



BUPATI BENGKULU UTARA  
PROVINSI BENGKULU

PERATURAN BUPATI BENGKULU UTARA  
NOMOR 34 TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ARGA MAKMUR  
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BENGKULU UTARA,

- Menimbang** :
- a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja, perlu ditetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Arga Makmur;
  - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati Bengkulu Utara tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Arga Makmur;
- Mengingat** :
- 1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 4 Tahun 1956 (Lembaran Negara Tahun 1956 Nomor 55), Undang-Undang Darurat Nomor 5 Tahun 1956 (Lembaran Negara Tahun 1956 Nomor 56) dan Undang-Undang Darurat Nomor 6 Tahun 1956 (Lembaran Negara Tahun 1956 Nomor 57) tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Termasuk Kotapraja, Dalam Lingkungan Daerah Tingkat I Sumatera Selatan, Sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Nomor 1821);

2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 4 Tahun 1956 (Lembaran Negara Tahun 1956 Nomor 55), Undang-Undang Darurat Nomor 5 Tahun 1956 (Lembaran Negara Tahun 1956 Nomor 56) dan Undang-Undang Darurat Nomor 6 Tahun 1956 (Lembaran Negara Tahun 1956 Nomor 57) tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Termasuk Kotapraja, Dalam Lingkungan Daerah Tingkat I Sumatera Selatan, Sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Nomor 1821);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 1441, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
5. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022



- (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
  8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
  9. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
  10. Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 92);
  11. Peraturan Pemerintah Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
  12. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);

13. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
15. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
16. Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
19. 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 Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 157) ;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Barang Milik Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 547);
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, sebagaimana telah beberapa kali diubah,

- terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 143);
22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
  23. Peraturan Daerah Kabupaten Bengkulu Utara Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bengkulu Utara (Lembaran Daerah Kabupaten Bengkulu Utara Tahun 2016 Nomor 14, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bengkulu Utara Nomor 9) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bengkulu Utara Nomor 2 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Kabupaten Bengkulu Utara Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bengkulu Utara (Lembaran Daerah Kabupaten Bengkulu Utara Tahun 2022 Nomor 2);
  24. Peraturan Bupati Bengkulu Utara Nomor 42 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan dan Struktur Organisasi, Tugas Pokok dan Fungsi, Tata Kerja, dan Eselon Jabatan Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara Tipe A (Berita Daerah Kabupaten Bengkulu Utara Tahun 2016 Nomor 43) sebagaimana telah diubah dengan peraturan Bupati Bengkulu Utara Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Bengkulu Utara Nomor 42 Tahun 2016 Tentang Kedudukan Susunan dan Struktur Organisasi, Tugas Pokok dan Fungsi, Tata Kerja, dan Eselon Jabatan Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara Tipe A (Berita Daerah Kabupaten Bengkulu Utara Tahun 2020 Nomor 3);
  25. Peraturan Bupati Bengkulu Utara Nomor 68 tahun 2020 Tentang Klasifikasi, Bagan Struktur, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Tata Kerja Serta Uraian Tugas Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Arga Makmur;

## MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ARGA MAKMUR.

### BAB 1

#### KETENTUAN UMUM

##### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Kabupaten adalah Kabupaten Bengkulu Utara.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Bengkulu Utara.
3. Bupati adalah Bupati Bengkulu Utara.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Bengkulu Utara.
5. Tugas Pembantuan adalah penugasan dari Pemerintah Pusat kepada Kabupaten untuk melaksanakan sebagian Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Pusat atau dari Pemerintah Daerah Provinsi kepada Kabupaten untuk melaksanakan sebagian Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah Provinsi.
6. Unit Pelaksana Teknis Dinas yang selanjutnya disingkat UPTD adalah unsur pelaksana teknis Dinas, yang mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang pelayanan kesehatan.
7. Unit Organisasi Bersifat Khusus yang selanjutnya disingkat UOBK adalah Rumah Sakit Daerah yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian
8. Rumah Sakit Umum Daerah Arga Makmur yang selanjutnya disebut dengan RSUD Arga Makmur adalah Rumah Sakit Umum Daerah Arga Makmur Kabupaten Bengkulu Utara sebagai UPTD Kabupaten Bengkulu Utara yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, dan pelayanan penunjang yang sudah ditetapkan sebagai

UOBK dan sebagai Badan Layanan Umum Daerah dengan status penuh.

9. Direktur adalah pejabat struktural dokter/dokter Gigi yang diberikan tugas sebagai pimpinan tertinggi Rumah Sakit Umum Daerah Arga Makmur.
10. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Rumah Sakit yang bentuk bertujuan untuk memberikan layanan umum secara efektif, efisien, ekonomis, transparan dan bertanggung jawab dengan memperhatikan asas keadilan, kepatutan dan manfaat sejalan dengan praktek bisnis yang sehat, untuk membantu pencapaian tujuan pemerintah daerah yang pengelolaannya dilakukan berdasarkan kewenangan yang didelegasikan oleh Bupati.
11. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah aturan dasar atau aturan Internal rumah sakit yang merupakan konstitusi (Anggaran Rumah Tangga) yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
12. Tata Kelola Korporasi adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi terselenggara dengan baik melalui hubungan antara pemilik, pengelola dan komite medik di Rumah Sakit.
13. Tata Kelola Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme kelompok Staf Medis.
14. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
15. Pejabat Pengelola BLUD adalah pejabat yang bertanggung jawab terhadap kinerja umum,

pelaksanaan kebijakan fleksibilitas dan keuangan dalam pemberian pelayanan, yang terdiri dari Pemimpin, Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis.

16. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
17. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
18. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
19. Rencana Strategis Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut Renstra BLUD adalah dokumen perencanaan 5 (lima) tahun yang disusun untuk menjelaskan strategi pengelolaan BLUD dengan mempertimbangkan alokasi sumber daya dan kinerja dengan menggunakan teknik analisis bisnis.
20. 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 SKPD.
21. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
22. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
23. Tenaga Medis adalah dokter umum, dokter gigi, dokter subspecialis, dokter spesialis, dokter gigi subspecialis

dan dokter gigi spesialis yang merupakan Staf Medis fungsional.

24. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter umum, dokter gigi, dokter subspesialis, dokter spesialis, dokter gigi subspesialis dan dokter gigi spesialis di rumah sakit yang dikelompokkan sesuai bidang spesialisasinya.
25. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
26. Asisten Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga.
27. Manajer Pelayanan Pasien adalah staf fungsional yang diberi tugas dan tanggung jawab oleh direktur untuk membantu direktur dalam mengkoordinasikan, mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan, mutu dan keselamatan pasien.
28. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
29. Unit kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
30. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
31. Surat Izin Praktik Medis dan Paramedis yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah, maupun Surat Tugas



untuk melakukan praktek kedokteran yang dikeluarkan oleh Pemerintah Provinsi kepada Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.

32. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
33. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagiannya.
34. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
35. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
36. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
37. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
38. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran atau administrasi pelayanan guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.
39. Dokter Program Pendayagunaan Dokter Spesialis (PGDS) adalah Dokter peserta didik Spesialisasi dari Rumah Sakit Pendidikan Utama dimana Rumah Sakit Umum Daerah Arga Makmur merupakan jejaring Rumah Sakit

Pendidikan tersebut yang sedang melaksanakan praktek di Rumah Sakit.

40. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
41. Remunerasi adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/atau pensiun yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit.
42. Jasa Pelayanan adalah imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik dan atau pelayanan lainnya.
43. Kelompok Kerja adalah Tim yang dibentuk oleh Direktur dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas-tugas Rumah Sakit dengan keanggotaan yang berasal dari unit kerja dan atau instalasi lingkup Rumah Sakit.
44. Pengaduan adalah penyampaian keluhan yang disampaikan pengadu kepada pengelola pengaduan pelayanan publik atas pelayanan pelaksana yang tidak sesuai dengan standar pelayanan, atau pengabaian kewajiban dan/atau pelanggaran larangan oleh penyelenggara.
45. Standar Pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggara pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.

## BAB II

### TUJUAN DAN FUNGSI

#### Pasal 2

Tujuan disusunnya Peraturan Bupati ini adalah :

- a. untuk mengatur Pemilik RSUD Arga Makmur atau yang mewakili, Direktur, Tenaga Kesehatan dan Pegawai BLUD

- dalam penyelenggaraan RSUD Arga Makmur agar dapat efektif, efisien, dan berkualitas; dan
- b. untuk meningkatkan kinerja layanan RSUD Arga Makmur secara profesional kepada seluruh masyarakat.

### Pasal 3

Peraturan Bupati ini berfungsi sebagai :

- a. pedoman Pemilik RSUD Arga Makmur dalam melakukan pengawasan;
- b. pedoman Direktur dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional RSUD Arga Makmur;
- c. sarana menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu layanan RSUD Arga Makmur;
- d. sarana perlindungan dan kepastian hukum; dan
- e. pedoman dalam penyelesaian konflik yang terjadi di RSUD Arga Makmur.

## BAB III RUANG LINGKUP DAN ASAS

### Pasal 4

- (1) Ruang Lingkup Peraturan Bupati ini terdiri dari:
  - a. Tata Kelola Korporasi;
  - b. Tata Kelola Staf Medis;
  - c. Tata Kelola Staf Keperawatan;
  - d. Tata Kelola Staf Tenaga Kesehatan lainnya.
- (2) Peraturan Bupati ini diselenggarakan berdasarkan asas :
  - a. Transparansi;
  - b. Akuntabilitas;
  - c. Responsibilitas; dan
  - d. Independensi.

## BAB IV TATA KELOLA KORPORASI

### Bagian Kesatu Identitas

### Pasal 5

- (1) Identitas RSUD Arga Makmur ditetapkan sebagai berikut:
  - a. nama rumah sakit adalah RSUD Arga Makmur;
  - b. RSUD Arga Makmur merupakan UOBK di lingkungan Pemerintah Daerah untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan Kesehatan Daerah;

- c. Kelas RSUD Arga Makmur adalah Kelas Tipe C yang selanjutnya mengikuti perkembangan penetapan kelas rumah sakit oleh Lembaga yang berwenang; dan
  - d. RSUD Arga Makmur beralamat di Jalan Siti Khadijah Nomor 8 Kelurahan Gunung Alam Kecamatan Arga Makmur Kabupaten Bengkulu Utara.
- (2) RSUD Arga Makmur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Direktur yang merupakan seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumaha-sakitan.
  - (3) Rumah sakit sebagaimana di maksud ayat (1) merupakan Organisasi bersifat khusus yang menerapkan PPK\_BLUD secara penuh.

**Bagian Kedua**  
**Falsafah, Visi dan Misi,**  
**Tujuan Strategis, Motto dan Nilai Dasar**

**Pasal 6**

- (1) Falsafah RSUD Arga Makmur adalah keikhlasan, berbakti, mengabdikan dan berbudi, mewujudkan pelayanan kesehatan yang profesional, peduli dan manusiawi.
- (2) Visi RSUD Arga Makmur adalah Rumah Sakit Bermutu Pilihan Utama Masyarakat Bengkulu Utara.
- (3) Misi dari RSUD Arga Makmur sebagai berikut:
  - a. meningkatkan mutu pelayanan berbasis keselamatan dan kepuasan masyarakat;
  - b. menyediakan Sistem informasi Rumah sakit yang tepat dan akurat; dan
  - c. mengembangkan pelayanan kesehatan, sarana prasarana serta tenaga yang terintegrasi.
- (4) Tujuan Strategis RSUD Arga Makmur sebagaimana tercantum dalam Renstra RSUD Arga Makmur sebagai berikut:
  - a. perbaikan manajemen dan kapasitas sumber daya manusia;
  - b. perbaikan mutu pelayanan; dan
  - c. pengendalian biaya dan optimalisasi pendapatan.
- (5) Nilai dasar RSUD Arga Makmur dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sebagai berikut :

- a. citra pelayanan;
  - b. citra kebersihan;
  - c. citra tertib;
  - d. citra keramahan; dan
  - e. citra ikhlas bekerja.
- (6) Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, RSUD Arga Makmur memiliki motto "Kepuasan Anda adalah Tujuan Kami".

**Bagian Ketiga**  
**Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi**

**Pasal 7**

- (1) RSUD Arga Makmur berkedudukan di Kabupaten Bengkulu Utara sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung Bupati di bidang pelayanan kesehatan, dan dipimpin oleh seorang Direktur yang bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) RSUD Arga Makmur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas pokok sebagai berikut :
  - a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, serta pemulasaran jenazah; dan
  - b. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (3) Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), RSUD Arga Makmur menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :
  - a. perumusan kebijakan teknis di bidang Pelayanan Kesehatan;
  - b. pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan pemerintah daerah di bidang pelayanan;
  - c. penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang Pelayanan Kesehatan;
  - d. pelayanan medis;
  - e. pelayanan penunjang medis dan non medis;
  - f. pelayanan keperawatan;
  - g. pelayanan rujukan;
  - h. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;

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

**Bagian Keempat  
Pemilik**

**Pasal 8**

- (1) Pemilik RSUD Arga Makmur adalah Pemerintah Kabupaten Bengkulu Utara.
- (2) Bupati sebagai pemilik RSUD Arga Makmur bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (3) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati memiliki wewenang sebagai berikut:
  - a. menetapkan Peraturan Bupati meliputi:
    - 1. SPM;
    - 2. Pengelolaan Keuangan;
    - 3. Pola Tarif layanan;
    - 4. Remunerasi dan Jasa Pelayanan;
    - 5. Pedoman Penyusunan, Pengajuan, Penetapan dan Perubahan Rencana Bisnis dan Anggaran BLUD.
  - b. mengangkat dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku Representasi Pemilik sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - c. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
  - d. mengesahkan Renstra RSUD Arga Makmur sebagai UOBK yang berstatus BLUD penuh;
  - e. mengesahkan RBA melalui Pejabat yang ditunjuk yaitu PPKD dengan diketahui Dewan Pengawas;

- f. mengevaluasi kinerja pejabat pengelola baik kinerja, keuangan, maupun non keuangan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun melalui Institusi yang ditunjuk;
  - g. menyetujui, menetapkan, dan mengesahkan Visi dan Misi, Tujuan Strategis, Motto, Nilai-nilai Dasar dan Janji Layanan RSUD Arga Makmur;
  - h. menyediakan anggaran operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta Renstra RSUD Arga Makmur;
  - i. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan dan pengelolaan sumber daya manusia RSUD Arga Makmur;
  - j. memberikan arahan kebijakan RSUD Arga Makmur;
  - k. memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi RSUD Arga Makmur serta melakukan evaluasi secara berkala terhadap RSUD Arga Makmur;
  - l. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi; dan
  - m. memberikan advokasi dan tanggung gugat kepada pihak manajemen RSUD Arga Makmur dan para pekerja profesional kesehatan RSUD Arga Makmur.
- (4) Bupati dapat mendelegasikan sebagian kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) kepada Direktur dalam melaksanakan fleksibilitas dalam rangka efisien dan efektivitas pelaksanaan BLUD meliputi:
- a. pengelompokan jenis pelayanan yang berlaku di RSUD Arga Makmur;
  - b. menetapkan formula remunerasi RSUD Arga Makmur;
  - c. melaksanakan perjanjian kerja sama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan pada RSUD Arga Makmur;
  - d. dalam keadaan darurat, melakukan pemenuhan kebutuhan Pegawai BLUD;
  - e. menyusun tata cara kerja sama dalam Peraturan Direktur;
  - f. menetapkan standar satuan harga BLUD;
  - g. melakukan publikasi visi dan misi RSUD Arga Makmur;



- h. memberikan sanksi dan penghargaan kepada pegawai;
- i. melakukan pengesahan evaluasi Renstra RSUD Arga Makmur.

**BAB VI  
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

**Bagian Kesatu  
Umum**

**Pasal 9**

- (1) Pemerintah Daerah wajib melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD Arga Makmur dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakitannya dan organisasi kemasyarakatan.
- (2) Pembinaan dan Pengawasan sebagaimana dimaksud ayat (1) diarahkan untuk:
  - a. pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat;
  - b. peningkatan mutu pelayanan kesehatan;
  - c. keselamatan pasien;
  - d. pengembangan jangkauan pelayanan; dan
  - e. peningkatan kemampuan kemandirian RSUD Arga Makmur.
- (3) Pembinaan dan Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh :
  - a. Pembina Teknis dan Pembina Keuangan;
  - b. Satuan Pengawas Internal ; dan
  - c. Dewan Pengawas.

**Bagian Kedua**

**Pembina Teknis dan Pembina Keuangan**

**Pasal 10**

- (1) Pembina Teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) huruf a yaitu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara dan Pembina Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (3) huruf a yaitu Kepala Badan Keuangan dan Aset Daerah Kabupaten Bengkulu Utara.
- (2) Pembina Teknis dan Pembina Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis evaluasi BLUD;
  - b. menyiapkan bahan koordinasi kebijakan teknis evaluasi BLUD;
  - c. menyiapkan bahan penyusunan petunjuk pelaksanaan kebijakan evaluasi BLUD; dan
  - d. menyiapkan bahan dan melaksanakan pemantauan, evaluasi, analisis dan pelaporan kebijakan perencanaan pengembangan dan kerja sama BLUD.
- (3) Selain pembinaan teknis sebagaimana dimaksud ayat (2), dilakukan juga pembinaan non teknis perumahsakitian secara internal dan eksternal.

### Bagian Ketiga

#### Satuan Pengawas Internal

##### Pasal 11

- (1) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) huruf b dibentuk oleh Direktur untuk melakukan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam penyelenggaraan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Pembentukan Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan pertimbangan sebagai berikut:
  - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
  - b. kompleksitas manajemen; dan
  - c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.
- (3) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas sebagai berikut :
  - 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.
- (4) Untuk dapat diangkat menjadi Satuan Pengawas Internal yang bersangkutan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :
  - a. sehat jasmani dan rohani;

- b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
- c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
- d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
- e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
- f. berijazah paling rendah D-3 (Diploma 3);
- g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;
- h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;
- i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara dan/atau keuangan daerah;
- j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- k. mempunyai sikap independen dan obyektif.

#### Bagian Keempat

#### Dewan Pengawas

#### Paragraf 1

#### Umum

#### Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) huruf c merupakan representasi dari Pemilik RSUD Arga Makmur yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan unit kerja non struktural yang bersifat independen, dan bertanggung jawab kepada Bupati.
- (3) Keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak-banyaknya 3 (tiga) orang sesuai dengan besarnya omzet dan/atau nilai aset RSUD Arga Makmur dengan ketentuan 1 (satu) orang di antara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (4) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berhalangan tetap, maka Bupati mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi Ketua hingga masa jabatan berakhir atas usulan Direktur.

Paragraf 2  
Tugas dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (1) mempunyai tugas sebagai berikut :
  - a. memantau perkembangan kegiatan BLUD;
  - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
  - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
  - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
  - e. memberikan pendapat dan saran kepada kepala daerah mengenai :
    1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
    2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
    3. kinerja BLUD.
- (2) Penilaian kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b diukur paling sedikit meliputi:
  - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (*rentabilitas*);
  - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (*likuiditas*) ;
  - c. memenuhi seluruh kewajibannya (*solvabilitas*); dan
  - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Penilaian kinerja non keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas memiliki wewenang sebagai berikut:
  - a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan RSUD Arga Makmur dari Direktur;

- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pengendali Internal Rumah Sakit atas izin Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
  - c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD Arga Makmur dengan izin Direktur berdasarkan pada Peraturan Internal Rumah Sakit atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
  - d. meminta penjelasan dari komite atau unit non struktural di RSUD Arga Makmur terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal RSUD Arga Makmur atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
  - e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
  - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSUD Arga Makmur.
- (5) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) kepada Bupati paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

### Paragraf 3

#### Masa Jabatan Dewan Pengawas

#### Pasal 14

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya, apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati karena :
  - a. meninggal dunia;
  - b. masa jabatan berakhir;

- c. diberhentikan sewaktu-waktu; atau
  - d. adanya usulan Direktur.
- (4) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c dilaksanakan dalam hal :
- a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
  - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
  - e. mengundurkan diri; dan
  - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/ atau daerah.

#### Paragraf 4

#### Keanggotaan dan Pengangkatan Dewan Pengawas

#### Pasal 15

- (1) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan paling banyak 3 (tiga) orang.
- (2) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas unsur:
  - a. 1 (satu) orang pejabat Satuan Kerja Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan perumahsakitian;
  - b. 1 (satu) orang Pejabat Satuan Kerja Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
  - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (3) Tenaga Ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan Rumah Sakit.

#### Pasal 16

- (1) Pengangkatan Dewan Pengawas dilakukan setelah pengangkatan Pejabat Pengelola.
- (2) Pengangkatan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud Pada ayat (1) harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
  - a. sehat jasmani dan rohani;

- b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan Rumah Sakit;
- c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
- d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi Rumah Sakit;
- e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
- g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
- h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpinnya dinyatakan pailit;
- i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon Bupati atau calon wakil Bupati, dan/atau calon anggota legislatif.

**Paragraf 5**  
**Sekretaris Dewan Pengawas**

**Pasal 17**

- (1) Bupati dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.
- (3) Sekretariat Dewan Pengawas berkedudukan di RSUD Arga Makmur.

**Paragraf 6**  
**Pembiayaan dan Operasional Dewan Pengawas**

**Pasal 18**

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



Paragraf 7  
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat Rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direksi (Pejabat Pengelola) RSUD Arga Makmur dan seluruh Komite serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan mencari klarifikasi dan/atau alternatif solusi berbagai masalah di RSUD Arga Makmur.
- (3) Rapat Rutin dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam 1 (satu) tahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan rapat kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi (Pejabat Pengelola), seluruh Komite dan pihak lain tertentu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Undangan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (4) sedikitnya harus memuat perihal sebagai berikut :
  - a. 1 (satu) salinan agenda rapat;
  - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
  - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 20

- (1) Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal khusus yang tidak termasuk dalam Rapat Rutin maupun Rapat Tahunan.
- (2) Rapat Khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Dewan Pengawas dalam hal sebagai berikut:
  - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; dan/atau
  - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Dewan Pengawas.

- (3) Undangan Rapat Khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik dan disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (4) Rapat Khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya suatu permintaan tersebut.

#### Pasal 21

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional RSUD Arga Makmur.
- (2) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

#### Paragraf 8

#### Undangan, Peserta dan Kuorum Rapat

#### Pasal 22

Setiap Undangan dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

#### Pasal 23

Peserta Rapat dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Direksi dan Komite Medik serta pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit dan/atau di luar lingkungan Rumah Sakit apabila diperlukan.

#### Pasal 24

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.

- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) telah memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Bila Kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat hari dan jam yang sama minggu berikutnya.
- (4) Bila Kuorum tidak tercapai juga dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

#### Pasal 25

- (1) Dalam hal kuorum rapat telah tercapai namun Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

#### Paragraf 9

#### Risalah Rapat

#### Pasal 26

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah Rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disahkan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

#### Paragraf 10

#### Pemungutan Suara dan Pembatalan Putusan Rapat

#### Pasal 27

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan

mengangkat tangan atau apabila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, maka pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.

- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

#### Pasal 28

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah dan/atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu maksimal 1 (Satu) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

#### Paragraf 11

#### Stempel Dewan Pengawas

#### Pasal 29

- (1) Dewan Pengawas dapat membuat dan menggunakan stempel Dewan Pengawas dalam rangka pelaksanaan pengadministrasian.
- (2) Setiap dokumen tidak akan dibubuhi Stempel Dewan Pengawas selain menyangkut hal-hal yang diputuskan oleh Dewan Pengawas dimana Ketua Dewan Pengawas diberi wewenang untuk menggunakan Stempel tersebut dengan persetujuan 2 (dua) anggota Dewan Pengawas lainnya.
- (3) Penggunaan Stempel oleh Ketua Dewan Pengawas pada saat diantara 2 (dua) rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dilaporkan pada rapat Dewan Pengawas berikutnya untuk memperoleh pengakuan.
- (4) Setiap dokumen yang menggunakan Stempel Dewan Pengawas harus ditandatangani oleh sekurang-kurangnya 2 (dua) orang anggota Dewan Pengawas.

BAB VII  
PENGELOLA RSUD ARGAS MAKMUR

Bagian Kesatu  
Pengelola

Pasal 30

Pejabat Pengelola RSUD Arga Makmur adalah pihak yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional rumah sakit sebagai BLUD yang terdiri dari :

- a. Pemimpin;
- b. Pejabat Keuangan; dan
- c. Pejabat Teknis.

Pasal 31

- (1) Pemimpin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 huruf a mempunyai tugas sebagai berikut :
  - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD agar lebih efisien dan produktivitas;
  - b. merumuskan penetapan kebijakan teknis BLUD serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Bupati;
  - c. menyusun Renstra;
  - d. menyiapkan RBA;
  - e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Bupati sesuai dengan ketentuan;
  - f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundangan-undangan;
  - g. mengoordinasikan pelaksanaan. Kebijakan BLUD yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada Bupati; dan
  - h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Bupati sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pemimpin dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan.

- (3) Pemimpin bertindak selaku kuasa pengguna anggaran atau kuasa pengguna barang.
- (4) Dalam hal pemimpin sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) tidak berasal dari pegawai negeri sipil, pejabat keuangan ditunjuk sebagai kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang.

#### Pasal 32

- (1) Pejabat Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 huruf b mempunyai tugas sebagai berikut :
  - a. merumuskan kebijakan terkait pengelolaan keuangan;
  - b. mengoordinasikan penyusunan RBA;
  - c. menyiapkan DPA;
  - d. melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja;
  - e. menyelenggarakan pengelolaan kas;
  - f. melakukan pengelolaan utang, piutang dan investasi;
  - g. menyusun kebijakan pengelolaan barang milik daerah yang berada di bawah penguasaannya;
  - h. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
  - i. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan; dan
  - j. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Bupati dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pejabat Keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab keuangan.
- (3) Pejabat Keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran.
- (4) Pejabat Keuangan, bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus dijabat oleh Pegawai Negeri Sipil.

#### Pasal 33

- (1) Pejabat Teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 Pasal 30 huruf c mempunyai tugas sebagai berikut:
  - a. menyusun perencanaan kegiatan teknis operasional dan pelayanan dibidangnya;

- b. melaksanakan kegiatan teknis operasional dan pelayanan sesuai dengan RBA;
  - c. memimpin dan mengendalikan kegiatan teknis operasional dan pelayanan dibidangnya; dan
  - d. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Bupati dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pejabat Teknis dalam melaksanakan tugas sebagaimana pada ayat (1) mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab kegiatan teknis operasional dan pelayanan dibidangnya.
- (3) Pelaksanaan tugas pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia dan peningkatan sumber daya lainnya.

#### Pasal 34

- (1) Pejabat struktural Pengelola RSUD Arga Makmur terdiri dari:
- a. Direktur;
  - b. Kepala Bagian Tata Usaha;
  - c. Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan;
  - d. Kepala Bidang Penunjang Medik;
  - e. Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan;
  - f. Kepala Sub Bagian Perencanaan;
  - g. Kepala Sub Bagian Keuangan; dan
  - h. Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian.
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a adalah Pemimpin BLUD.
- (3) Kepala Bagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b adalah Pejabat Keuangan BLUD.
- (4) Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c adalah Pejabat Teknis BLUD pada Bidang Pelayanan Medik dan Pelayanan Diagnostik dan Keperawatan.
- (5) Kepala Bidang Penunjang Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d adalah Pejabat Teknis BLUD pada Bidang Rekam Medik dan Sistem Informasi Rumah Sakit dan Sarana dan Prasarana.



- (6) Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e adalah Pejabat Teknis BLUD pada Bidang Pengelola Sumber Daya Kesehatan dan Penelitian dan Pengembangan.
- (7) Kepala Sub Bagian Perencanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f adalah Pejabat Teknis Perencanaan, Monitoring dan Evaluasi Program BLUD.
- (8) Kepala Sub Bagian Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g adalah Pejabat Teknis Keuangan BLUD.
- (9) Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h adalah Pejabat Teknis Umum dan Kepegawaian BLUD.

#### Pasal 35

Pejabat Pengelola RSUD Arga Makmur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (1) dilarang memangku jabatan rangkap sebagai:

- a. Direksi BUMN;
- b. Direksi pada Rumah Sakit Swasta; atau
- c. Jabatan lainnya yang berhubungan dengan kepengurusan perusahaan.

#### Pasal 36

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (1) huruf a bertanggung jawab kepada Bupati terhadap operasional, Pengelolaan Keuangan dan Barang Milik Daerah serta Bidang Kepegawaian.
- (2) Kepala Bagian atau Kepala Bidang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (1) huruf b, huruf c, huruf d dan huruf e bertanggung jawab kepada Direktur sesuai bidangnya masing-masing.
- (3) Susunan Pejabat struktural Pengelola RSUD Arga Makmur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (4) Perubahan susunan Pejabat struktural Pengelola RSUD Arga Makmur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan oleh Bupati.

- (5) Pengangkatan dan penempatan dalam Pejabat struktural Pengelola RSUD Arga Makmur ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (6) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatannya.
- (7) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (8) Pejabat Pengelola RSUD Arga Makmur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

#### Pasal 37

- (1) RSUD Arga Makmur menetapkan struktur organisasi internal meliputi Komite, Instalasi dan Unit Organisasi lain serta tata hubungan kerja dengan para Pimpinan sesuai dengan kebutuhan RSUD Arga Makmur.
- (2) Struktur Organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat mendukung proses budaya kerja manajemen rumah sakit, budaya keselamatan pasien dalam manajemen klinis di rumah sakit dan komunikasi antar profesi, mendukung proses perencanaan pelayanan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan, mendukung proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi dan mendukung proses pengawasan atas mutu pelayanan klinis.

#### Pasal 38

- (1) Dalam menjamin manajemen mutu dan keselamatan pasien, Direksi dibantu oleh MPP.
- (2) MPP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (3) Dalam rangka mewujudkan pelayanan klinis dan manajemen rumah sakit sehari-hari agar lebih efektif dan efisien maka rumah sakit dibagi menjadi subkelompok yang kohesif sebagai berikut :
  - a. Instalasi;
  - b. Kelompok Staf Medis;
  - c. Kelompok Staf Keperawatan;

- d. Kelompok Staf Tenaga Kesehatan Lainnya; dan
  - e. Komite atau jenis layanan tertentu yang berada di bawah arahan pimpinan pelayanan yang disebut organisasi pelaksana atau Instalasi.
- (4) Subkelompok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
  - (5) Dalam pelaksanaan pelayanan Instalasi dapat terdiri dari unit-unit sesuai dengan kebutuhan RSUD Arga Makmur.
  - (6) Unit-unit sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan RSUD Arga Makmur.

Paragraf 1  
Kedudukan Pejabat Pengelola

Pasal 39

- (1) Untuk melaksanakan kegiatan operasional rutin pada RSUD Arga Makmur, Bupati menetapkan Direktur RSUD Arga Makmur yang dibantu Kepala Bagian atau Kepala Bidang.
- (2) Direktur RSUD Arga Makmur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pimpinan tertinggi di RSUD Arga Makmur yang ditetapkan oleh Bupati.
- (3) Direktur bertanggung jawab untuk menjalankan visi dan misi RSUD Arga Makmur yang sudah ditetapkan oleh Bupati serta menyusun regulasi pelayanan dan manajemen untuk menjalankan RSUD Arga Makmur.
- (4) Kepala Bagian atau Kepala Bidang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati dan memiliki tanggung jawab kepada Direktur yang terdiri atas:
  - a. Bagian Tata Usaha;
  - b. Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan;
  - c. Bidang Penunjang Medik ;
  - d. Bidang Sumber Daya Manusia.

Paragraf 2  
Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 40

- (1) Pengangkatan pejabat pengelola dilakukan setelah memenuhi persyaratan kualifikasi serta standar kompetensi jabatan yang

akan dipangkunya melalui proses rekrutmen dan seleksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Persyaratan kualifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Standar kompetensi jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
  - a. kompetensi dasar;
  - b. kompetensi bidang; dan
  - c. kompetensi khusus.

#### Pasal 41

- (1) Kompetensi dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (3) huruf a harus dimiliki oleh Pejabat Pengelola sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Kompetensi bidang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (3) huruf b didapat melalui pendidikan dan pelatihan teknis dan fungsional kesehatan sesuai dengan bidang pekerjaannya
- (3) Kompetensi khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (3) huruf c harus dimiliki oleh pejabat pengelola dalam mengemban tugas pokok dan fungsinya sesuai dengan jabatan dan kedudukannya.

#### Paragraf 3

#### Persyaratan Pejabat Pengelola

#### Pasal 42

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :

- a. seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahnyasakit dan tidak boleh dirangkap oleh Pemilik rumah sakit serta berkewarganegaraan Indonesia;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. tidak pernah melakukan perbuatan melanggar hukum;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil;
- e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan dan bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk

- mengembangkan dan menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Pegawai Negeri Sipil;
  - g. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

#### Paragraf 4

#### Status Kepegawaian Pejabat Pengelola

#### Pasal 43

- (1) Pejabat Pengelola dapat berasal dari Aparatur Sipil Negara dan/atau Pegawai Non Aparatur Sipil Negara yang profesional sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pejabat Pengelola yang berstatus pegawai Non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipekerjakan berdasarkan kontrak.
- (3) Pengangkatan dan pemberhentian Pejabat Pengelola yang berasal dari Aparatur Sipil Negara sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Pengangkatan dan pemberhentian Pejabat Pengelola yang berasal dari pegawai Non Aparatur Sipil Negara dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang diatur lebih lanjut dengan Keputusan Bupati.

#### Paragraf 6

#### Kompetensi Direktur

#### Pasal 44

- (1) Direktur RSUD Arga Makmur harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakititan.
- (2) Direktur RSUD Arga Makmur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib mengikuti pelatihan perumahsakititan meliputi Kepemimpinan, Kewirausahaan, Rencana Strategis Bisnis, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Tata kelola Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi Rumah Sakit, Pengelolaan Sumber Daya Manusia.

- (3) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama satu tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural.

Paragraf 7  
Pemimpin BLUD

Pasal 45

- (1) Direktur RSUD Arga Makmur adalah Pemimpin BLUD yang merupakan pejabat Kuasa Pengguna Anggaran dan Barang Milik Daerah.
- (2) Direktur RSUD Arga Makmur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari pegawai Aparatur Sipil Negara maka Pejabat pengelola wajib berasal dari pegawai Aparatur Sipil Negara.
- (3) Dalam hal Direktur RSUD Arga Makmur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari dokter spesialis, maka yang bersangkutan diperbolehkan melaksanakan pelayanan secara langsung, dengan ketentuan harus memiliki STR dan SIP yang masih berlaku melalui surat penugasan Kepala Dinas Kesehatan.

Pasal 46

- (1) Direktur sebagai Pemimpin BLUD dalam Penyelenggaraan operasional BLUD RSUD Arga Makmur dibantu oleh Staf Direksi.
- (2) Staf Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Pejabat Struktural dan Pejabat Fungsional pada RSUD Arga Makmur yang terdiri dari Staf Direksi BLUD dan Staf Manajemen BLUD.
- (3) Staf Direksi BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari :
  - a. Kepala Sub Bagian sebagai Pembantu Pejabat Keuangan;
  - b. Kepala Sub Bidang sebagai Pembantu Pejabat Teknis;
  - c. Staf Administrasi Keuangan;
  - d. Staf Administrasi Perencanaan dan Monev;
  - e. Staf Administrasi Umum dan Kepegawaian;
  - f. Staf Pengelola Aset yang bertugas mengelola aset BLUD;dan

- g. Tim Penyedia yang dibentuk dan bertugas melaksanakan proses penyediaan barang dan/atau jasa dengan dana bersumber dari BLUD RSUD Arga Makmur.
- (4) Staf Manajemen BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat )2) terdiri dari:
- a. Staf Sub bidang Pelayanan;
  - b. Staf Sub bidang Sarana Medis;
  - c. Staf Sub bidang Peningkatan SDM;
  - d. Staf Sub bidang Rekam Medis;
  - e. Staf Sub bidang Keperawatan; dan
  - f. Staf Sub bidang Logistik Keperawatan.

#### Paragraf 8

#### Pemberhentian Direktur dan Pejabat pengelola BLUD

#### Pasal 47

Direktur dan Pejabat pengelola BLUD dapat diberhentikan karena :

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan secara tetap tanpa keterangan sekurang-kurangnya 46 (empat puluh enam) hari secara terus menerus dalam satu tahun;
- c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik sesuai standar kinerja yang diatur dalam peraturan perundang-undangan;
- d. terjadinya rotasi jabatan;
- e. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah ditetapkan;
- f. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan
- g. terbukti terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih berdasarkan keputusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.

#### Paragraf 9

#### Evaluasi Kinerja Direktur dan Pejabat pengelola BLUD

#### Pasal 48

- (1) Evaluasi Kinerja Direktur :

- a. Evaluasi Kinerja Direktur berdasarkan pencapaian kinerja dan mutu Rumah Sakit berdasarkan RBA;
  - b. Evaluasi kinerja Direktur terdiri dari pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu non keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai; dan
  - c. Dewan Pengawas diberikan delegasi oleh Bupati untuk melakukan evaluasi kinerja Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.
- (2) Evaluasi Kinerja Pejabat pengelola BLUD:
- a. Evaluasi Kinerja Pejabat pengelola BLUD berdasarkan pencapaian kinerja Pelayanan;
  - b. Evaluasi kinerja Pejabat pengelola BLUD terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai; dan
  - c. Evaluasi Kinerja Pejabat pengelola BLUD dinilai oleh Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.

Bagian Kedua  
Organisasi Pendukung

Paragraf 1  
Organisasi Pelaksana

Pasal 49

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan di RSUD Arga Makmur dibentuk Organisasi Pelaksana yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan, perubahan jumlah dan jenis Organisasi Pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kemampuan RSUD Arga Makmur.
- (3) Organisasi Pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Organisasi Pelaksana mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyelenggarakan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (5) Kriteria Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud ayat (3) diatur dalam Peraturan Bupati Bengkulu Utara Nomor 68 Tahun 2020 tentang Klasifikasi, Bagan Struktur, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi, Tata Kerja Serta Uraian



Tugas Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Arga Makmur.

Pasal 50

Kepala Organisasi Pelaksana mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan kepada Direktur.

Paragraf 2

Kelompok Jabatan Non Struktural

Pasal 51

- (1) Selain Jabatan Struktural di Rumah Sakit dapat dibentuk Satuan Organisasi yang bersifat Non Struktural yang bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kelompok Jabatan Non Struktural sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari:
  - a. Satuan Pengawas Internal;
  - b. Komite;
  - c. Instalasi;
  - d. MPP; dan
  - e. Supervisor.
- (3) Kelompok Jabatan Non Struktural sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf a, huruf b dan huruf c diatur dalam Peraturan Bupati Bengkulu Utara Nomor 68 Tahun 2020 tentang Klasifikasi, Bagan Struktur, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi, Tata Kerja Serta Uraian Tugas Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Arga Makmur.

Paragraf 3

Manajer Pelayan Pasien

Pasal 52

- (1) Untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengendalian pelayanan secara menyeluruh di rumah sakit, dibentuk Manajer Pelayanan Pasien.
- (2) Manajer Pelayanan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kelompok jabatan fungsional lainnya yang bertugas melaksanakan pengawasan, mengkoordinasikan dan mengendalikan terhadap penyelenggaraan pelayanan, mutu dan keselamatan pasien.

- (3) Ketua, Sekretaris dan Anggota Manajer Pelayanan Pasien dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Manajer Pelayanan Pasien berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur secara langsung dan melalui Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan.
- (5) Manajer Pelayanan Pasien terdiri dari Aparatur Sipil Negara (ASN) dan Non Aparatur Sipil Negara (ASN) yang menguasai bidang perumahsakit.

Paragraf 4  
Supervisor

Pasal 53

- (1) Untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengendalian Pelayanan, secara menyeluruh di rumah sakit, dibentuk Supervisor.
- (2) Supervisor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kelompok jabatan fungsional lainnya yang bertugas melaksanakan pengawasan, mengkoordinasikan dan mengendalikan terhadap penyelenggaraan pelayanan, asuhan keperawatan, penunjang medik, sarana prasarana dan sumber daya manusia.
- (3) Ketua, Sekretaris dan Anggota Supervisor dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Supervisor berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur secara langsung dan melalui Kepala Bagian/Bidang masing-masing.
- (5) Supervisor terdiri dari Aparatur Sipil Negara (ASN) dan Non Aparatur Sipil Negara (ASN) yang menguasai bidang perumahsakit.

Paragraf 5

Tim, Panitia dan Kelompok Kerja

Pasal 54

- (1) Direktur dapat membentuk Tim, Panitia dan Kelompok Kerja dan menetapkan honor dalam rangka peningkatan pelaksanaan pelayanan kesehatan pada rumah sakit untuk menyelesaikan suatu tugas tertentu.
- (2) Tim, Panitia dan Kelompok Kerja dimaksud pada ayat (1) merupakan kebijakan dengan mempertimbangkan

kemampuan keuangan Rumah Sakit, susunan keanggotaan, kualifikasi anggota dan jumlah anggota.

Paragraf 6  
Pedoman Pelayanan

Pasal 55

- (1) Kepala Unit atau Kepala Instalasi Pelayanan mengusulkan rencana kegiatan dan anggaran serta program peningkatan mutu dan kinerja instalasi kepada pimpinan rumah sakit melalui pejabat di atasnya.
- (2) Kepala Instalasi Pelayanan bertanggung jawab membuat pedoman pelayanan tentang pelayanan yang dikepalai.
- (3) Pedoman pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal berisi tentang uraian pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan pelayanan yang direncanakan, serta mengatur pengetahuan dan keterampilan staf klinis yang melakukan *assesment* pasien dan kebutuhan pasien.
- (4) Kepala Instalasi pelayanan bekerja sama dengan unit-unit pelayanan yang lain pada rumah sakit, untuk menetapkan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan pelayanan.
- (5) Kepala Instalasi Pelayanan menjamin adanya mekanisme aduan pelayanan pasien yang jelas demi pelayanan yang optimal kepada pasien.

Paragraf 7  
Program Mutu Instalasi dan Unit

Pasal 56

Kepala Instalasi dan unit beserta seluruh stafnya turut serta dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan melakukan monitoring kegiatan klinis dan nonklinis bagi unit pelayanan tersebut.

Pasal 57

- (1) Kepala Instalasi dan Unit menerapkan pengawasan dan penilaian terkait peningkatan mutu di unit yang dikepalai sesuai dengan standar minimal indikator mutu yang digunakan.

- (2) Standar minimal indikator mutu di Instalasi dan unit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup ;
  - a. penilaian secara menyeluruh dan perbaikan yang ditetapkan oleh Direktur RSUD Arga Makmur yang terkait secara spesifik dengan Instalasi dan unit mereka;
  - b. Penilaian yang terkait dengan prioritas Instalasi dan Unit secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana beresiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi; dan/atau
  - c. Penilaian spesifik di Instalasi dan unit ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para Profesional Pemberi Asuhan.
- (3) Kepala Instalasi dan unit menyediakan data dan Informasi dari hasil kegiatan pelayanan di Instalasi dan unit yang selanjutnya dipergunakan untuk melakukan evaluasi dokter, perawat, dan staf klinis pemberi asuhan yang memberikan pelayanan di Instalasi dan unit tersebut.

#### Paragraf 8

#### Program Mutu Kelompok Staf Medis

#### Pasal 58

- (1) Tiap kelompok staf medis memilih dan menetapkan panduan praktik klinik, beserta dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*) dan/atau protokol klinis atau prosedur dan/atau *standing order* sebagai panduan asuhan klinis.
- (2) Pemilihan dan penetapan Panduan Praktik Klinik, Alur Klinis, atau Protokol sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi kriteria :
  - a. sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi rumah sakit;
  - b. disesuaikan dengan teknologi, obat, sumber daya lain di rumah sakit atau norma profesional yang berlaku secara nasional
  - c. dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang;
  - d. disetujui resmi atau digunakan oleh rumah sakit;

- e. dilaksanakan dan diukur efektivitasnya;
  - f. dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau *pathways*;
  - g. secara berkala diperbarui berdasar atas bukti serta evaluasi proses dan hasil proses.
- (3) Panduan Praktik Klinik, Alur Klinis, atau Protokol sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dijadikan acuan dan bahan evaluasi bagi kelompok staf medis.

#### Pasal 59

- (1) Tiap ketua kelompok staf medis menetapkan secara bersama – sama minimal 5 (lima) panduan klinis prioritas setiap tahun untuk diimplementasikan di unit pelayanan masing-masing.
- (2) Masing-masing unit pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melakukan komunikasi dan koordinasi dengan unit pelayanan lainnya agar dapat membantu penerapan dan evaluasi penerapan panduan klinis prioritas

#### Pasal 60

Kepala unit pelayanan klinis ikut terlibat dalam evaluasi penerapan panduan praktik klinis, alur klinis dan protokol kelompok staf medis, sesuai dengan indikator mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58.

#### Pasal 61

Komite Medis bersama – sama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/Dokter Penanggung Jawab Pelayanan terhadap panduan praktek klinis.

### BAB VIII HUBUNGAN TATA KERJA

#### Bagian Kesatu Hubungan Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas

#### Pasal 62

- (1) Pengelolaan RSUD Arga Makmur dilakukan oleh Pejabat Pengelola yang bertanggung jawab secara substantif kepada Bupati melalui Dewan Pengawas.

- (2) Pejabat Pengelola bertanggung jawab secara administratif dalam bentuk menyampaikan laporan kinerja kepada Kepala Dinas.
- (3) Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan RSUD Arga Makmur dengan menetapkan kebijakan-kebijakan pelaksanaan baik pada bidang pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian, dan pengembangan kesehatan untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.
- (4) Keberhasilan RSUD Arga Makmur tergantung dari pengurusan Pejabat Pengelola dan pembinaan serta pengawasan dari Bupati melalui Dewan Pengawas sehingga dalam pertanggungjawaban tugas dan kewajiban antara Pejabat Pengelola dan Bupati selaku Pemilik adalah bersifat tanggung renteng.

#### Bagian Kedua

#### Hubungan Dewan Pengawas Dengan Komite Medik

#### Pasal 63

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Komite Medik untuk mencapai tujuan sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan RSUD Arga Makmur.
- (2) Peran terhadap Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui Integrasi dan koordinasi secara terus menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan seluruh tugas dan fungsi Organisasi Komite Medik.

#### Bagian Ketiga

#### Hubungan Pejabat Pengelola Dengan Komite Medik

#### Pasal 64

- (1) Komite Medik berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Arga Makmur.
- (2) Pelaksanaan seluruh tugas Komite Medik dilaporkan secara tertulis kepada Direktur RSUD Arga Makmur dalam bentuk rekomendasi.

- (3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

**Bagian Keempat**  
**Hubungan Pejabat Pengelola Dengan Satuan Pengawas Internal**  
**Pasal 65**

- (1) Satuan Pengawas Internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Arga Makmur.
- (2) Tugas Pokok Satuan Pengawas Internal adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di RSUD Arga Makmur agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Satuan Pengendali Internal menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :
  - a. melaksanakan pemeriksaan /audit keuangan dan operasional;
  - b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian internal;
  - c. melakukan identifikasi resiko;
  - d. mencegah terjadinya penyimpangan; dan
  - e. memberikan konsultasi pengendalian internal.
- (4) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur RSUD Arga Makmur.

**BAB IX**  
**TATA KELOLA KELOMPOK STAF MEDIS**

**Bagian Kesatu**  
**Kelompok Staf Medis**

**Paragraf 1**  
**Umum**

**Pasal 66**

- (1) Untuk menjadi Kelompok Staf Medis RSUD Arga Makmur, maka seorang staf medis harus memiliki:
  - a. Kompetensi yang dibutuhkan;
  - b. STR yang masih berlaku; dan

c. SIP yang masih berlaku.

- (2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf medis harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang baik untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab serta memiliki perilaku, moral dan etika yang baik.

#### Pasal 67

- (1) Kelompok Staf Medis rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 memiliki tugas sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.
- (2) Kelompok Staf Medis Fungsional dapat melimpahkan tindakan medis tertentu kepada Perawat berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.

#### Pasal 68

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 67 ayat (1) Kelompok Staf Medis menyelenggarakan fungsi :

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

#### Pasal 69

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68, Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi dan/atau keahliannya menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian sama.
- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok Staf



Medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

#### Pasal 70

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- (2) Ketua kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dijabat oleh Dokter Pegawai Negeri Sipil atau Dokter Non Pegawai Negeri Sipil.
- (3) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur RSUD Arga Makmur.
- (4) Ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD Arga Makmur.
- (5) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

#### Pasal 71

Tanggung jawab Kelompok Staf Medis meliputi :

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

## Pasal 72

Kewajiban Kelompok Staf Medis meliputi :

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

## Pasal 73

- (1) Terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi Staf Medis dilakukan penilaian kinerja oleh Direktur sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan yang berlaku.
- (3) Staf Medis yang memberikan pelayanan medik dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggungjawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

## Paragraf 2

### Kelompok Staf Medis

## Pasal 74

Staf Medis RSUD Arga Makmur terdiri dari :

- a. Staf Medis Aparatur Sipil Negara;
- b. Staf Medis Non Aparatur Sipil Negara;
- c. Staf Medis Tamu.

## Pasal 75

Staf Medis Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 huruf a yaitu dokter Aparatur Sipil Negara yang bekerja purna waktu sebagai pegawai tetap rumah sakit, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada Direktur.

## Pasal 76

- (1) Staf Medis Non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 huruf b yaitu dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dokter ahli dan

Pendayagunaan Dokter Spesialis yang berstatus tenaga kontrak dan yang telah terikat perjanjian kerja dengan Rumah Sakit dan atau Institusi Pendidikan dan ditetapkan berdasarkan Keputusan Penempatan di Rumah Sakit oleh Direktur dan Dekan.

- (2) Staf Medis Non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis Rumah Sakit apabila telah menyelesaikan masa kontrak 1 (satu) tahun atau berhenti atas persetujuan bersama.
- (3) Staf Medis Non Aparatur Sipil Negara yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat bekerja kembali untuk masa kontrak 1 (satu) tahun berikutnya setelah menandatangani perjanjian kerja baru dengan pihak Rumah Sakit.

#### Pasal 77

Staf Medis Tamu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 huruf c yaitu dokter dari luar RSUD Arga Makmur yang karena reputasi dan/atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medik yang ada di RSUD Arga Makmur atau untuk melaksanakan tugas suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

#### Paragraf 3

#### Kewenangan Klinis Staf Medis

#### Pasal 78

- (1) Setiap Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh Direktur sesuai standar profesi setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan buku putih (*white paper*).
- (2) Kewenangan klinis seorang staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (*behavior*).

Paragraf 4  
Surat Penugasan Klinis

Pasal 79

- (1) Pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 ayat (2) diberikan Direktur melalui penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (2) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Staf Medis sebagai dasar untuk melakukan pelayanan medis di RSUD Arga Makmur.
- (3) Berdasarkan Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka seorang staf medis tergabung menjadi anggota kelompok (*member*) staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medik di RSUD Arga Makmur.
- (4) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.
- (5) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medik di RSUD Arga Makmur.

Pasal 80

Direktur dapat memberikan Surat Penugasan Klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*) kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti.

Pasal 81

Dalam keadaan *emergency* atau bencana yang menimbulkan banyak korban, semua Staf Medis Rumah Sakit dapat diberikan kewenangan klinis oleh Direktur untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimilikinya sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Paragraf 5  
Masa Kerja Staf Medis

Pasal 82

- (1) Staf Medis Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 huruf a memiliki masa kerja sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang undangan.
- (2) Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 huruf b dan huruf c memiliki masa kerja sesuai dengan perjanjian dan/atau Keputusan Direktur RSUD Arga Makmur.

Pasal 83

- (1) Staf Medis Aparatur Sipil Negara yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Non Aparatur Sipil Negara atau Staf Medis Tamu sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan tenaganya masih dibutuhkan oleh Rumah Sakit.
- (2) Untuk dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Non Aparatur Sipil Negara atau diangkat kembali sebagai Staf Medis Tamu, harus terlebih dahulu mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan tersebut.
- (3) Dalam pengambilan keputusan untuk menerima atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur meminta Komite Medik untuk melakukan kajian kompetensi calon staf medis melalui Sub komite Kredensial Staf Medis.
- (4) Selain Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Rumah sakit atau Direktur juga dapat mempekerjakan Staf Medis Spesialis Mandiri atau yang berasal dari luar yang diikat dengan Perjanjian Kerja Sama atau Kontrak berdasarkan analisis kebutuhan yang dilakukan dengan membuat kajian terlebih dahulu oleh Komite Medik Sub Komite Kredensial.
- (5) Jangka waktu perjanjian kerja sama sebagaimana dimaksud ayat (4) berdasarkan kesepakatan kedua belah pihak dengan mempertimbangkan efektivitas, efisien dan kemampuan keuangan.

- (6) Tata cara pelaksanaan Perjanjian Kerja Sama diatur dalam Peraturan Direktur sebagai pedoman dalam pengelolaan kerja sama di RSUD Arga Makmur.

Paragraf 6  
Penilaian Kinerja Staf Medis

Pasal 84

Penilaian kinerja Staf Medis dilakukan oleh Komite Medik yang disampaikan kepada Direktur sebagai dan/atau merupakan rekomendasi dalam pengambilan kebijakan.

Paragraf 7  
Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

Pasal 85

- (1) Pembinaan dan pengawasan Staf Medis dalam hal teknis medis dilakukan oleh Direktur melalui Komite Medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan anggota Staf Medis dalam hal manajemen dilakukan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan melalui ketua Staf Medis dari masing-masing kelompok.

Paragraf 8  
Sanksi

Pasal 86

- (1) Seluruh Staf Medis Rumah Sakit yang melakukan pelanggaran terhadap aturan perundang-undangan, aturan rumah sakit, klausul-klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (2) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
  - a. administrasi
  - b. teguran lisan atau tertulis;
  - c. penghentian praktik untuk sementara waktu;
  - d. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis Aparatue Sipil Negara; atau
  - e. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Non PNS yang masih berada dalam masa kontrak.
- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat

Komite Medik dalam hal ini Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.

- (4) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis Fungsional (SMF) yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (5) Dalam hal Staf Medis Fungsional (SMF) tidak dapat menerima sanksi maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis kepada Direktur dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan.
- (6) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

Bagian Kedua  
Komite Medik

Paragraf 1  
Pembentukan

Pasal 87

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural di RSUD Arga Makmur yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun dan bukan merupakan wadah perwakilan Staf Medis.
- (3) Komite Medik berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur, meliputi hal-hal yang berkaitan dengan :
  - a. mutu pelayanan medis;
  - b. pembinaan etik kedokteran; dan
  - c. pengembangan profesi medis.

- (4) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan bagi Komite Medik untuk melaksanakan fungsinya.

Paragraf 2  
Susunan, Fungsi, Tugas dan Kewenangan

Pasal 88

Susunan Organisasi Komite Medik terdiri dari:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Subkomite.

Pasal 89

- (1) Ketua sebagaimana dimaksud dalam Pasal 88 huruf a ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (2) Sekretaris dan ketua Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 88 huruf b dan huruf c ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (3) Keanggotaan komite medis ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medis di RSUD Arga Makmur.
- (5) Dalam hal diperlukan Wakil Ketua Komite Medik, maka Wakil Ketua Komite Medik diusulkan oleh Ketua Komite Medik dan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 90

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di RSUD Arga Makmur dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.



- (2) Komite Medik terbagi dalam 3 (tiga) Subkomite, yaitu :
  - a. subkomite Kredensial Staf Medis;
  - b. subkomite Mutu Profesi Medis; dan
  - c. subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis.
- (3) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

#### Pasal 91

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite medik berwenang :

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

#### Pasal 92

- (1) Organisasi Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (2) huruf a sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Sub Komite Kredensial Staf Medis memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. penyusunan dan pengelompokan daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  1. kompetensi;
  2. kesehatan fisik dan mental; dan
  3. perilaku etika profesi.
- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian;
- c. evaluasi data pendidikan professional kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan;
- d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
- f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medis;
- g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medis; dan
- h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

### Pasal 93

- (1) Organisasi Subkomite Mutu Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (2) huruf b sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Mutu profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas memelihara mutu profesi staf medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Sub Komite Mutu profesi Medis memiliki fungsi sebagai berikut :
  - a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;

- c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis Rumah Sakit tersebut ; dan
- d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan; dan
- e. pemantauan dan pengendalian mutu profesi dilakukan melalui :
  - 1. pemantauan kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis (*journal reading*); dan
  - 2. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

#### Pasal 94

- (1) Organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 ayat (2) huruf c, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) subkomite etika dan disiplin profesi medis menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :
  - a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan
  - d. pemberian nasehat atau pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf 3  
Kredensial

Pasal 95

- (1) Rekomendasi dari Komite medik untuk pemberian kewenangan klinis dilakukan melalui proses kredensial.
- (2) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf medis yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (3) Kredensial dilakukan terhadap seluruh staf medis, tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya.
- (4) RSUD Arga Makmur wajib melakukan proses kredensial sebagaimana dimaksud ayat (1) untuk memverifikasi keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis agar yang bersangkutan bisa melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi.
- (5) Upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan cara mengatur agar setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar memiliki kompetensi.
- (6) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi 2 (dua) aspek yaitu :
  - a. kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, ketrampilan dan perilaku profesional; dan
  - b. kompetensi fisik dan mental.

Pasal 96

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

Paragraf 4  
Rekredensial

Pasal 97

- (1) Selambat-lambat 3 (tiga) bulan sebelum Penerbitan Surat Penugasan Klinis daluwarsa, staf medis yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh RSUD Arga Makmur.
- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Arga Makmur melalui Subkomite Kredensial Staf Medis harus melakukan Rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan.
- (3) Mekanisme dan proses Rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku Mutatis Mutandis terhadap mekanisme dan proses Kredensial.
- (4) Proses Rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Medik kepada Direktur berupa:
  - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah atau dimodifikasi; dan
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Pasal 98

- (1) Mekanisme kredensial dan rekredensial di Rumah Sakit merupakan tanggung jawab Komite Medik.
- (2) Proses kredensial dan rekredensial dilaksanakan oleh Subkomite Kredensial Staf Medis.

Paragraf 5  
Rapat-Rapat

Pasal 99

Rapat Komite Medik terdiri dari:

- a. Rapat Rutin;
- b. Rapat Khusus; dan
- c. Rapat Tahunan.

#### Pasal 100

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 99 huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (2) Rapat Rutin bersama semua kelompok Staf Medis dan/atau dengan semua staf medis, dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (3) Rapat dipimpin oleh Ketua Medik atau Wakil Ketua dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu dari anggota yang hadir dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik tidak hadir.
- (4) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit  $\frac{2}{3}$  (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.
- (5) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

#### Pasal 101

- (1) Rapat Khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 99 huruf b dilaksanakan dengan ketentuan :
  - a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
  - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik.
- (2) Rapat Khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit  $\frac{2}{3}$  (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.
- (3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus

dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

#### Pasal 102

- (1) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 99 huruf c diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.

#### Pasal 103

Setiap Rapat Khusus dan Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 99 huruf b dan huruf c wajib dihadiri oleh Direktur dan atau Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.

#### Pasal 104

- (1) Keputusan rapat Komite Medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.

#### Pasal 105

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

Paragraf 6  
Panitia *Adhoc*

Pasal 106

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh Panitia *Adhoc*.
- (2) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Mitra Bestari (*per group*) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
- (5) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis, dan/ atau instansi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi.

Paragraf 7  
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 107

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh badan-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 rumah sakit
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) 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, pihak-pihak yang bertanggung jawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.



**BAB X**  
**TATA KELOLA STAF KEPERAWATAN**

**Bagian Kesatu**  
**Umum**

**Pasal 108**

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

**Bagian Kedua**  
**Kewenangan Klinis**

**Pasal 109**

- (1) Asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi kewenangan melalui proses kredensial kepada staf keperawatan berdasarkan kategori jenjang klinis keperawatan.
- (2) Staf Keperawatan dapat memperoleh pelimpahan tindakan medis tertentu dari Staf Medis Fungsional berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.
- (3) Jenjang klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
  - a. jenjang perawat klinik IA, IB;
  - b. jenjang perawat klinik II;
  - c. jenjang perawat klinik III;
  - d. jenjang perawat klinik IV;
  - e. jenjang perawat klinik V.
- (4) Dalam keadaan tertentu kewenangan klinis dapat diberikan kepada staf keperawatan dengan melihat kondisi yang meliputi:
  - a. kewenangan klinis sementara;
  - b. kewenangan klinis dalam keadaan darurat;
  - c. kewenangan klinis bersyarat;
- (5) Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dijabarkan dalam buku putih.

- (6) Buku Putih sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disusun oleh Panitia *Adhoc* yang dibentuk oleh komite keperawatan dengan melibatkan mitra bestari.

#### Pasal 110

- (1) Untuk mendapatkan kewenangan klinis, staf keperawatan mengajukan secara tertulis kepada Direktur dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan, dan selanjutnya Direktur menugaskan kepada Komite Keperawatan untuk melakukan proses kredensial.
- (2) Komite keperawatan menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf keperawatan sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf keperawatan.
- (3) Rekomendasi Subkomite Kredensial dapat berupa :
  - a. rekomendasi pemberian kewenangan klinis;
  - b. tidak diberi rekomendasi;
  - c. rekomendasi dengan syarat.

#### Bagian Ketiga Penugasan Klinis

#### Pasal 111

- (1) Komite Keperawatan menetapkan kewenangan klinis staf keperawatan dan mengusulkan kepada Direktur untuk dikeluarkan surat penugasan klinis.
- (2) Direktur mengeluarkan surat penugasan klinis yang berlaku dalam 3 (tiga) tahun.
- (3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengeluarkan surat pengakhiran penugasan klinis staf keperawatan atas rekomendasi subkomite etik dan disiplin profesi melalui Ketua Komite Keperawatan.

#### Bagian Keempat KOMITE KEPERAWATAN

#### Paragraf 1 Pembentukan

#### Pasal 112

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan

- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf perawat dan staf bidan

#### Paragraf 2

#### Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan

#### Pasal 113

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari :
  - a. ketua;
  - b. sekretaris;
  - c. subkomite.
- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (3) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (4) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari :
  - a. subkomite kredensial;
  - b. subkomite mutu profesi; dan
  - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (5) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (6) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (7) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

#### Pasal 114

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dengan cara :

- a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
  - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
  - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
  - c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
  - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
  - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
  - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Direktur melalui Ketua Komite Keperawatan;
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesi berkelanjutan kepada tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
  - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
  - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan

- e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

#### Pasal 115

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang :

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

#### Paragraf 3 KREDENSIAL

#### Pasal 116

- (1) Rekomendasi dari Komite Keperawatan untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada Staf Keperawatan dilakukan melalui proses Kredensial.
- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur rumah sakit kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan atau asuhan kebidanan dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu.
- (3) Proses Kredensial Komite Keperawatan dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Keperawatan.
- (4) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf

keperawatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.

- (5) Tujuan dilakukan Kredensial adalah :
- a. Memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
  - b. Melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas;
  - c. Pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga keperawatan yang berada di semua level pelayanan.

#### Pasal 117

- (1) Setelah seorang Staf Keperawatan dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (2) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang tenaga keperawatan tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

#### Paragraf 4

#### REKREDENSIAL

#### Pasal 118

- (1) Paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum habis masa berlakunya Surat Penugasan Klinis, staf keperawatan yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rumah sakit melalui Subkomite Kredensial Komite Keperawatan harus melakukan rekredensial terhadap staf keperawatan yang bersangkutan.
- (3) Proses rekredensial Komite Keperawatan dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Keperawatan.
- (4) Mekanisme dan proses rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.

- (5) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur berupa:
- a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah / dimodifikasi; dan
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Paragraf 5  
RAPAT-RAPAT

Pasal 119

Rapat Komite Keperawatan terdiri dari:

- a. Rapat Komite; dan
- b. Rapat dengan Tim Komite PPI.
- c. Rapat dengan Tim Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

Pasal 120

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 139 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua anggota komite PPI dan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien yang dilakukan 3 bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
- (2) Rapat dengan Tim Komite PPI dan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 139 huruf b adalah rapat yang dilakukan oleh IPCN, IPCLN, Case Manager dan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien atau dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 121

- (1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat komite atau rapat tim komite PPI, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.

Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Paragraf 6  
PANITIA ADHOC

Pasal 122

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

Paragraf 7  
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 123

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

Pasal 124

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 143 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Keperawatan dalam rangka menjamin mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :



- a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
- b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia Kesehatan; dan
- c. monitoring dan evaluasi.

**BAB X**  
**TATA KELOLA STAF TENAGA KESEHATAN LAINNYA**

**Bagian Kesatu**  
**Umum**

**Pasal 125**

- (1) Maksud dibuatnya Tata Kelola Staf Kesehatan Lainnya agar Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat menyelenggarakan tata kelola yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi di Rumah Sakit
- (2) Tenaga kesehatan lain yang dimaksud dalam keputusan ini terdiri dari beberapa profesi tenaga kesehatan (Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Gizi, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Rehabilitasi Medik, Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknisi Pelayanan Darah, Terapis Gigi dan Mulut, Radiografer, Elektromedik, Pembimbing Kesehatan Kerja, Radioterapis dan Fisikawan Medis.

**Bagian Kedua**  
**KEWENANGAN KLINIS**

**Pasal 126**

- (1) Kompetensi masing-masing profesi hanya boleh dilakukan oleh staf tenaga kesehatan lainnya yang telah diberi kewenangan melalui proses kredensial kepada staf tenaga kesehatan lainnya berdasarkan kategori jenjang klinis masing-masing profesi.
- (2) Untuk mendapatkan kewenangan klinis, staf tenaga kesehatan mengajukan secara tertulis kepada Direktur dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan, dan selanjutnya Direktur menugaskan kepada Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk melakukan proses kredensial.
- (3) Komite tenaga kesehatan lainnya menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses kredensial

kepada staf tenaga kesehatan lainnya sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan profesi masing-masing.

**Bagan Ketiga  
PENUGASAN KLINIS**

**Pasal 127**

- (1) Komite Kesehatan Lainnya menetapkan kewenangan klinis dan mengusulkan kepada Direktur untuk dikeluarkan surat penugasan klinis.
- (2) Direktur mengeluarkan surat penugasan klinis yang berlaku dalam 3 (tiga) tahun.
- (3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengeluarkan surat pengakhiran penugasan klinis staf tenaga kesehatan lainnya atas rekomendasi subkomite etik dan disiplin profesi melalui Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

**Bagian Keempat  
KOMITE TENAGA KESEHATAN LAINNYA**

**Paragraf 1  
Pembetulan**

**Pasal 128**

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Gizi, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Rehabilitasi Medik, Okupasi Terapi, Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknisi Pelayanan Darah, Terapis Gigi dan Mulut, Refraksionis Optisien / Optometris, Radiografer, Elektromedik, Pembimbing Kesehatan Kerja, Radioterapis, Fisikawan Medis, dan Ortotik Prostetik.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lainnya.

- a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan lainnya yang akan melakukan pelayanan di Rumah Sakit;
  - b. memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lainnya; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku tenaga kesehatan lainnya masing-masing profesi.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. menyusun daftar rincian kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain dan buku putih;
  - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
  - c. merekomendasikan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lainnya;
  - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lainnya;
  - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
- (3) melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk diteruskan kepada Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut :
- a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lainnya sesuai area praktik;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lainnya;
  - c. melakukan audit tenaga kesehatan lainnya;
  - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan; dan
  - e. membuat laporan kegiatan dan menyampaikannya kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut :
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lainnya;

Paragraf 2  
SUSUNAN, FUNGSI DAN TUGAS KEWENANGAN

Pasal 129

- (1) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sekurang-kurangnya terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Subkomite.
- (2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (3) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan memperhatikan masukan dari tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di Rumah Sakit.
- (4) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari :
  - a. subkomite kredensial;
  - b. subkomite mutu profesi; dan
  - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (5) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lainnya.
- (6) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud bertugas melakukan audit tenaga kesehatan lainnya dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lainnya.
- (7) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 130

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya dengan cara :

- b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
- c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan kesehatan lainnya;
- d. merekomendasikan pencabutan kewenangan tenaga kesehatan lainnya; dan
- e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan kesehatan lainnya.

#### Pasal 131

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berwenang :

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan tenaga kesehatan lainnya;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan tenaga kesehatan lainnya;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan tenaga kesehatan lain tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat penugasan tenaga kesehatan lainnya;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit tenaga kesehatan lainnya;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan tenaga kesehatan lain berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

#### Paragraf 3 KREDENSIAL

#### Pasal 132

- (1) Rekomendasi dari Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan melalui proses Kredensial.
- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur rumah sakit kepada tenaga kesehatan lainnya untuk melakukan

kompetensi masing-masing profesi dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu.

- (3) Proses Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Kesehatan Lainnya.
- (4) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf tenaga kesehatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (5) Tujuan dilakukan Kredensial adalah :
  - a. Memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga kesehatan lainnya;
  - b. Melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga kesehatan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas;
  - c. Pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga kesehatan lainnya yang berada di semua level pelayanan.
- (6) Setelah seorang Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (7) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang tenaga kesehatan lainnya tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

#### Paragraf 4 REKREDENSIAL

##### Pasal 133

- (1) Paling lambat 2 (dua) minggu sebelum habis masa berlakunya Surat Penugasan Klinis, staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.

- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rumah sakit melalui Subkomite Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya harus melakukan rekredensial terhadap staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan.
- (3) Proses rekredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan oleh Sub Komite Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (4) Mekanisme dan proses rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
- (5) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya kepada Direktur berupa:
  - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Paragraf 5  
RAPAT-RAPAT

Pasal 134

Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari:

- a. Rapat Komite; dan
- b. Rapat Anggota Komite;

Pasal 135

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 155 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua Staff komite yang dilakukan 3 bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
- (2) Rapat Anggota Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 155 huruf b adalah rapat yang dilakukan dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 136

- (1) Keputusan rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang hadir.

Paragraf 6  
PANITIA ADHOC

Pasal 137

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat dibantu oleh Panitia *Adhoc*.
- (2) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (3) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga kesehatan lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Tenaga kesehatan lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah sakit lain, organisasi profesi masing-masing tenaga kesehatan, dan/atau institusi pendidikan tenaga kesehatan sesuai dengan profesi masing-masing.

Paragraf 7  
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 138

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

Pasal 139

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dalam rangka menjamin mutu pelayanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.



- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :
- a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
  - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
  - c. monitoring dan evaluasi.

**BAB XI**  
**KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 140**

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Arga Makmur  
pada tanggal 11 November 2022

**BUPATI BENGKULU UTARA,**

ttd

**MIAN**

Diundangkan di Arga Makmur pada  
tanggal 11 November 2022

**PENJABAT SEKRETARIS DAERAH**  
**KABUPATEN BENGKULU UTARA,**

ttd

**FITRIYANSYAH**

**BERITA DAERAH KABUPATEN BENGKULU UTARA TAHUN 2022 NOMOR 34**

Salinan Sesuai Dengan Aslinya  
**KEPALA BAGIAN HUKUM**  
Setdakab. Bengkulu Utara



**DESMAN SIBORO, S.H**

Penata Tk. I (III/d)

NIP. 197001102010011003