



BUPATI BANDUNG BARAT

PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN BUPATI BANDUNG BARAT

NOMOR 20 TAHUN 2023

TENTANG

POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIKALONGWETAN  
KABUPATEN BANDUNG BARAT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANDUNG BARAT,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan, perlu kejelasan peran dan fungsi dari Pemilik, Pengelola dan Staf medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan;
- b. bahwa dimilikinya suatu tatanan peraturan dasar yang mengatur antara pemilik rumah sakit atau yang mewakili, direktur rumah sakit, dan tenaga medis, dibutuhkan sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat dilaksanakan secara efektif, efisien, dan lebih berkualitas;
- c. bahwa peraturan internal rumah sakit adalah suatu produk hukum yang merupakan konstitusi sebuah rumah sakit yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kabupaten Bandung Barat di Provinsi Jawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4688);
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
5. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*);
8. Peraturan Daerah Kabupaten Bandung Barat Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bandung Barat (Lembaran Daerah Kabupaten Bandung Barat Tahun 2016 Nomor 9 Seri D) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bandung Barat Nomor 8 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Bandung Barat Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bandung Barat (Lembaran Daerah Kabupaten Bandung Barat Tahun 2020 Nomor 8 Seri D);
9. Peraturan Bupati Bandung Barat Nomor 87 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Ciklang Wetan Kabupaten Bandung Barat (Berita Daerah Kabupaten Bandung Barat Tahun 2020 Nomor 88 Seri D);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIKALONGWETAN KABUPATEN BANDUNG BARAT.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Bandung Barat.
2. Pemilik Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Pemilik adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung Barat.
3. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Bupati adalah Bupati Bandung Barat.
5. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Bandung Barat.

6. Dinas Kesehatan adalah Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung Barat yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan.
7. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Barat;
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas atau Badan Daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
9. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK - BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik 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.
10. Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat yang selanjutnya disebut RSUD CIKALONGWETAN adalah Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat sebagai perangkat Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, perorangan, dan institusi secara paripurna yang berupa pelayanan medik dan/atau penunjang medik meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
11. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat.
12. Instalasi adalah unit pelayanan non struktural yang berfungsi memberikan pelayanan sesuai standar operasional prosedur dan/atau pedoman yang ditetapkan oleh Direktur.
13. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan Organisasi Rumah Sakit (*corporate by laws*) dan peraturan Staf Medis Rumah Sakit (*medical Staff by laws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
14. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit non struktural pada RSUD CIKALONGWETAN yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
15. Kelompok Jabatan Fungsional adalah Kelompok pegawai negeri sipil yang diberi tugas wewenang dan hal secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan kegiatan yang sesuai dengan profesinya dalam rangka mendukung kelancaran tugas pemerintahan.
16. Komite-Komite adalah organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat yang terdiri dari Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien serta Komite lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
17. Staf Medis Fungsional yang selanjutnya disingkat SMF adalah kelompok profesi medik yang terdiri dari dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis dan melakukan pelayanan dibidang medis yang telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk

menjalankan profesi masing-masing dalam jabatan fungsional di Rumah Sakit Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat.

18. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah sekumpulan staf medis dengan spesialisasi dan atau keahlian yang sejenis, atau hampir sejenis.
19. 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*).
20. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
21. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
22. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
23. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
24. Fleksibilitas adalah keleluasaan pengelolaan keuangan pada batas-batas tertentu yang dapat dikecualikan dari ketentuan yang berlaku umum.
25. Pendapatan adalah semua penerimaan dalam bentuk kas dan tagihan Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat yang menambah ekuitas dana lancar dalam periode anggaran bersangkutan yang tidak perlu dibayar kembali.
26. Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat, yang selanjutnya disingkat (RBA) adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat.
27. Promosi Kesehatan Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat PKRS adalah proses memberdayakan Pasien, keluarga Pasien, sumber daya manusia Rumah Sakit, pengunjung Rumah Sakit, dan masyarakat sekitar Rumah Sakit untuk berperan serta aktif dalam proses asuhan untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju pencapaian derajat kesehatan yang optimal.
28. Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat yang selanjutnya disingkat DPA Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang akan dihasilkan dan digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran oleh Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat.
29. Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat yang selanjutnya disingkat RSB Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat.
30. Standar Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat kepada masyarakat.

BAB II  
MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Pola tata kelola RSUD CIKALONGWETAN dimaksudkan sebagai pedoman bagi RSUD CIKALONGWETAN dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit dan memberikan panduan mengenai hak dan kewajiban bagi kalangan profesional, meliputi tenaga medis dan nonmedis.
- (2) Pola tata kelola RSUD CIKALONGWETAN ditujukan untuk:
  - a. tercapainya kerjasama yang baik antara pemerintah daerah, pejabat pengelola, tenaga medis dan non medis;
  - b. meningkatkan profesionalisme dengan tanggung jawab terhadap mutu layanan Rumah Sakit.

BAB III  
PRINSIP POLA TATA KELOLA

Pasal 3

- (1) Pola tata kelola merupakan peraturan internal Rumah Sakit yang di dalamnya memuat:
  - a. struktur organisasi;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan
  - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Pola tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat 1, menganut prinsip-prinsip sebagai berikut :
  - a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. responsibilitas; dan
  - d. independensi.

Pasal 4

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi-fungsi yang logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian internal dalam rangka efektivitas pencapaian organisasi.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi yang efisien, efektif, dan produktif.

## Pasal 5

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi dapat secara langsung diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak.
- (3) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat 2 diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/ pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset dan manajemen pelayanan.
- (4) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf c merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta peraturan perundang-undangan.
- (5) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara professional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

## BAB IV

### POLA TATA KELOLA MANAJERIAL (*MANAGERIAL BY LAWS*)

#### Bagian Kesatu

#### Identitas

#### Pasal 6

Identitas dari Rumah Sakit adalah :

- a. Nama Pemilik rumah sakit adalah Pemerintah Daerah.
- b. Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada huruf a diberi nama RSUD CIKALONGWETAN Kabupaten Bandung Barat beralamat di Jalan Padalarang-Purwakarta No. 290 KM 11 Cikalongwetan, Kabupaten Bandung Barat, Telp. (022)86866243.
- c. RSUD CIKALONGWETAN sebagaimana dimaksud pada huruf b merupakan:
  1. Rumah Sakit Umum Daerah Tipe C sesuai dengan Surat Izin Nomor : 440/002.II/RS-Operasional/DPMPSTP/2021.
  2. Status Rumah Sakit adalah Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) berdasarkan Peraturan Bupati Bandung Barat Nomor 56 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan.
- d. RSUD CIKALONGWETAN selain merupakan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dapat ditetapkan sebagai rumah sakit khusus lainnya yang ditetapkan oleh pejabat berwenang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- e. Logo Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

- f. Cap Rumah Sakit dan Cap Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Daerah Cikalongwetan Kabupaten Bandung Barat mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan tentang naskah dinas yang berlaku.

## Bagian Kedua

### Visi dan Misi

#### Pasal 7

- (1) Visi dan misi RSUD CIKALONGWETAN berdasarkan persetujuan Bupati.
- (2) Visi dan misi RSUD CIKALONGWETAN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku untuk jangka waktu 5 (lima) tahun.
- (3) Pelaksanaan visi dan misi dijabarkan melalui penetapan sasaran dan capaian kinerja yang diatur lebih lanjut oleh Direktur.
- (4) Pelaksanaan visi dan misi RSUD CIKALONGWETAN dievaluasi secara berkala setiap tahun oleh Dewan Pengawas dan hasil evaluasi tersebut dilaporkan kepada Bupati.

## Bagian Ketiga

### PERAN, TUGAS, DAN KEWENANGAN PEMILIK

#### Pasal 8

Pemilik mempunyai peran:

- a. menetapkan tujuan RSUD CIKALONGWETAN;
- b. mengawasi mutu pelayanan RSUD CIKALONGWETAN;
- c. mengawasi keterjangkauan pelayanan;
- d. meningkatkan peran masyarakat; dan
- e. melakukan integrasi dan koordinasi.

#### Pasal 9

Pemilik mempunyai tugas menyelenggarakan pembinaan dan pengawasan setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh RSUD CIKALONGWETAN.

#### Pasal 10

Pemilik mempunyai kewenangan sebagai berikut :

- a. mengangkat dan memberhentikan Direktur;
- b. menjamin ketersediaan anggaran dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan operasional RSUD CIKALONGWETAN dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit;
- c. melakukan pembinaan teknis kepada RSUD CIKALONGWETAN melalui Sekretaris Daerah;
- d. membentuk tim penilai untuk meneliti dan menilai usulan penerapan, peningkatan, penurunan, dan pencabutan status PPK BLUD;
- e. berdasarkan pertimbangan hasil penilaian tim penilai, berwenang dalam hal penerapan, peningkatan, penurunan, dan pencabutan status PPK BLUD;
- f. menunjuk dan mengangkat Direktur dan wakil Direktur serta pejabat struktural di lingkungan RSUD CIKALONGWETAN ;

- g. mengangkat dan memberhentikan pejabat pengelola BLUD;
- h. membentuk, mengangkat, dan memberhentikan Dewan Pengawas atas usulan Direktur;
- i. mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas;
- j. melakukan penilaian kinerja Dewan Pengawas secara berkala minimal setahun sekali;
- k. menetapkan struktur organisasi RSUD CIKALONGWETAN;
- l. mendelegasikan kepada Direktur untuk menetapkan struktur organisasi fungsional RSUD CIKALONGWETAN;
- m. membuat peraturan mengenai pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumber daya manusia RSUD CIKALONGWETAN;
- n. menilai dan menyetujui rencana anggaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan;
- o. memberikan arah dan kebijakan rencana strategis RSUD CIKALONGWETAN;
- p. menetapkan tarif layanan RSUD CIKALONGWETAN;
- q. melakukan penghapusan piutang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- r. memberikan persetujuan kepada Direktur untuk melakukan investasi jangka panjang;
- s. memberikan persetujuan melalui Sekretaris Daerah atas penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi BLUD;
- t. melakukan evaluasi kinerja Direktur atas pelaksanaan pengelolaan rumah sakit sebanyak 2 (dua) kali dalam setahun melalui Sekretaris Daerah;
- u. memberikan persetujuan melalui Dewan Pengawas atas rencana RSUD CIKALONGWETAN dalam mutu dan keselamatan pasien secara teratur;
- v. memberikan persetujuan melalui Dewan Pengawas atas rencana strategis RSUD CIKALONGWETAN;
- w. melakukan pengawasan pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya melalui Dewan Pengawas;
- x. mendelegasikan kepada Dewan Pengawas untuk mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
- y. mendelegasikan kepada Dewan Pengawas untuk mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban RSUD CIKALONGWETAN;
- z. mendelegasikan kepada Dewan Pengawas untuk menerima dan menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara teratur;
- aa. mendelegasikan kepada Dewan Pengawas untuk mengawasi terhadap kepatuhan dan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundangundangan;
- bb. memberikan persetujuan melalui Dewan Pengawas atas strategi dan program pendidikan staf profesional berikut pengawasannya; dan
- cc. mendelegasikan wewenang kepada Direktur atas kebijakan operasional rumah sakit, penetapan prosedur, serta panduan dan pedoman teknis kegiatan rumah sakit



Bagian Keempat  
Dewan Pengawas

Pasal 11

- (1) Untuk melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan RSUD CIKALONGWETAN dibentuk Dewan Pengawas.
- (2) Masa jabatan Dewan Pengawas satu periode adalah 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya sepanjang memenuhi kriteria yang ditetapkan dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Susunan keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Anggota; dan
  - c. Sekretaris, bukan anggota.

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk, diangkat serta diberhentikan oleh Pemilik.
- (2) Dewan Pengawas merupakan unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Pemilik.
- (3) Pembentukan dan Pengangkatan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* RSUD CIKALONGWETAN dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis urusan rumah sakit secara internal di RSUD CIKALONGWETAN.
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 14

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13, Dewan Pengawas bertugas:
  - a. menentukan arah kebijakan RSUD CIKALONGWETAN;
  - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
  - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
  - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
  - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban RSUD CIKALONGWETAN; dan
  - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika RSUD CIKALONGWETAN, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.
- (2) Selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Dewan Pengawas juga berkewajiban melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan BLUD sebagai berikut:
  - a. Memantau perkembangan kegiatan BLUD;
  - b. Menilai kinerja keuangan maupun nonkeuangan 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 Pemilik mengenai:
    1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola BLUD;
    2. Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
    3. Kinerja BLUD.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) kepada Pemilik paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan/atau sewaktu-waktu atas permintaan Pemilik.

#### Pasal 15

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan RSUD CIKALONGWETAN dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD CIKALONGWETAN dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh Pemilik;
- f. Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan BLUD;
- g. Memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola BLUD;
- h. Mengikuti perkembangan kegiatan BLUD, memberikan pendapat dan saran kepada Pejabat Pengelola BLUD; dan
- i. Melaporkan kepada Pemilik apabila terjadi gejala menurunnya kinerja BLUD.

#### Pasal 16

- (1) Pemilik dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Pengangkatan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dalam rangka mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam pasal 4.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan

Pengawas.

- (5) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

#### Pasal 17

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari:
  - a. Pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD di Kabupaten Bandung Barat;
  - b. Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah di Kabupaten Bandung Barat; dan
  - c. Tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (2) Tenaga ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional, atau unsur organisasi profesi tenaga kesehatan, atau asosiasi perumhaskitan, atau tokoh masyarakat Kabupaten Bandung Barat yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan BLUD RSUD CIKALONGWETAN Kabupaten Bandung Barat.

#### Pasal 18

Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan:

- a. Sehat jasmani dan rohani;
- b. Memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD RSUD CIKALONGWETAN Kabupaten Bandung Barat;
- c. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumhaskitan, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- d. Memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
- e. Memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD RSUD CIKALONGWETAN Kabupaten Bandung Barat;
- f. Berijazah paling rendah Strata 1 (S1);
- g. Berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
- h. Mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- i. Tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
- j. Tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana dan tidak sedang menjalani sanksi pidana;
- k. Tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
- l. Tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah, dan/atau calon anggota legislatif.

#### Pasal 19

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh).

- (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.

#### Pasal 20

Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 mempunyai tugas melakukan pengawasan RSUD CIKALONGWETAN melalui rapat rutin, rapat khusus, atau rapat tahunan.

#### Pasal 21

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas atau Pemilik yang merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direktur atau komite medis untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi, atau alternatif solusi berbagai masalah rumah sakit.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam 1 (satu) tahun.

#### Pasal 22

Setiap rapat rutin selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas dan Direktur juga dihadiri oleh pihak lain yang ada di lingkungan RSUD CIKALONGWETAN atau dari luar lingkungan RSUD CIKALONGWETAN apabila diperlukan.

#### Pasal 23

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dalam hal:
  - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan;
  - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut

#### Pasal 24

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
- (2) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan rumah sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

## Pasal 25

Dalam hal ketua dan sekretaris berhalangan hadir dalam rapat dan kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih pejabat ketua untuk memimpin rapat.

## Pasal 26

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat tahunan menjadi tanggung jawab sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat khusus harus disahkan dalam waktu paling lama 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.

## Pasal 27

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah 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 sebagaimana ditentukan dalam peraturan Bupati ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

## Pasal 28

Setiap rapat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

## Bagian Kelima

### PEJABAT PENGELOLA BLUD

#### Paragraf 1

#### PERAN, TUGAS, FUNGSI, DAN KEWENANGAN DIREKTUR

## Pasal 29

Direktur mempunyai peran sebagai unsur pendukung Bupati di bidang pelayanan kesehatan.

## Pasal 30

- (1) Direktur mempunyai tugas memimpin penyelenggaraan RSUD CIKALONGWETAN.
- (2) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur menyelenggarakan fungsi:
  - a. pembinaan, pengawasan dan pengendalian penyusunan rencana strategis RSUD CIKALONGWETAN sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah;
  - b. perumusan kebijakan penyelenggaraan, pemantauan dan evaluasi, pembinaan dan pengembangan Sumber Daya Manusia serta pengawasan pelayanan medis dan non medis serta pengelolaan sistem informasi;
  - c. pelaksanaan koordinasi dan pembinaan terhadap seluruh kegiatan RSUD

- CIKALONGWETAN yang meliputi bagian tata usaha dan bidang pelayanan kesehatan;
- d. pengoordinasian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
  - e. melakukan koordinasi dengan instansi terkait tentang pelaksanaan kegiatan RSUD CIKALONGWETAN baik secara horizontal maupun vertikal;
  - f. penetapan kebijakan penyelenggaraan RSUD CIKALONGWETAN sesuai dengan kewenangannya;
  - g. penyelenggaraan tugas dan fungsi RSUD CIKALONGWETAN;
  - h. pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
  - i. pengoordinasian administrasi RSUD CIKALONGWETAN;
  - j. pelaksanaan evaluasi, pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan kebijakan, program dan kegiatan RSUD CIKALONGWETAN kepada Kepala Dinas;
  - k. pembinaan pengawasan dan pengendalian Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
  - l. pembinaan Kelompok Jabatan Fungsional di bawah koordinasi RSUD CIKALONGWETAN; dan
  - m. pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.

### Pasal 31

Direktur mempunyai kewenangan:

- a. mengusulkan pengangkatan pegawai dalam jabatan fungsional;
- b. mengangkat staf khusus dan atau staf ahli yang bersifat fungsional untuk diperbantukan pada semua tingkat manajemen;
- c. membentuk badan kelengkapan khusus yang bersifat fungsional atau non struktural, yang diperlukan untuk pencapaian tujuan pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD CIKALONGWETAN;
- d. mengangkat dan memberhentikan Kelompok Staf Medis;
- e. mengangkat dan memberhentikan pejabat fungsional pada organisasi pelaksana RSUD CIKALONGWETAN;
- f. bertindak selaku pejabat pengguna anggaran atau barang Daerah;
- g. menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidangnya;
- h. melaksanakan kegiatan teknis sesuai rencana bisnis dan anggaran;
- i. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidangnya; dan
- j. mempertanggungjawabkan hal-hal yang berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya.

Bagian Keenam

Organisasi Pendukung

Paragraf 1

Komite Medik

## Pasal 32

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

## Pasal 33

- (1) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.
- (3) Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. subkomite.
- (4) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.

## Pasal 34

- (1) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
  - a. subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
  - b. subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
  - c. subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

## Pasal 35

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit 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) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian;
  - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
  - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;

- g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
  - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
  - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

#### Pasal 36

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*) tertentu;
- 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.

#### Paragraf 2

#### Komite Keperawatan

#### Pasal 37

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

#### Pasal 38

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari:



- a. ketua Komite Keperawatan;
  - b. sekretaris Komite Keperawatan; dan
  - c. subkomite.
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
- (4) Jumlah personil keanggotaan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah tenaga keperawatan di Rumah Sakit.

#### Pasal 39

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Sekretaris Komite Keperawatan dan ketua subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (3) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam pasal 52 ayat (2) huruf c terdiri dari:
  - a. subkomite Kredensial;
  - b. subkomite mutu profesi; dan
  - c. subkomite etik dan disiplin profesi.

#### Pasal 40

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
  - a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di 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 tugas 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; dan
  - f. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.
- (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 profesional berkelanjutan 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 41

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian 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

#### Komite Etik dan Hukum

#### Pasal 42

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit melalui Surat Keputusan.
- (2) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

#### Pasal 43

- (1) Susunan organisasi Komite Etik dan Hukum paling sedikit terdiri atas:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. anggota.
- (2) Ketua dan sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merangkap sebagai anggota.
- (3) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum paling sedikit terdiri atas:
  - a. tenaga medis;
  - b. tenaga keperawatan;
  - c. tenaga kesehatan lain;
  - d. unsur yang membidangi mutu dan keselamatan pasien;
  - e. unsur administrasi umum dan keuangan, pengelola pelayanan hukum;

dan

- f. unsur administrasi umum dan keuangan, pengelola sumber daya manusia.
- (4) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a sampai dengan huruf d diusulkan oleh masing-masing komite.
- (5) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf e dan huruf f diusulkan oleh pimpinan unit sumber daya manusia di rumah sakit.

#### Pasal 44

- (1) Komite Etik dan Hukum bertugas meningkatkan dan menjaga kepatuhan penerapan etika dan hukum di Rumah Sakit, dengan cara:
- a. menyusun Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*);
  - b. menyusun pedoman Etika Pelayanan;
  - c. membina penerapan Etika Pelayanan, Etika Penyelenggaraan, dan hukum perumahsakitan;
  - d. mengawasi pelaksanaan penerapan Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan;
  - e. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
  - f. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum; dan
  - g. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di Rumah Sakit;
  - h. memberikan pertimbangan kepada Direktur mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum; dan
  - i. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia rumah sakit.

#### Pasal 45

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58, Komite Etik dan Hukum memiliki fungsi:

- a. pengelolaan data dan informasi terkait etika Rumah Sakit;
- b. pengkajian etika dan hukum perumahsakitan, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai-nilai bioetika dan humaniora;
- c. sosialisasi dan promosi Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman etika pelayanan;
- d. pencegahan penyimpangan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
- e. monitoring dan evaluasi terhadap penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
- f. pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
- g. penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal Rumah Sakit; dan
- h. penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat

diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi.

#### Pasal 46

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 dan Pasal 59, Komite Etik dan Hukum berwenang:

- a. menghadirkan pihak terkait untuk menyelesaikan masalah etik Rumah Sakit;
- b. melakukan klarifikasi dengan pihak terkait sebagai penyusunan bahan rekomendasi; dan
- c. memberikan rekomendasi kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit mengenai sanksi terhadap pelaku pelanggaran Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan.

#### Pasal 47

Komite Etik dan Hukum harus melaporkan kegiatannya secara berkala kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit paling sedikit setiap 6 (enam) bulan atau sewaktu-waktu bila diperlukan.

#### Paragraf 4

#### Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya

#### Pasal 48

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keteknisan kesehatan yang dibentuk oleh Direktur.

#### Pasal 49

- (1) Susunan personalia organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub komite.
- (2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lain ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (3) Jumlah keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di rumah sakit.
- (4) Anggota Komite Tenaga Kesehatan Lain terbagi ke dalam Sub komite.

#### Pasal 50

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas untuk meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan profesional serta mengatur tata kelola klinis yang baik.
- (2) Dalam meningkatkan profesionalisme kesehatan profesional Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga Kesehatan Profesional yang akan melakukan pelayanan Kesehatan Profesional di Rumah Sakit;
  - b. memelihara mutu profesi tenaga Kesehatan Profesional; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Kesehatan Profesional.

- (3) Dalam melaksanakan fungsi Kredensial, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut:
  - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
  - b. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
  - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga Kesehatan Profesional;
  - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
  - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
  - f. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Kesehatan Profesional 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 Profesional sesuai area praktik;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga Kesehatan Profesional;
  - c. melakukan audit Kesehatan Profesional; dan
  - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi Kesehatan Profesional, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut:
  - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga Kesehatan Profesional;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga Kesehatan Profesional;
  - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan Kesehatan Profesional;
  - d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
  - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam tatalaksana Kesehatan Profesional.

#### Pasal 51

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Tenaga Kesehatan Lain diatur dalam Peraturan Internal Komite Tenaga Kesehatan Lain yang ditetapkan oleh Direktur.

#### Paragraf 5

#### Komite Farmasi dan Terapi

#### Pasal 52

Komite Farmasi dan Terapi merupakan wadah organisasi non struktural yang merekomendasikan kebijakan penggunaan obat kepada Direktur.

#### Pasal 53

- (1) Komite Farmasi dan Terapi diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi terdiri dari dokter, apoteker, dan tenaga kesehatan lain yang diperlukan.
- (3) Susunan keanggotaan organisasi Komite Farmasi dan Terapi terdiri dari:
  - a. Ketua;

- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

#### Pasal 54

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
  - a. Menyusun program kerja yang akan dilakukan yang disetujui oleh direktur;
  - b. Mengembangkan kebijakan tentang penggunaan obat di rumah sakit;
  - c. Melakukan seleksi dan evaluasi obat yang akan masuk dalam formularium rumah sakit;
  - d. Mengembangkan standar terapi;
  - e. Mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan obat;
  - f. Melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan obat yang rasional;
  - g. Mengkoordinir penatalaksanaan reaksi obat yang tidak dikehendaki;
  - h. Mengkoordinir penatalaksanaan kesalahan penggunaan obat (*medication error*); dan
  - i. Menyebarluaskan informasi terkait kebijakan penggunaan obat di rumah sakit.

#### Pasal 55

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Farmasi dan Terapi diatur dalam Pedoman organisasi Komite Farmasi dan Terapi yang ditetapkan oleh Direktur.

#### Paragraf 6

#### Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

#### Pasal 56

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan organisasi nonstruktural yang mempunyai fungsi utama menjalankan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi serta menyusun kebijakan Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi termasuk pencegahan infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa Tuberkulosis, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan infeksi menular lainnya.

#### Pasal 57

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dibentuk untuk menyelenggarakan tata kelola PPI yang baik agar mutu pelayanan medis serta keselamatan pasien dan pekerja Rumah Sakit terjamin dan terlindungi.
- (2) Susunan organisasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari Keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terbagi ke dalam Kelompok Jabatan Fungsional, yaitu Pencegahan dan Pengendalian.
- (3) *Infection Provention Control Nurse* (IPCN) dan *Infection Provention and Control Link Nurse* (IPCLN) diusulkan oleh Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan oleh Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang keperawatan Rumah Sakit.

## Pasal 58

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai tugas pokok membantu Direktur memberikan pertimbangan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai fungsi:
  - a. menyusun, menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit;
  - b. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa;
  - c. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
  - d. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - e. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - f. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa Rumah Sakit; dan
  - g. menerima laporan atas kegiatan dan membuat laporan berkala kepada Direktur.
- (3) *Infection Provention Control Nurse* (IPCN) mempunyai tugas:
  - a. menyusun rencana kerja tahunan;
  - b. melakukan koordinasi dengan unit lain dalam melakukan tugas guna sinkronisasi; dan
  - c. membuat laporan.

## Pasal 59

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diatur dalam pedoman organisasi dan pedoman pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang ditetapkan oleh Direktur.

## Paragraf 7

### Komite Mutu

## Pasal 60

Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.

## Pasal 61

- (1) Komite Mutu dibentuk oleh Direktur yang ditetapkan dalam bentuk Surat Keputusan.
- (2) Komite Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Susunan organisasi Komite Mutu paling sedikit terdiri atas:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan

c. anggota.

- (4) Ketua dan sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a dan huruf b merangkap sebagai anggota.
- (5) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a tidak boleh merangkap sebagai pejabat struktural di Rumah Sakit.

#### Pasal 62

- (1) Keanggotaan Komite Mutu diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Keanggotaan Komite Mutu paling sedikit terdiri atas:
  - a. tenaga medis;
  - b. tenaga keperawatan;
  - c. tenaga kesehatan lain; dan
  - d. tenaga non kesehatan.
- (3) Untuk diangkat menjadi anggota Komite Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi persyaratan:
  - a. tidak pernah melakukan perbuatan tercela;
  - b. sehat jasmani dan jiwa;
  - c. memiliki pengetahuan dan/atau pengalaman bekerja dalam penyelenggaraan mutu Rumah Sakit;
  - d. bersedia bekerja sebagai anggota Komite Mutu; dan
  - e. memiliki komitmen terhadap peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit.
- (4) Masa kerja keanggotaan Komite Mutu berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali setelah memenuhi persyaratan.

#### Pasal 63

- (1) Komite Mutu bertugas membantu Direktur dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Komite Mutu memiliki fungsi:
  - a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit;
  - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit;
  - c. pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
  - d. pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
  - e. pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
  - f. fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
  - g. fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;



- h. pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
  - i. koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf;
  - j. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;
  - k. pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
  - l. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu; dan
  - m. penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien, Komite Mutu memiliki fungsi:
- a. penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;
  - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;
  - c. pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;
  - d. motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
  - e. pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan *Root Cause Analysis* (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
  - f. pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - g. melaksanakan pelatihan keselamatan pasien; dan
  - h. penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, Komite Mutu memiliki fungsi:
- a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
  - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;
  - c. pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
  - d. pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
  - e. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
  - f. pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
  - g. pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
  - h. pelaksanaan pelatihan manajemen risiko; dan
  - i. penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.
- (5) Selain melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sampai dengan ayat (4), Komite Mutu juga melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit.

Paragraf 8  
Komite Rekam Medis

Pasal 64

Komite Rekam Medis adalah organisasi non struktural yang bertugas membantu Direktur dalam hal pengelolaan data rekam medis yang sesuai dengan standar yang telah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Pasal 65

- (1) Komite Rekam Medis diangkat, diubah dan diberhentikan oleh Direktur.
- (2) Komite Rekam Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan di bawah Direktur dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Susunan organisasi Komite Rekam Medis paling sedikit terdiri atas:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. anggota.
- (4) Masa kerja keanggotaan Komite Rekam Medis berlaku untuk jangka waktu 2 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali setelah memenuhi persyaratan.

Pasal 66

- (1) Komite Rekam Medis bertugas membantu Direktur dalam hal pengelolaan data rekam medis yang sesuai dengan standar peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dalam menjalankan tugas pengelolaan data rekam medis, Komite Rekam Medis memiliki fungsi:
  - a. Menetapkan sasaran dan kebijakan kegiatan Komite Rekam Medis;
  - b. Menetapkan format organisasi dan penatalaksanaan kegiatan Komite Rekam Medis;
  - c. Menetapkan kegiatan Komite Rekam Medis sebagai komite khusus yang memantau mutu pelayanan medis serta penyediaan data rekam medis yang bermutu, cepat, tepat, akurat, dan berkesinambungan;
  - d. Melaksanakan kegiatan pemantauan dan pengembangan dalam upaya meningkatkan mutu penyediaan data rekam medis;
  - e. Mengawasi dan memonitor kegiatan Instalasi Rekam Medis;
  - f. Memberikan penyuluhan kepada seluruh staf di Rumah Sakit tentang upaya-upaya pelaksanaan dan pemahaman akan masalah data rekam medis di rumah sakit; dan
  - g. Melaksanakan pendidikan dan Latihan kepada anggota komite rekam medis dan staf Rumah Sakit.
- (3) Dalam menjalankan tugas pengelolaan data rekam medis, Komite Rekam Medis memiliki wewenang:
  - a. Memberikan penilaian akhir terhadap kualitas pengisian data rekam medis;
  - b. Menolak rekam medis yang tidak memenuhi standar;
  - c. Menerapkan tindakan-tindakan ke arah perbaikan rekam medis yang tidak memuaskan; dan

- d. Memberikan batasan akan pengadaan format rekam medis dan mengkaji format baru.

#### Paragraf 9

#### Satuan Pengawas Internal

#### Pasal 67

Satuan Pengawas Internal adalah unit kerja internal rumah sakit yang bersifat independen dan dalam menjalankan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

#### Pasal 68

- (1) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pengawas Internal bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal harus memenuhi persyaratan:
  - 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 di rumah sakit;
  - h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat diangkat pertama kali;
  - i. tidak pernah mendapat hukuman disiplin dari atasan atau pejabat berwenang;
  - j. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggara Rumah Sakit;
  - k. mempunyai sikap independen dan obyektif; dan
  - l. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
  - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit;
  - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap;
  - f. terkena tindakan disiplin berat dari atasan; atau
  - g. adanya kebijakan dari Pemilik atau Direktur.

## Pasal 69

- (1) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pengawas Internal adalah :
  - a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi Rumah Sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
  - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan Rumah Sakit;
  - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :
    1. informasi penting Rumah Sakit terjamin keamanannya;
    2. fungsi sekretariat Rumah Sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif; dan
    3. penyajian laporan-laporan Rumah Sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan.
  - d. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan yang ditugaskan Direktur.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Satuan Pengawas Internal berfungsi sebagai unit monitoring yang bersifat independen untuk:
  - a. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
  - b. melakukan penilaian desain pengendalian internal;
  - c. melakukan implementasi pengendalian internal; dan
  - d. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan Rumah Sakit.
- (3) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

### Bagian Ketujuh

#### Organisasi Pelaksana

##### Paragraf 1

##### Instalasi

##### Pasal 70

Guna melaksanakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.

##### Pasal 71

- (1) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (2) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.

- (3) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
- (4) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh :
  - a. Kordinator/ Kepala ruangan;
  - b. Ketua Tim/penanggungjawab; dan
  - c. Tenaga fungsional tertentu dan atau tenaga fungsional umum.
- (5) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

#### Pasal 72

- (1) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan diinstalasinya kepada Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Kebidanan; dan Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Kesehatan.
- (2) Instalasi dibedakan berdasarkan jenis layanan yang berikan kepada masyarakat.
- (3) Instalasi dibawah Seksi Pelayanan Medik, Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari:
  - a. Instalasi Gawat Darurat (IGD);
  - b. Instalasi Pelayanan *Obstetri Neonatal Emergency* Komprehensif (PONEK);
  - c. Instalasi Rawat Jalan;
  - d. Instalasi Bedah Sentral (IBS);
  - e. Instalasi Rawat Inap;
  - f. Instalasi *Intensive Care Unit* (ICU); dan
  - g. Instalasi *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU).
- (4) Instalasi dibawah Seksi Pelayanan Penunjang Kesehatan terdiri dari:
  - a. Instalasi Farmasi Klinik;
  - b. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
  - c. Instalasi Radiologi;
  - d. Instalasi Rehabilitasi Medis;
  - e. Instalasi Kamar Jenazah;
  - f. Instalasi Gizi Klinik;
  - g. Instalasi Rekam Medis;
  - h. Instalasi CSSD; dan
  - i. Instalasi Laundry.

#### Pasal 73

Ketentuan lebih lanjut tentang Pedoman Organisasi dan Pedoman Pelayanan Instalasi diatur dalam Peraturan Internal yang ditetapkan oleh Direktur.

## Paragraf 2

### Kelompok Jabatan Fungsional

#### Pasal 74

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional adalah pelaksana teknis yang terdiri dari sejumlah tenaga Fungsional yang terbagi atas berbagai Jabatan Fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing.
- (4) Jenis dan Jenjang Jabatan Fungsional diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 75

- (1) Rumah Sakit wajib menyelenggarakan Promosi kesehatan Rumah sakit sebagai unit kerja fungsional.
- (2) PKRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan dengan prinsip paradigma sehat, kesetaraan, kemandirian, keterpaduan, dan kesinambungan.
- (3) Unit kerja fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat 1 berupa instalasi, yang didasarkan pada kelas Rumah Sakit.
- (4) Profesional pemberi asuhan yang terlibat dalam penyelenggaraan PKRS pada setiap unit pelayanan di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada Pasien.

#### Pasal 76

Ketentuan lebih lanjut tentang Pedoman Organisasi dan Pedoman Pelayanan PKRS diatur dalam Peraturan Internal yang ditetapkan oleh Direktur.

### Bagian Kedelapan

#### Jasa Pelayanan

#### Pasal 77

- (1) Seluruh karyawan Pegawai Negeri Sipil maupun non Pegawai Negeri Sipil berhak mendapatkan jasa pelayanan.
- (2) Pemanfaatan dan pembagian jasa pelayanan pada Rumah Sakit diatur dengan peraturan tersendiri oleh Direktur.

### Bagian Kesembilan

#### Sistem Akuntabilitas Kinerja Pelayanan

#### Paragraf 1

#### Rencana Strategis

#### Pasal 78

- (1) Direktur menyusun Rencana Strategis setiap 5 (lima) tahun sekali sebagai perencanaan jangka menengah 5 (lima) tahunan, sebagai dasar untuk menyusun rencana kerja tahunan berupa Rencana Kerja dan Anggaran

yang dituangkan dalam Dokumen Pelaksana Anggaran, dan evaluasi kinerja.

- (2) Rencana Strategis disusun sebagai bagian dari penjabaran Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah dengan mempertimbangkan hasil analisis faktor internal maupun faktor eksternal Rumah Sakit.

#### Paragraf 2

### Rencana Kerja dan Anggaran

#### Pasal 79

Direktur menyusun Rencana Kerja dan Anggaran dan dituangkan dalam Dokumen Pelaksana Anggaran yang berpedoman pada Rencana Strategis, yang berisi usulan program dan kegiatan.

#### Paragraf 3

### Pengelolaan Pendapatan

#### Pasal 80

Pendapatan Rumah Sakit dapat bersumber dari:

- a. Retribusi Pelayanan pasien umum;
- b. Pelayanan pasien BPJS;
- c. Pelayanan pasien Jamkesda/Maskin;
- d. Pelayanan pasien Jampersal
- e. Anggaran Pendapatan Belanja Daerah;
- f. Anggaran Pendapatan Belanja Negara; dan
- g. Pendapatan Lain-lain BLUD yang sah.

#### Pasal 81

- (1) Pendapatan Rumah Sakit disetorkan ke Rekening Pendapatan RSUD CIKALONGWETAN dalam waktu 1 x 24 jam.
- (2) Penyetoran Pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diketahui dan atas persetujuan Direktur.
- (3) Pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaporkan kepada Direktur setiap bulan tahun anggaran berjalan.
- (4) Realisasi anggaran pendapatan Rumah Sakit dilaporkan kepada Kepala Dinas secara berkala atau sesuai kebutuhan.

#### Paragraf 4

### Pengelolaan Belanja

#### Pasal 82

- (1) Belanja Rumah Sakit merupakan biaya operasional, mencakup seluruh belanja yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (2) Belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan sesuai dengan kelompok, jenis, program, dan kegiatan.

### Pasal 83

- (1) Belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 82 ayat (1), terdiri dari:
  - a. Belanja pegawai;
  - b. Belanja barang dan jasa; dan
  - c. Belanja modal.
- (2) Belanja Rumah Sakit tertuang dan ditetapkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang bersifat fleksibel sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit namun tetap mengacu pada Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) yang telah ditetapkan dalam tahun anggaran berjalan.
- (3) Setiap bentuk pembelanjaan Rumah Sakit diketahui dan harus atas persetujuan Direktur.

### Pasal 84

- (1) Seluruh pengeluaran belanja Rumah Sakit yang bersumber dari pendapatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80 dilaporkan kepada Direktur setiap bulan tahun anggaran berjalan.
- (2) Seluruh pengeluaran belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan Surat Perintah Membayar (SPM) Pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggung Jawab (SPTJ).

### Paragraf 5

#### Pelaporan Keuangan

### Pasal 85

Rumah Sakit menyusun Laporan Keuangan dengan menggunakan Standar Akuntansi Pemerintahan sesuai ketentuan Peraturan perundang-undangan.

### Pasal 86

- (1) Laporan keuangan berdasarkan SAP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 ditujukan untuk konsolidasi Laporan Keuangan Rumah Sakit selaku Unit Kerja Perangkat Daerah pada Laporan Keuangan Daerah.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
  - a. Laporan Realisasi Anggaran;
  - b. Laporan Posisi Keuangan/Neraca;
  - c. Laporan Operasional;
  - d. Laporan Perubahan Ekuitas; dan
  - e. Catatan atas Laporan Keuangan.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disampaikan setiap semester dan tahunan kepada Kepala Dinas.
- (4) Laporan keuangan berdasarkan SAP diaudit oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) sebagai bagian dari Laporan Keuangan Pemerintah Daerah.



Bagian Kesepuluh  
Pengelolaan Lingkungan dan Limbah

Pasal 87

Rumah Sakit wajib mengelola lingkungan, baik internal maupun eksternal, melalui peningkatan mutu pelayanan yang mendukung keamanan, kenyamanan, kebersihan, kerapihan, keindahan dan keselamatan.

Pasal 88

- (1) Pengelolaan Lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 121 meliputi pengelolaan limbah Rumah Sakit yang meliputi: limbah medis, dan non medis baik dalam bentuk fisik, kimia dan biologis.
- (2) Pengelolaan limbah di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR).
- (3) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dituangkan dalam bentuk Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V

TATA KELOLA STAF Medis  
(*MEDICAL STAFF BY LAWS*)

Bagian Kesatu

Nama, Maksud dan Tujuan

Pasal 89

- (1) Nama Staf Medis Rumah Sakit adalah Staf Medis RSUD CIKALONGWETAN.
- (2) Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Medis adalah agar Komite Medis dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) melalui mekanisme yang berlaku, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi.
- (3) Tujuan pengorganisasian Staf Medis:
  - a. agar semua pasien menerima pelayanan Medis yang terbaik;
  - b. agar masalah Medis-administratif diselesaikan bersama dengan pihak manajemen;
  - c. mengupayakan dan mempertahankan *self government*; dan
  - d. melaksanakan kegiatan pendidikan dan mempertahankan mutu standar pendidikan.

Bagian Kedua

Staf Medis Fungsional

Paragraf 1

Keanggotaan

Pasal 90

- (1) Staf Medis Fungsional Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. Dokter Umum;

- b. Dokter Spesialis dan Dokter Sub Spesialis;
  - c. Dokter Gigi; dan
  - d. Dokter Gigi Spesialis.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Staf Medis Fungsional yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil mengacu kepada Peraturan Kepegawaian sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pengangkatan dan pemberhentian Staf Medis Fungsional yang berasal dari non Pegawai Negeri Sipil diatur dalam Peraturan Bupati tersendiri.
- (4) Hak Dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
- a. hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Operasional Prosedur;
  - b. hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Operasional Prosedur;
  - c. hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
  - d. hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
- (5) Kewajiban Dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Operasional Prosedur serta kebutuhan medis;
  - b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
  - c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
  - d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas atau mampu; dan
  - e. menambah ilmu pengetahuan dan teknologi dan mengikuti perkembangannya.

#### Paragraf 2

#### Kategori

#### Pasal 91

Keanggotaan Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 117 dikategorikan menjadi:

- a. Dokter Tetap/Dokter Organik;
- b. Dokter Tamu; dan
- c. Dokter Konsultan.

#### Bagian Ketiga

#### Komite Medis

#### Paragraf 1

#### Pengorganisasian

#### Pasal 92

- (1) Komite Medis merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit.

- (2) Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat 1 bukan merupakan wadah perwakilan dari Staf Medis.

#### Pasal 93

- (1) Komite Medis dibentuk oleh Direktur, yang keanggotaannya terdiri dari:
- a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Bendahara; dan
  - d. Sub-Komite.
- (2) Keanggotaan Komite Medis ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (3) Jumlah keanggotaan Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disesuaikan dengan jumlah Staf Medis di Rumah Sakit.
- (4) Anggota Komite Medis terbagi ke dalam Sub-Komite.

#### Paragraf 2

#### Pemilihan Komite Medis

#### Pasal 94

- (1) Ketua Komite Medis ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Sekretaris Komite Medis, Bendahara Komite Medis dan Ketua-ketua Sub-Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medis dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di Rumah Sakit.

#### Paragraf 3

#### Tugas dan Fungsi Komite Medis

#### Pasal 95

- (1) Komite Medis mempunyai tugas meningkatkan Profesionalisme Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit 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) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. Penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    1. Kompetensi;
    2. Kesehatan fisik dan mental;
    3. Perilaku; dan
    4. Etika profesi.

- c. Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
  - d. Wawancara terhadap permohonan kewenangan klinis;
  - e. Penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
  - f. Pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medis; dan
  - g. Rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medis, Komite 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; dan
  - d. Rekomendasi proses pendampingan bagi Staf Medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis, Komite Medis memiliki fungsi sebagai berikut
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - b. pemeriksaan Staf Medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di Rumah Sakit; dan
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan Keputusan Etis pada asuhan medis pasien.

#### Paragraf 4

#### Wewenang Komite Medis

#### Pasal 96

Wewenang Komite Medis terdiri dari:

- 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.

#### Bagian Keempat

#### Sub Komite

#### Pasal 97

- (1) Ketua Sub-Komite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medis dengan memperhatikan masukan

dari Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit.

- (2) Sub-Komite yang ada di Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

#### Paragraf 1

#### Sub Komite Kredensial

#### Pasal 98

Untuk melindungi masyarakat, Komite Medis memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh Staf Medis di Rumah Sakit melalui Sub-Komite Kredensial.

#### Pasal 99

- (1) Pengorganisasian Sub-Komite Kredensial terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, objektif sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- (3) Sub-Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang Staf Medis dan menyiapkan berbagai Instrumen kredensial yang disahkan Direktur Rumah Sakit. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi: kebijakan Rumah Sakit tentang kredensial dan kewenangan klinis, prosedur penilaian kompetensi klinis dan formulir yang diperlukan.
- (4) Pada akhir proses kredensial, Komite Medis menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang Staf Medis.
- (5) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap Staf Medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

#### Pasal 100

- (1) Staf Medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada Direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan Rumah Sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
- (2) Berkas permohonan Staf Medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur kepada Komite Medis.
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (4) Pengkajian oleh Sub-Komite Kredensial meliputi elemen:
  - a. kompetensi:
    1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
    2. kognitif;
    3. afektif; dan

4. psikomotor.
  - b. kompetensi fisik;
  - c. kompetensi mental/perilaku; dan
  - d. perilaku etis.
- (5) Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
  - (6) Daftar rincian kewenangan klinis diperoleh dengan cara:
    - a. menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
    - b. mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
    - c. mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi Staf Medis dilakukan secara periodik.
  - (7) Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medis berdasarkan masukan dari Sub-Komite Kredensial.
  - (8) Sub-Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap Staf Medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis dengan rekomendasi 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.
  - (9) Bagi Staf Medis yang ingin memulihkan Kewenangan Klinis yang dikurangi atau menambah Kewenangan Klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medis melalui Direktur.
  - (10) Komite Medis menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

## Paragraf 2

### Sub Komite Mutu Profesi

#### Pasal 101

Untuk menjaga mutu profesi para Staf Medis, Komite Medis mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan Staf Medis melalui Sub Komite Mutu Profesi.

#### Pasal 102

Pengorganisasian Sub-Komite Mutu Profesi terdiri dari:

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

### Pasal 103

- (1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu:
  - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing Staf Medis pemberi pelayanan di Rumah Sakit;
  - b. sebagai dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. sebagai dasar bagi Komite Medis dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*); dan
  - d. sebagai dasar bagi Komite Medis dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang Staf Medis.
- (2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis:
  - a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
  - b. penetapan standar dan kriteria;
  - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
  - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
  - e. melakukan analisa kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
  - f. menerapkan perbaikan;
  - g. rencana reaudit;
  - h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing Staf Medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya; dan
  - i. memberikan persetujuan terhadap permintaan Staf Medis sebagai asupan kepada manajemen.
- (3) Sub-Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf Medis yang membutuhkan:
  - a. menentukan nama Staf Medis yang akan mendampingi Staf Medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/ mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis; dan
  - b. komite Medis berkoordinasi dengan Direktur untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

### Paragraf 3

#### Sub-Komite Etika Dan Disiplin Profesi

### Pasal 104

Peran Komite Medis dalam upaya pendisiplinan Staf Medis dilakukan oleh Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi.

### Pasal 105

Pengorganisasian Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

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

## Pasal 106

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan:
  - a. Peraturan internal rumah sakit;
  - b. Peraturan internal staf Medis;
  - c. Etika Rumah Sakit; dan
  - d. Norma etika medis dan norma-norma bioetika;
- (2) Tolak ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional Staf Medis yaitu:
  - a. pedoman pelayanan;
  - b. standar operasional prosedur
  - c. kewenangan klinis;
  - d. kode etik kedokteran Indonesia;
  - e. panduan praktek klinis; dan
  - f. *clinical pathway*.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi. Panel terdiri dari 3 orang Staf Medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
  - a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
  - b. 2 (dua)orang atau lebih Staf Medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medis dengan persetujuan Direktur atau Direktur Rumah Sakit terlapor..
- (4) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional adalah sebagai berikut:
  - a. Sumber Laporan:
    1. perorangan:
      - a) manajemen Rumah Sakit;
      - b) staf Medis lain;
      - c) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan; dan
      - d) pasien atau keluarga pasien.
    2. non perorangan:
      - a) hasil konferensi kematian; dan
      - b) hasil konferensi klinis.
  - b. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain:
    1. kompetensi klinis;
    2. penatalaksanaan kasus medis;
    3. pelanggaran disiplin profesi;
    4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit; dan
    5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf Rumah Sakit yang



dapat membahayakan pasien.

c. Pemeriksaan:

1. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
2. melalui proses pembuktian;
3. dicatat oleh petugas Sekretariat Komite Medis;
4. terlapor dapat di dampingi oleh personil dari Rumah Sakit tersebut;
5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.

d. Keputusan:

Keputusan panel yang dibentuk oleh Sub-Komite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di Rumah Sakit. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub- Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Medis.

e. Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan Disiplin Profesi di Rumah Sakit berupa:

1. peringatan tertulis;
2. limitasi (reduksi) kewenangan klinis;
3. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut; dan
4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.

f. Pelaksanaan Keputusan:

1. Keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin tentang pemberian tindakan disiplin diserahkan kepada Direktur oleh Ketua Profesi Komite Medis sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur melakukan eksekusi.
2. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan Pembinaan Profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan Profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja Rumah Sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medis.
3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan Keputusan Etis.

## Bagian Kelima

### Rapat Komite Medis

#### Pasal 107

(1) Rapat Komite Medis terdiri dari:

- a. Rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan Staf Medis yang

- diselenggarakan setiap 1 (satu) bulan sekali;
- b. rapat koordinasi dengan pejabat pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
  - c. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya mendesak; dan
  - d. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.
- (2) Rapat rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medis atau Kepala Sub-Komite Medis apabila ketua tidak dapat hadir.
  - (3) Rapat rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medis atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 30 (tiga puluh) menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.
  - (4) Keputusan rapat Komite Medis didasarkan atas suara terbanyak.
  - (5) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
  - (6) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medis yang hadir.
  - (7) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin dan rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
  - (8) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

#### Pasal 108

- (1) Rapat khusus diadakan apabila:
  - a. ada permintaan dan tanda tangan paling sedikit 3 (tiga) anggota Staf Medis;
  - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh Komite Medis; dan
  - c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medis, atau dalam hal kuorum, tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medis kepada seluruh anggota paling lambat 1(satu) hari sebelum rapat dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

#### Pasal 109

- (1) Rapat tahunan Komite Medis diselenggarakan sekali dalam setahun.

- (2) Rapat Komite Medis wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Bagian Keenam  
Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)

Paragraf 1

Umum

Pasal 110

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

Paragraf 2

Proses Penilaian Kewenangan Klinis

Pasal 111

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:

1. pendidikan:
  - a. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi; dan
  - b. menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
2. perizinan (lisensi):
  - a. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
  - b. memiliki izin praktek dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
3. kegiatan penjagaan mutu profesi:
  - a. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
  - b. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
4. Kualifikasi personal:
  - a. riwayat disiplin dan etik profesi;

- b. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui,
  - c. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien; dan
  - d. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan.
5. Pengalaman di bidang keprofesian:
- a. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
  - b. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

### Paragraf 3

#### Pembatasan Kewenangan Klinis

##### Pasal 112

- (1) Komite Medis bila memandang perlu dapat memberi rekomendasi kepada Direktur agar Kewenangan Klinis anggota SMF dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Sub Komite Kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota SMF tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinis, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.
- (3) Sub Komite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan kewenangan klinis anggota SMF setelah terlebih dahulu:
  - a. Ketua SMF mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medis;
  - b. Komite Medis meneruskan permohonan tersebut kepada Sub Komite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota SMF yang bersangkutan;
  - c. Sub Komite Kredensial berhak memanggil anggota SMF yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/ penyimpangan yang telah dilakukan; dan
  - d. Sub Komite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

### Paragraf 4

#### Pencabutan Kewenangan Klinis

##### Pasal 113

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

## Paragraf 5

### Pengakhiran Kewenangan Klinis

#### Pasal 114

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medis yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis apabila Surat Penugasan Klinis (SPK):
  - a. habis masa berlakunya; atau
  - b. dicabut sesuai ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 147 ayat (2).

## Bagian Ketujuh

### Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)

#### Pasal 115

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

## BAB VI

### PERUBAHAN PERATURAN INTERNAL

#### Pasal 116

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Institusi dan Peraturan Internal Staf Medis dapat dilakukan berdasarkan usulan Direktur kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Usulan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan sepengetahuan Kepala Dinas dan berdasarkan pertimbangan dari Komite Medis dan Staf Medis Fungsional.
- (3) Waktu perubahan Peraturan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan paling lama 5 (lima) tahun.

## BAB VII

### KERAHASIAAN INFORMASI MEDIS

#### Bagian Kesatu

#### Kerahasiaan Pasien

#### Pasal 117

- (1) Setiap pegawai Rumah Sakit wajib menjaga kerahasiaan Informasi tentang pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur/Kepala Bidang Pelayanan Medis.

Bagian Kedua  
Informasi Medis

Pasal 118

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

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

BAB VIII

PENINJAUAN KEMBALI KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

Pasal 119

- (1) Kebijakan, pedoman/panduan, dan prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan pedoman/panduan dan selanjutnya Standar Operasional Prosedur.
- (3) Peninjauan kembali dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Kepala Bagian/Seksi terkait sebelum diterbitkan oleh Direktur.
- (4) Proses dan frekuensi reuiv serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan, dan prosedur dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas peraturan perundang-undangan.
- (5) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Komite Mutu dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui salinan terkendali.
- (6) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh unit pelaksana secara berjenjang sesuai hierarki struktural.
- (7) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (8) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan, dan prosedur yang berasal dari luar Rumah Sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan menggunakan dokumen melalui catatan *List Document Eksternal*.
- (9) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi dan Penyusutan Arsip non-Rekam Medis.
- (10) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur menggunakan *list* dokumen internal yang dikelola oleh Komite Mutu.

BAB IX  
PENUTUP  
Pasal 120

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Bandung Barat.

Ditetapkan di Bandung Barat  
pada tanggal 21 April 2023  
BUPATI BANDUNG BARAT,

Ttd.

HENGKI KURNIAWAN

Diundangkan di Bandung Barat  
pada tanggal 21 April 2023

SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN BANDUNG BARAT,

Ttd.

ADE ZAKIR

BERITA DAERAH KABUPATEN BANDUNG BARAT TAHUN 2023 NOMOR 20