri;
    - d. permintaan institusi atau lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan; dan
    - e. untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien;
  - (7) Penjelasan tentang isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh Dokter atau Dokter Gigi yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien atau berdasarkan peraturan perundang-undangan.
  - (8) Direktur dapat menjelaskan isi rekam medis secara tertulis atau langsung kepada pemohon tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan.

BAB VI  
PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN  
(*NURSING STAFF BY LAWS*)

Bagian Kesatu  
Maksud, Tujuan, dan Manfaat Peraturan Internal Staf Keperawatan  
(*Nursing Staff by Laws*)

Paragraf 1  
Maksud dan Tujuan

Pasal 131

- (1) Maksud dibuatnya Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff by Laws*) adalah agar Komite Keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi perawat dan bidan di RSUD.
- (2) Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff by Laws*) bertujuan untuk :
  - a. mengatur proses pemberian Asuhan Keperawatan dan Asuhan Kebidanan serta mekanisme tata kerja Komite Keperawatan di RSUD;
  - b. menjamin terselenggaranya Asuhan Keperawatan dan Asuhan Kebidanan yang bermutu kepada pasien rumah sakit secara biopsikososial spiritual serta masalah keperawatan yang ada pada pasien; dan
  - c. memberikan pedoman kepada perawat dan bidan dalam memberikan Asuhan Keperawatan dan Asuhan Kebidanan sesuai dengan standar profesinya.

Paragraf 2  
Manfaat

Pasal 132

Manfaat dibuatnya Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff by Laws*) yaitu:

- a. pengorganisasian Staf Keperawatan di rumah sakit menjadi tergambar;
- b. prosedur persyaratan dan penerimaan tenaga keperawatan lebih tertata; dan

c. mekanisme *peer review*, *reappointment* dan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) dan lebih tertata.

## Bagian Kedua Tata Kelola Staf Keperawatan

### Paragraf 1 Staf Keperawatan

#### Pasal 133

Staf Keperawatan merupakan Perawat dan Bidan yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan atau Kebidanan baik di dalam maupun luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang melakukan kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

#### Pasal 134

- (1) Jenis Staf Keperawatan terdiri atas:
  - a. perawat vokasi;
  - b. perawat profesi;
  - c. bidan vokasi; dan
  - d. bidan profesi.
- (2) Perawat vokasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan Perawat yang melaksanakan Praktik Keperawatan yang mempunyai kemampuan teknis Keperawatan dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan.
- (3) Perawat profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, terdiri atas:
  - a. ners; dan
  - b. ners spesialis.
- (4) Ners sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, merupakan Perawat lulusan program profesi keperawatan yang mempunyai keahlian khusus dalam Asuhan Keperawatan.
- (5) Ners spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b, merupakan perawat lulusan program spesialis keperawatan yang mempunyai keahlian khusus dalam Asuhan Keperawatan.
- (6) Bidan vokasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan program diploma tiga kebidanan yang telah lulus Uji Kompetensi yang bersifat nasional.
- (7) Bidan Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan program lanjutan dari program pendidikan setara sarjana atau program sarjana ditambah pendidikan profesi.

### Paragraf 2

#### Fungsi, Tugas, Tanggung Jawab dan Wewenang Staf Keperawatan

#### Pasal 135

Fungsi Staf Keperawatan secara perorangan adalah sebagai pelaksana pelayanan Asuhan Keperawatan dan/ atau kebidanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang keperawatan dan kebidanan.

#### Pasal 136

Staf Keperawatan dalam menjalankan fungsinya sebagaimana diatur dalam Pasal 142 memiliki tugas yaitu:

- a. memberikan Asuhan Keperawatan dan Asuhan Kebidanan secara paripurna;
- b. memberikan penyuluhan dan konselor bagi klien;
- c. menjalankan pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- d. melaksanakan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan profesi;

- e. melakukan penelitian dan pengembangan di bidang Keperawatan dan Kebidanan;
- f. melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/ atau
- g. melaksanakan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

#### Pasal 137

Tanggung jawab Staf Keperawatan berdasarkan tugasnya meliputi:

- a. memelihara dan meningkatkan kompetensi profesinya melalui pendidikan dan/ atau pelatihan berkelanjutan;
- b. terselenggaranya pelayanan keperawatan dan/ atau kebidanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, serta standar etika dan disiplin yang sudah ditetapkan;
- c. memelihara mutu pelayanan keperawatan dan/ atau kebidanan yang tinggi disertai kejujuran profesional yang menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan dan/ atau kebidanan sesuai dengan kebutuhan klien;
- d. tanggung jawab dan tanggung gugat secara mandiri sesuai dengan kewenangan dalam memberikan Asuhan Keperawatan dan/ atau Asuhan Kebidanan kepada pasien dan keluarganya.

#### Pasal 138

Wewenang Staf Keperawatan adalah :

- a. menyelenggarakan pelayanan keperawatan dan/ atau kebidanan secara mandiri dan/ atau secara kelompok sesuai dengan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan yang diberikan oleh Direktur melalui Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Keperawatan;
- b. menyelenggarakan pelayanan medis atau klinis sesuai dengan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan yang dilimpahkan.

#### Paragraf 3

Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)  
dan Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Keperawatan

#### Pasal 139

- (1) Setiap Asuhan Keperawatan dan/ atau Asuhan Kebidanan yang diberikan, harus dilakukan oleh Staf Keperawatan yang telah memiliki Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*).
- (2) Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Keperawatan.
- (3) Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) setiap Staf Keperawatan dapat berbeda, walaupun memiliki spesialisasi yang sama.
- (4) Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) diberikan kepada Staf Keperawatan berdasarkan pertimbangan:
  - a. Clinical appraisal (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
  - b. Standar profesi dari organisasi profesi;
  - c. Standar pendidikan; dan
  - d. Standar kompetensi dari kolegium.
- (5) Kewenangan Klinis Keperawatan (*Nursing Clinical Privilege*) bersifat mandiri dandi bawah supervisi serta dapat berupa pelimpahan kewenangan dari Staf Medis.

#### Pasal 140

Jangka waktu Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan berlaku

selama 4 (empat) tahun.

#### Pasal 141

- (1) Rincian Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan dan syarat kompetensi setiap jenis pelayanan keperawatan dan/ atau kebidanan yang disebut buku putih (*white paper*) ditetapkan oleh Komite Keperawatan dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (2) Dalam hal terdapat kendala dalam menentukan Kewenangan Klinis dan atau suatu pelayanan keperawatan dan/ atau kebidanan dilakukan oleh Staf Keperawatan dari jenis spesialisasi yang berbeda maka untuk pelayanan tertentu Komite Keperawatan dapat meminta informasi atau pendapat dari Mitra Bestari (*peer group*).

#### Pasal 142

- (1) Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) 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 Staf 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 Staf Keperawatan berdasarkan area kerja atau penugasan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Kewenangan Klinis Istimewa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c diberikan kepada Staf Keperawatan berdasarkan kompetensi tertentu yang dimiliki oleh Staf Keperawatan dengan mempertimbangkan risiko pelayanan dan teknologi yang digunakan.
- (5) Setiap Staf Keperawatan dapat memiliki lebih dari 1 (satu) jenis Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) sesuai kompetensi dan kebutuhan pelayanan rumah sakit.

#### Pasal 143

- (1) Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan dievaluasi secara berkala untuk menentukan kewenangan tersebut dapat dipertahankan, ditambah, dikurangi dan/ atau dicabut oleh Direktur.
- (2) Dalam hal Staf Keperawatan menghendaki agar Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) diperluas maka yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan/ atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (3) Berdasarkan permohonan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2) Direktur meminta Komite Keperawatan untuk melakukan rekredensial.
- (4) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud ayat (2) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (5) Setiap permohonan perluasan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) yang disetujui dituangkan pada Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Keperawatan dalam Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.
- (6) Apabila permohonan perluasan Kewenangan Klinis ditolak, maka pemohon akan dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditanda tangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.

#### Pasal 144

Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Keperawatan merupakan penugasan dari Direktur kepada Staf Keperawatan untuk melakukan pelayanan keperawatan

dan/ atau kebidanan di rumah sakit berdasarkan daftar Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan yang disetujui melalui proses kredensial.

#### Pasal 145

- (1) Jangka waktu Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Keperawatan berlaku selama 4 (empat) tahun.
- (2) Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Keperawatan dapat berakhir sebelum jangka waktu berakhirnya dalam hal:
  - a. Izin praktik dan/ atau izin kerja 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 yang ditetapkan dalam Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan yang dicantumkan dalam Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Keperawatan;
  - d. Staf Keperawatan telah melakukan tindakan yang tidak profesional atau perilaku menyimpang lainnya;
  - e. Staf Keperawatan diberhentikan oleh Direktur.
- (3) Pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e, disebabkan karena:
  - a. melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; dan
  - b. yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan rumah sakit setelah mengajukan pemberitahuan 1 (satu) bulan sebelumnya.

#### Pasal 146

- (1) Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) diterbitkan kepada Staf Keperawatan setelah melalui proses kredensial dan/ atau rekredensial.
- (2) Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) yang diberikan kepada Staf Keperawatan dan tempat yang bersangkutan untuk dapat melaksanakan tugas.
- (3) Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Dalam keadaan keterbatasan tertentu Staf Keperawatan dapat diberikan Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) untuk melakukan pelayanan keperawatan dan/ atau kebidanan di luar Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

#### Paragraf 4

#### Kategori Level Jenjang Klinis Staf Keperawatan

#### Pasal 147

- (1) Jenjang klinis staf keperawatan terdiri dari 2 profesi:
  - a. Jenjang Klinis perawat; dan
  - b. Jenjang Klinis bidan.
- (2) Jenjang klinis perawat terdiri dari :
  - a. Jenjang Perawat Klinis 1;
  - b. Jenjang Perawat Klinis 2;
  - c. Jenjang Perawat Klinis 3;
  - d. Jenjang Perawat Klinis 4; dan
  - e. Jenjang Perawat Klinis 5.
- (3) Jenjang klinis bidan terdiri dari :
  - a. Jenjang Bidan Praktisi 1;
  - b. Jenjang Bidan Praktisi 2;
  - c. Jenjang Bidan Praktisi 3;
  - d. Jenjang Bidan Praktisi 4; dan
  - e. Jenjang Bidan Praktisi 5.
- (4) Penetapan jenjang klinis Staf Keperawatan diatur dalam Kewenangan Klinis

(*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

#### Pasal 148

Level jenjang klinis Staf Keperawatan dengan profesi Perawat terdiri atas:

- a. Jenjang Perawat Klinis 1 merupakan jenjang Perawat Klinis dengan kemampuan melakukan Asuhan Keperawatan dasar dengan penekanan pada keterampilan teknis keperawatan di bawah bimbingan;
- b. Jenjang Perawat Klinis 2 merupakan jenjang Perawat Klinis dengan kemampuan melakukan Asuhan Keperawatan holistik pada pasien secara mandiri dan/ atau mengelola pasien secara tim serta memperoleh bimbingan untuk penanganan masalah lebih lanjut dan/ atau kompleks;
- c. Jenjang Perawat Klinis 3 merupakan jenjang Perawat Klinis dengan kemampuan melakukan Asuhan Keperawatan komprehensif pada area spesifik dan mengembangkan pelayanan keperawatan berdasarkan bukti ilmiah dan/ atau melaksanakan pembelajaran klinis;
- d. Jenjang Perawat Klinis 4 merupakan jenjang Perawat Klinis dengan kemampuan melakukan Asuhan Keperawatan pada masalah pasien yang kompleks di area spesifik dengan pendekatan tata kelola klinis (*clinical governance*) secara interdisiplin, multidisiplin, melakukan riset untuk mengembangkan praktik keperawatan serta mengembangkan pembelajaran klinis; dan
- e. Jenjang Perawat Klinis 5 merupakan jenjang Perawat Klinis dengan kemampuan memberikan konsultasi klinis keperawatan pada area spesialisik, melakukan tata kelola klinis (*clinical governance*) secara transdisiplin, melakukan riset klinis untuk mengembangkan praktik, profesi dan/ atau kependidikan keperawatan.

#### Pasal 149

Level jenjang klinis Staf Keperawatan dengan profesi Bidan terdiri atas:

- a. Jenjang Bidan Praktisi 1 merupakan jenjang Bidan yang memiliki kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan fisiologis pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, bayi dan balita, kesehatan reproduksi perempuan, dan Keluarga Berencana;
- b. Jenjang Bidan Praktisi 2 merupakan jenjang Bidan yang memiliki kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan fisiologis pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, bayi dan balita, kesehatan reproduksi perempuan, dan Keluarga Berencana dengan penyakit penyerta serta bayi dan balita bermasalah;
- c. Jenjang Bidan Praktisi 3 merupakan jenjang Bidan yang memiliki kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan dengan komplikasi, patologis, kegawatdaruratan, pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi, dan balita;
- d. Jenjang Bidan Praktisi 4 merupakan jenjang Bidan yang memiliki kemampuan sebagai supervisor asuhan kebidanan dengan masalah yang kompleks; dan
- e. Jenjang Bidan Praktisi 5 merupakan jenjang Bidan yang memiliki kemampuan memberikan konsultasi tentang asuhan kebidanan pada area spesifik dan kompleks (*advance*), mengembangkan managerial dan keilmuan kebidanan dalam praktik profesional.

#### Paragraf 5

#### Persyaratan Staf Keperawatan

#### Pasal 150

Persyaratan untuk menjadi Staf Keperawatan meliputi:

- a. memiliki ijazah Keperawatan atau Kebidanan;
- b. memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) Perawat atau Bidan;
- c. memiliki Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) atau Surat Izin Praktik Bidan (SIPB);
- d. memiliki Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Keperawatan sebagai anggota Staf Keperawatan, berupa Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan;
- e. lolos seleksi pegawai rumah sakit; dan

f. mengikuti ketentuan disiplin yang berlaku di rumah sakit.

#### Paragraf 6

#### Pengangkatan, Pemberhentian, dan Pengangkatan Kembali Staf Keperawatan

#### Pasal 151

- (1) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian Staf Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pengangkatan Staf Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (3) Pemberhentian Staf Keperawatan berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian tetap.
- (4) Pemberhentian tetap Staf Keperawatan dilakukan dalam hal:
  - a. kondisi fisik dan/ atau mental Staf Keperawatan yang bersangkutan tidak mampu lagi secara menetap melakukan tindakan keperawatan dan/ atau kebidanan, berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Kesehatan yang berwenang;
  - b. melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap;
  - c. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh Organisasi Profesi dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi secara tetap atau selamanya;
  - d. berakhir masa perjanjian kerja dan tidak diperpanjang; atau
  - e. tidak disetujui untuk diangkat kembali sebagai anggota Kelompok Staf Keperawatan.
- (5) Pemberhentian sementara Staf Keperawatan dilakukan dalam hal:
  - a. kondisi fisik Staf Keperawatan yang bersangkutan tidak mampu melakukan tindakan keperawatan dan/ atau kebidanan lebih dari 6 (enam) bulan sampai dengan 1 (satu) tahun;
  - b. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh Organisasi Profesi dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi sementara;
  - c. berulang-ulang melakukan pelanggaran disiplin profesi atau peraturan lain yang terikat;
  - d. dicabut Kewenangan Klinisnya;
  - e. ijin praktik di rumah sakit sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada;
  - f. tidak memenuhi standar kompetensi sesuai dengan profesinya;
  - g. Staf Keperawatan yang memasuki usia pensiun namun berdasarkan pertimbangan Direktur yang bersangkutan masih dapat diangkat sebagai anggota Kelompok Staf Keperawatan atau yang masih dalam proses pertimbangan untuk pengangkatan kembali sebagai anggota Staf Keperawatan;
  - h. berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; atau
  - i. cuti diluar tanggungan negara sebagai Aparatur Sipil Negara.
- (6) Pengangkatan kembali Staf Keperawatan diberlakukan bagi Staf Keperawatan yang selesai menjalani pemberhentian sementara.
- (7) Pengangkatan kembali Staf Keperawatan yang dimaksud pada ayat (6) harus menyampaikan:
  - a. Surat Permohonan dari Staf Keperawatan yang bersangkutan kepada Bidang Keperawatan dan Kebidanan;
  - b. Fotokopi Surat Tanda Registrasi;
  - c. Fotokopi Surat Izin Praktik;
  - d. Surat Keterangan Sehat;
  - e. Surat pernyataan sanggup mematuhi dan melaksanakan etika dan disiplin profesi; dan

- f. Surat pernyataan sanggup mematuhi segala peraturan yang berlaku di lingkungan rumah sakit.
- (8) Bila diperlukan dapat diminta kajian dan rekomendasi dari Komite Keperawatan untuk pengangkatan kembali Anggota Kelompok Staf Keperawatan.
- (9) Keputusan persetujuan atau penolakan dikeluarkan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kerja oleh Direktur.

#### Paragraf 7

#### Hak dan Kewajiban Staf Keperawatan

##### Pasal 152

Dalam melaksanakan praktik keperawatan dan/ atau kebidanan, Staf Keperawatan mempunyai hak sebagai berikut:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari klien dan/ atau keluarganya;
- c. melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan kewenangan;
- d. menerima imbalan jasa atas pelayanan keperawatan yang telah diberikan;
- e. menolak keinginan klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, atau ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar;
- g. memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai agama;
- h. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya; dan
- i. memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

##### Pasal 153

Dalam melaksanakan praktik keperawatan dan/ atau kebidanan, Staf Keperawatan mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- a. menjaga kerahasiaan kesehatan klien;
- b. memperoleh persetujuan dari klien atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
- c. memberikan pelayanan keperawatan dan/ atau kebidanan sesuai dengan kode etik, standar pelayanan keperawatan dan/ atau kebidanan, standar profesi, Standar Prosedur Operasional (SPO), dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. merujuk klien yang tidak dapat ditangani kepada perawat dan/ atau bidan atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya;
- e. mendokumentasikan Asuhan Keperawatan dan Asuhan Kebidanan sesuai dengan standar;
- f. memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan keperawatan dan/ atau kebidanan kepada klien dan/ atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya;
- g. melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi Staf Keperawatan;
- h. melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh pemerintah;
- i. Staf Keperawatan dalam menjalankan praktik keperawatan dan/ atau kebidanan harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanan dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya, yang diselenggarakan oleh

organisasi profesi, Pemerintah Daerah, atau Pemerintah.

Bagian Ketiga  
Tata Kelola Kelompok Staf Keperawatan

Paragraf 1  
Kelompok Staf Keperawatan

Pasal 154

Kelompok Staf Keperawatan merupakan organisasi Staf Keperawatan yang mengkoordinasikan pelayanan profesi keperawatan dan kebidanan di rumah sakit.

Paragraf 2  
Pengorganisasian Kelompok Staf Keperawatan

Pasal 155

- (1) Pengorganisasian Kelompok Staf Keperawatan dilakukan berdasarkan spesialisasi, unit kerja atau ruang perawatan.
- (2) Kelompok Staf Keperawatan dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Kelompok Staf Keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 156

Kelompok Staf Keperawatan terdiri dari jenjang pendidikan vokasi, general, dan spesialis.

Pasal 157

Tujuan pengorganisasian Staf Keperawatan adalah agar Staf Keperawatan di rumah sakit dapat fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan keperawatan dan/ atau kebidanan yang berkualitas, efisien, dan bertanggung jawab.

Paragraf 3

Tugas, Tanggung Jawab, dan Wewenang Kelompok Staf Keperawatan

Pasal 158

Tugas Kelompok Staf Keperawatan adalah:

- a. membantu Direktur dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan bidang atau spesialisasi Kelompok Staf Keperawatan;
- b. mengendalikan Staf Keperawatan dalam hal *self controlling* dan *self discipline* agar menghasilkan pelayanan keperawatan dan kebidanan secara paripurna;
- c. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan keperawatan dan etika keperawatan dan kebidanan yang sudah ditetapkan; dan
- e. menyusun Asuhan Keperawatan dan Asuhan Kebidanan di bidang profesinya.

Pasal 159

Tanggung jawab Kelompok Staf Keperawatan sebagai berikut:

- a. menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) bidang administrasi atau manajerial keperawatan dan kebidanan;
- b. menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- c. menyusun indikator mutu klinis keperawatan dan kebidanan;
- d. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggota Kelompok Staf Keperawatan;
- e. melakukan evaluasi kinerja Staf Keperawatan berdasarkan data yang

- komprehensif melalui pemeriksaan peer, audit keperawatan atau program peningkatan mutu; dan
- f. memberikan laporan melalui Ketua Komite Keperawatan kepada Direktur.

#### Pasal 160

Kewenangan Kelompok Staf Keperawatan meliputi:

- a. memberi kesempatan bagi para Staf Keperawatan untuk mengikuti pengembangandiri dalam bidang Keperawatan dan Kebidanan;
- b. memberikan masukan kepada Direktur melalui Ketua Komite Keperawatan, hal yangterkait dengan praktik pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- c. melakukan perbaikan (*updating*) Standar Prosedur Operasional (SPO) dan dokumen terkait; dan
- d. menetapkan Asuhan Keperawatan dan Asuhan Kebidanan di bidang profesinya.

#### Paragraf 4

#### Keanggotaan Kelompok Staf Keperawatan

#### Pasal 161

- (1) Seluruh Staf Keperawatan wajib menjadi anggota Kelompok Staf Keperawatan.
- (2) Setiap Kelompok Staf Keperawatan beranggotakan paling sedikit 5 (lima) orang Staf Keperawatan.
- (3) Dalam hal Staf Keperawatan dengan spesialisasi yang sama kurang dari 5 (lima) orang atau belum ditetapkan sebagai Kelompok Staf Keperawatan tertentu, maka Staf Keperawatan yang bersangkutan masuk dalam Kelompok Staf Keperawatan yang ada di rumah sakit.
- (4) Penempatan Staf Keperawatan ke dalam Kelompok Staf Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

#### Paragraf 5

#### Ketua Kelompok Staf Keperawatan

#### Pasal 162

- (1) Setiap Kelompok Staf Keperawatan dipimpin oleh seorang ketua yang ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Persyaratan untuk dapat menjadi Ketua Kelompok Staf Keperawatan adalah sebagai berikut:
  - a. berpendidikan minimal Ahli Madya Keperawatan atau Kebidanan;
  - b. memiliki sertifikat kursus atau pelatihan manajemen keperawatan;
  - c. memiliki pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun; dan
  - d. memiliki kemampuan kepemimpinan, berwibawa, berintegritas, dan sehat.
- (3) Dalam menentukan Ketua Kelompok Staf Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Bidang Keperawatan dan Komite Keperawatan.
- (4) Penetapan sebagai Ketua Kelompok Staf Keperawatan dengan Keputusan Direktur untuk masa bhakti selama 3 (tiga) tahun dapat diangkat kembali untuk periode berikutnya berdasarkan pertimbangan kinerja.
- (5) Apabila Ketua Kelompok Staf Keperawatan diangkat menjadi Ketua Komite Keperawatan maka Direktur menetapkan Ketua Kelompok Staf Keperawatan yang baru sebagai penggantinya.
- (6) Untuk mendukung kelancaran tugas Ketua Kelompok Staf Keperawatan, dapat ditunjuk Anggota Kelompok Staf Keperawatan sebagai Sekretaris dengan Keputusan Direktur.

#### Paragraf 6

#### Tugas, Tanggung Jawab, dan Wewenang Ketua Kelompok Staf Keperawatan

#### Pasal 163

- (1) Ketua Kelompok Staf Keperawatan mempunyai tugas pokok mengawasi dan

mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan dan kebidanan di ruang rawat yang berada di wilayah tanggung jawabnya.

- (2) Rincian tugas Ketua Kelompok Staf Keperawatan adalah sebagai berikut:
  - a. melaksanakan fungsi perencanaan;
  - b. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan;
  - c. melaksanakan fungsi pengawasan, pengendalian dan penilaian.
- (3) Tanggung jawab Ketua Kelompok Staf Keperawatan adalah sebagai berikut:
  - a. menyusun uraian tugas dan wewenang masing-masing anggota Kelompok Staf Keperawatan serta tata kerja kelompoknya;
  - b. melaksanakan koordinasi semua kegiatan anggota Kelompok Staf Keperawatan;
  - c. menyusun usulan program untuk meningkatkan keilmuan dan keterampilan bagi semua anggota Kelompok Staf Keperawatan;
  - d. membuat laporan hasil pemantauan kinerja praktik anggota Kelompok Staf Keperawatan berdasarkan data yang komprehensif; dan
  - e. melaporkan pelaksanaan tugas secara berkala kepada Direktur.
- (4) Ketua Kelompok Staf Keperawatan berwenang:
  - a. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Pelayanan melalui Kepala Bidang Keperawatan serta Ketua Komite Keperawatan dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi dalam pelayanan keperawatan dan kebidanan serta temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik keperawatan dan kebidanan;
  - b. mengkoordinasikan anggota Kelompok Staf Keperawatan agar pelayanan keperawatan dan kebidanan berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku; dan
  - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Pelayanan melalui Kepala Bidang Keperawatan serta Ketua Komite Keperawatan mengenai penerimaan calon Staf Keperawatan baru.
- (5) Untuk mendukung kelancaran tugas Ketua Kelompok Staf Keperawatan, dapat ditunjuk anggota Kelompok Staf Keperawatan sebagai Sekretaris dengan Keputusan Direktur.

#### Pasal 164

- (1) Pemberhentian Ketua Kelompok Staf Keperawatan dalam hal:
  - a. Pensiun;
  - b. telah terpilih Ketua Kelompok Staf Keperawatan yang baru;
  - c. tidak memenuhi persyaratan lagi untuk menjabat Ketua Kelompok Staf Keperawatan;
  - d. melakukan tindakan yang berlawanan secara langsung dengan tugasnya; atau
  - e. gagal melaksanakan tugasnya berdasarkan usulan dari Komite Keperawatan
- (2) Ketua Kelompok Staf Keperawatan dapat diusulkan oleh 2/3 (dua per tiga) Staf Keperawatan yang memiliki hak suara dalam rapat Staf Keperawatan untuk diberhentikan dari jabatannya.
- (3) Usulan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) setelah diperkuat oleh Komite Keperawatan dan Direktur.
- (4) Pemberhentian dari jabatan Ketua Kelompok Staf Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur
- (5) Pemberhentian sebagai Ketua Kelompok Staf Keperawatan tidak berpengaruh terhadap penugasan sebagai Staf Keperawatan.

#### Paragraf 8

#### Masa Kerja Kepengurusan Kelompok Staf Keperawatan

#### Pasal 165

- (1) Masa kerja kepengurusan Kelompok Staf Keperawatan adalah 3 (tiga) tahun.
- (2) Kepengurusan Kelompok Staf Keperawatan dapat ditinjau kembali oleh Ketua Kelompok Staf Keperawatan apabila anggota Kelompok Staf Keperawatan tidak

dapat menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai anggota Kelompok Staf Keperawatan.

Paragraf 9  
Rapat Kelompok Staf Keperawatan

Pasal 166

- (1) Rapat rutin Kelompok Staf Keperawatan dilaksanakan sesuai jadwal rapat yang telah disepakati dan diselenggarakan oleh Kelompok Staf Keperawatan, dengan tujuan untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi, atau alternatif solusi berbagai masalah di rumah sakit khususnya pelayanan keperawatan dan/ atau kebidanan.
- (2) Rapat tahunan Kelompok Staf Keperawatan dilaksanakan oleh Kelompok Staf Keperawatan setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan dan program kerja tahunan Kelompok Staf Keperawatan.
- (3) Rapat khusus Kelompok Staf Keperawatan dilaksanakan oleh Kelompok Staf Keperawatan dengan Ketua Kelompok Staf Keperawatan dan/ atau para Direksi dan pihak lain terkait secara insidental, dengan tujuan untuk membahas dan menetapkan kebijakan hal khusus yang mendesak dan tidak termasuk dalam rapat rutin.

Bagian Keempat  
Tata Kelola Komite Keperawatan

Paragraf 1  
Struktur Organisasi Komite Keperawatan

Pasal 167

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari:
  - a. Ketua Komite Keperawatan;
  - b. Sekretaris Komite Keperawatan; dan
  - c. SubKomite Keperawatan
- (2) SubKomite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf c terdiri dari:
  - a. Subkomite Kredensial;
  - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
  - c. Subkomite Etik dan Disiplin Profesi.

Paragraf 2  
Persyaratan Ketua Komite Keperawatan

Pasal 168

- (1) Persyaratan untuk dapat menjadi Ketua Komite Keperawatan adalah:
  - a. berpendidikan minimal Ahli Madya Keperawatan;
  - b. memiliki sertifikat khusus dan/ atau pelatihan manajemen keperawatan dan/ atau kebidanan;
  - c. memiliki pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun; dan
  - d. memiliki kemampuan kepemimpinan, berwibawa, berintegritas, dan sehat.
- (2) Dalam menentukan Ketua Komite Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Wakil Direktur Pelayanan dan Bidang Keperawatan dan Kebidanan.
- (3) Penetapan sebagai Ketua Komite Keperawatan dengan Keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk periode berikutnya berdasarkan pertimbangan kinerja.
- (4) Untuk mendukung kelancaran tugas Ketua Komite Keperawatan, dapat ditunjuk Anggota Komite Keperawatan sebagai Sekretaris dengan Keputusan

Direktur

### Paragraf 3

#### Pengangkatan dan Pemberhentian Ketua Komite Keperawatan

##### Pasal 169

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan usulan dari Staf Keperawatan.
- (2) Pengangkatan Ketua Komite Keperawatan ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (3) Ketua Komite Keperawatan yang sama dapat dipilih kembali.
- (4) Ketua Komite Keperawatan diberhentikan dalam hal:
  - a. masa kerjanya berakhir;
  - b. kondisi kesehatannya menyebabkan tidak dapat bertugas optimal;
  - c. mengajukan permohonan untuk berhenti menjadi Ketua Komite Keperawatan;
  - d. melakukan pelanggaran etika profesi dan/ atau etika pelayanan; atau
  - e. berhalangan tetap.
- (5) Ketua Komite Keperawatan diberhentikan melalui Keputusan Direktur.

### Paragraf 4

#### Tugas, Tanggung Jawab, dan Wewenang Ketua Komite Keperawatan

##### Pasal 170

Tugas Ketua Komite Keperawatan adalah:

- a. menetapkan dan melakukan standar kredensial bagi seluruh Staf Keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
- b. menetapkan dan memelihara standar mutu profesi Staf Keperawatan;
- c. menetapkan dan menjaga standar etika dan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan;
- d. membantu menyusun Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff by Laws*) memantau pelaksanaannya;
- e. melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas Staf Keperawatan;
- f. melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan dan pengembangan pelayanan rumah sakit; dan
- g. turut serta secara aktif dalam upaya peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.

##### Pasal 171

Ketua Komite Keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur terhadap:

- a. Terlaksannya Kredensial bagi seluruh Staf Keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit
- b. Terjaminnya mutu Profesi Staf Keperawatan;
- c. Terciptanya disiplin, etika dan perilaku profesi keperawatan dan kebidanan;
- d. Tersusunnya dan terlaksananya Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff by Laws*);
- e. Terlaksananya pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas Staf Keperawatan;
- f. Terlaksananya upaya peningkatan mutu pelayanan dan pengembangan pelayanan rumah sakit; dan
- g. turut serta secara aktif dalam upaya peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit
- h. Terjaminnya kebenaran dan ketetapan rencana pengembangan mutu Asuhan Keperawatan dan Asuhan Kebidanan, sesuai dengan pengembangan IPTEK;

- i. Tersusunnya laporan berkala kegiatan Komite Keperawatan kepada Direktur.

#### Pasal 172

Ketua Komite Keperawatan memiliki wewenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan;
- b. memberikan rekomendasi perubahan Rincian Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan;
- c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan tertentu;
- d. melaksanakan audit keperawatan dan kebidanan;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut hasil audit keperawatan dan kebidanan;
- f. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin profesi keperawatan berdasarkan hasil audit keperawatan dan kebidanan.
- g. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan kebidanan berkelanjutan; dan
- h. memberikan rekomendasi pendampingan.

#### Paragraf 5

#### Sub Komite Keperawatan

#### Pasal 173

- (1) Susunan Sub Komite Keperawatan di Rumah Sakit, sekurang-kurangnya terdiri atas:
  - a. Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan dan Kebidanan;
  - b. Sub Komite Kredensial; dan
  - c. Sub Komite Etik Profesi dan Disiplin Profesi Keperawatan dan Kebidanan.
- (2) Sub Komite sebagaimana yang ditentukan pada ayat (1) bertanggung jawab kepada Komite Keperawatan.
- (3) Subkomite dipimpin oleh seorang Ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur melalui usulan Ketua Komite Keperawatan.
- (4) Anggota Sub Komite terdiri dari atas sekurang-kurangnya 2 (dua) orang Staf Keperawatan yang memiliki Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Keperawatan.

#### Pasal 174

Sub Komite Kredensial bertugas merekomendasikan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki setiap Staf Keperawatan.

#### Pasal 175

Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan dan Kebidanan bertugas:

- a. menyusun data dasar profil Staf Keperawatan sesuai area kerja;
- b. menyusun perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan Staf Keperawatan;
- c. melakukan audit Asuhan Keperawatan dan Asuhan Kebidanan; dan
- d. memfasilitasi proses pendampingan keperawatan dan kebidanan.

#### Pasal 176

Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan dan Kebidanan mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan, pendidikan keperawatan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan.

#### Pasal 177

- (1) Pelaksanaan pendampingan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 185 dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi Staf Keperawatan yang dijatuhi sanksi disiplin atau pengurangan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan.
- (2) Staf Keperawatan yang akan memberikan pendampingan ditunjuk oleh Bidang

Keperawatan dan Kebidanan.

- (3) Pendampingan dilaksanakan dengan metode mentoring.
- (4) Hasil pendampingan berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan dan Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Keperawatan.

#### Pasal 178

Tugas Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi Keperawatan dan Kebidanan:

- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi dan disiplin profesi Staf Keperawatan;
- b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi Staf Keperawatan;
- c. melakukan penegakan disiplin profesi dalam etik dan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan;
- d. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik profesi dalam kehidupan profesi dan Asuhan Keperawatan dan Asuhan Kebidanan;
- e. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan dan/ atau surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Keperawatan; dan
- f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam Asuhan Keperawatan dan Asuhan Kebidanan.

#### Pasal 179

Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi Keperawatan dan Kebidanan mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi pencabutan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) Staf Keperawatan tertentu, memberikan rekomendasi perubahan dan/ atau modifikasi Rincian Kewenangan Klinis, serta memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin Staf Keperawatan kepada Ketua Komite Keperawatan.

### BAB VII

#### MITRA BESTARI (PEER GROUP)

#### Pasal 180

- (1) Mitra Bestari (*Peer Group*) merupakan sekelompok Staf Medis, Tenaga Kesehatan, dan/atau Tenaga Kesehatan Lainnya dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi bidang kesehatan, termasuk evaluasi Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*).
- (2) Staf/Tenaga yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari Staf Medis, Tenaga Kesehatan, dan/atau Tenaga Kesehatan Lainnya di RSUD, Dokter rumah sakit lain, perhimpunan Dokter Spesialis atau Dokter Gigi Spesialis, Kolegium Dokter atau Dokter Gigi, Kolegium Dokter Spesialis atau Dokter Gigi Spesialis, dan/atau Institusi Pendidikan Kedokteran atau Kedokteran Gigi.
- (3) Mitra Bestari (*Peer Group*) sebagai pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik, Komite Keperawatan, dan/atau Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, hanya Staf Medis, Tenaga Kesehatan, dan/atau Tenaga Kesehatan Lainnya yang kompeten dan berperilaku profesional yang boleh melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

### BAB VIII

#### KETENTUAN LAIN-LAIN

#### Pasal 181

Direktur melakukan sosialisasi Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) kepada berbagai pihak yang berkepentingan.

BAB IX  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 182

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Sidoarjo Nomor 88 Tahun 2022 tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo (Berita Daerah Kabupaten Sidoarjo Tahun 2022 Nomor 88), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 183

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Sidoarjo  
pada tanggal 22 Mei 2024

WAKIL BUPATI SIDOARJO,

ttd

SUBANDI

Diundangkan di Sidoarjo  
pada tanggal 22 Mei 2024

SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN SIDOARJO,

ttd

FENNY APRIDAWATI

BERITA DAERAH KABUPATEN SIDOARJO TAHUN 2024 NOMOR 23

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI SIDOARJO  
NOMOR 23 TAHUN 2024 TENTANG PERATURAN  
INTERNAL RUMAH SAKIT RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH R.T. NOTOPURO SIDOARJO

1. Logo Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo



**RSUD R.T. NOTOPURO  
SIDOARJO**

- Arti Logo RSUD secara Visual memperlihatkan Bentuk daun yang memutari simbol palang/ husada yang memiliki makna pergerakan secara komprehensif dari rumah sakit dalam mengedepankan Visi Misi, nilai kerja dan pelayanan unggulan yang terpercaya, Elemen daun menganalogikan sebuah kebermanfaatan, pertumbuhan dan perkembangan secara berkelanjutan, dalam konteks ini mencerminkan rumah sakit yang senantiasa berupaya memberikan kebermanfaatan, terus tumbuh dan berkembang memberikan pelayanan yang terbaik bagi masyarakat.
- Uraian arti logo RSUD sebagai berikut :
  - a. elemen daun semanggi berdaun empat melambangkan harapan, keberuntungan dan kejayaan.
  - b. elemen palang mencerminkan instansi layanan kesehatan.
  - c. warna hijau melambangkan tumbuh, berkembang dan berkelanjutan.
  - d. warna biru melambangkan harapan dan ketenangan.
  - e. warna kuning mencerminkan kehangatan, harmonis dan kejayaan.

2. Maskot Rumah Sakit Umum Daerah R.T. Notopuro Sidoarjo  
Nama Maskot adalah **“Si ProPed”**



WAKIL BUPATI SIDOARJO,

ttd

SUBANDI