



SALINAN

WALI KOTA SEMARANG
PROVINSI JAWA TENGAH
PERATURAN WALI KOTA SEMARANG
NOMOR 14 TAHUN 2026
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MIJEN
KOTA SEMARANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
WALI KOTA SEMARANG,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas, Pemerintah Daerah memiliki tanggungjawab untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
- b. bahwa Rumah Sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau dan diakses oleh masyarakat, sehingga perlu dikelola dengan baik untuk meningkatkan pelayanan yang optimal dan profesional;
- c. bahwa untuk memberikan arah, landasan dan kepastian hukum kepada pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili, organisasi pendukung dan semua pihak, maka diperlukan pengaturan tentang Peraturan Internal Rumah Sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan Rumah Sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Mijen Kota Semarang;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat dan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 45);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2026 tentang Penyesuaian Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2026 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 7153);
4. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2023 tentang Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6867);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MIJEN KOTA SEMARANG.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Semarang.
2. Wali Kota adalah Wali Kota Semarang.
3. Pemerintah Daerah adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonom.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Wali Kota dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.

6. Rumah Sakit Umum Daerah Mijen Kelas D yang selanjutnya disebut RSUD Mijen adalah unit organisasi bersifat khusus serta pusat Kesehatan Masyarakat sebagai unit organisasi fungsional yang memberikan layanan secara profesional.
7. Direktur adalah Direktur RSUD Mijen Kota Semarang.
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan Daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan Daerah pada umumnya.
9. Dewan Pengawas adalah orang yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD Rumah Sakit.
10. Tata Kelola BLUD Rumah Sakit adalah tata kelola yang disusun dalam rangka penyelenggaraan tata kelola Rumah Sakit yang baik dan tata kelola klinis yang baik.
11. Peraturan Internal adalah peraturan internal yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah dengan Dewan Pengawas, Pejabat pengelola, dan staf medis pada Rumah Sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan, dan haknya masing-masing.
12. Peraturan Internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme kelompok staf medis di Rumah Sakit.
13. Jabatan Fungsional adalah sekelompok jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan fungsional yang berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.
14. Pejabat Pengelola adalah pejabat pengelola Rumah Sakit terdiri atas Direktur selaku pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis bertanggung jawab terhadap kinerja umum operasional, pelaksanaan kebijakan fleksibilitas dan keuangan Rumah Sakit dalam pemberian layanan.
15. Rencana Strategis Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut Renstra BLUD adalah dokumen perencanaan BLUD untuk periode 5 (lima) tahunan.
16. Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.
17. Tenaga Medis adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi yang memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan.

18. Kelompok Staf Medis adalah dokter umum, dokter gigi, dokter subspesialis, dokter spesialis, dokter gigi subspesialis dan dokter gigi spesialis di Rumah Sakit yang dikelompokkan sesuai bidang spesialisasinya.
19. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
20. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan kepada Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
21. Surat Izin Praktik yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan kepada Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
22. Kewenangan Klinis adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis.
23. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan Kewenangan Klinis.
24. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki Kewenangan Klinis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
25. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
26. Satuan Pemeriksa Internal adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
27. Komite adalah organisasi pendukung Rumah Sakit yang dibentuk untuk suatu tujuan dan tugas tertentu dengan mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
28. Standar Pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggara pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.

29. Instalasi adalah organisasi pelaksana yang terdapat di Rumah Sakit yang merupakan penyelenggara Pelayanan Kesehatan tertentu di Rumah Sakit.
30. Mitra Bestari adalah sekelompok Staf Medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
31. Buku putih adalah dokumen yang berisi persyaratan dan kriteria kompetensi yang harus dipenuhi oleh perawat untuk mendapatkan kewenangan klinis dalam memberikan pelayanan keperawatan tertentu.
32. Tenaga Profesional Lainnya adalah istilah yang merujuk pada tenaga kerja di lingkungan pemerintahan yang tidak memiliki status sebagai Aparatur Sipil Negara.
33. Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disingkat ASN adalah profesi bagi pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja yang bekerja pada Pemerintah Daerah.
34. Sasaran Kinerja Pegawai yang selanjutnya disingkat SKP adalah ekspektasi kinerja yang akan dicapai oleh Pegawai setiap tahun.

Pasal 2

- (1) Peraturan Internal RSUD Mijen ditetapkan dengan maksud sebagai pedoman bagi:
 - a. Pemerintah Daerah selaku pemilik;
 - b. Dewan Pengawas;
 - c. Pejabat Pengelola; dan
 - d. pegawai pada Rumah Sakit;dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit.
- (2) Peraturan Internal RSUD Mijen ditetapkan dengan tujuan:
 - a. terciptanya hubungan kerja yang baik antara Pemilik, Pejabat Pengelola dan Staf Medis serta pegawai Rumah Sakit lainnya; dan
 - b. memacu profesionalisme dengan tanggung jawab terhadap mutu layanan Rumah Sakit.

BAB II

IDENTITAS RUMAH SAKIT

Pasal 3

Identitas Rumah Sakit meliputi:

- a. nama Rumah Sakit adalah RSUD Mijen Kota Semarang;
- b. kelas Rumah Sakit adalah RSUD Mijen Kelas D; dan
- c. alamat Rumah Sakit adalah R. M. Hadi Soebeno nomor 146-148 Kelurahan Wonolopo, Kecamatan Mijen, Kota Semarang.

BAB III

VISI, MISI, MOTTO, LOGO, TUJUAN, SASARAN STRATEGIS, PROGRAM DAN NILAI DASAR RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Visi dan Misi

Pasal 4

- (1) Visi RSUD Mijen yakni “Menjadi Rumah Sakit Paripurna yang Memberikan Pelayanan Prima dan Menjadi Pilihan Utama Masyarakat Kota Semarang”.
- (2) Sebagai upaya untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai misi untuk:
 - a. memberikan pelayanan yang prima, aman, bermutu bagi masyarakat;
 - b. mengembangkan sumber daya manusia yang profesional serta sarana dan prasarana yang berkualitas;
 - c. mengembangkan pendidikan pelatihan dan penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan kesejahteraan pegawai; dan
 - d. melakukan kegiatan pengabdian masyarakat dan menjalin jaringan kerjasama yang produktif dan berkelanjutan dengan berbagai pihak.

Bagian Kedua

Motto

Pasal 5

Dalam memberikan Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat, RSUD Mijen memiliki motto “Kesembuhan dan Senyuman Anda adalah Motivasi Kami”.

Bagian Ketiga

Logo

Pasal 6

Ketentuan mengenai logo RSUD Mijen tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Bagian Keempat
Tujuan, Sasaran Strategis, Program

Pasal 7

- (1) Untuk mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 RSUD Mijen mempunyai tujuan yakni meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- (2) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Mijen memiliki sasaran strategis sebagai berikut:
 - a. sinkronisasi antara kebijakan nasional dan Daerah;
 - b. meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialisik dan paramedis disertai dengan peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan;
 - c. mengembangkan, menambah dan memelihara sarana dan prasarana peralatan medis, utamanya yang berkaitan dengan teknologi tinggi;
 - d. meningkatkan pelayanan dengan membuka spesialisasi/sub spesialis dan melengkapi sarana dan prasarana;
 - e. meningkatkan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efisiensi pelayanan serta melakukan kerjasama dengan Pelayanan Kesehatan lokal, nasional dan internasional;
 - f. melakukan efisiensi dan efektivitas pelayanan pada semua unit kerja dan unit kegiatan; dan
 - g. melaksanakan akuntabilitas pelayanan secara berkesinambungan, melakukan Audit Medis, audit keuangan dan kelompok budaya kerja.
- (3) Program RSUD Mijen sebagaimana tercantum dalam Renstra BLUD sebagai berikut:
 - a. program penunjang urusan pemerintahan Daerah;
 - b. program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat; dan
 - c. program peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan.

Bagian Kelima

Nilai Dasar

Pasal 8

- (1) RSUD Mijen dalam memberikan Pelayanan Kesehatan dengan berdasarkan nilai dasar sebagai berikut:
 - a. keterbukaan;
 - b. kebersamaan;
 - c. kesabaran; dan

d. pembelajaran.

- (2) Keterbukaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan nilai dasar keterbukaan terhadap sesuatu hal yang perlu dijunjung tinggi oleh setiap pegawai, sehingga mampu menghadapi setiap perubahan baik internal organisasi maupun eksternal organisasi.
- (3) Kebersamaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan nilai dasar yang memuat bahwa Rumah Sakit menyadari semua pekerjaan tidak dapat diselesaikan sendiri namun perlu kerja sama tim serta kebersamaan dalam suka dan duka sehingga kesuksesan Rumah Sakit berkat kerja bersama seluruh pegawai dapat dicapai.
- (4) Kesabaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan tingkah laku pegawai Rumah Sakit yang penuh kesabaran dan perhatian dalam kegiatan pelayanan sehari-hari baik terhadap pelanggan maupun teman sekerja.
- (5) Pembelajaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan upaya untuk meningkatkan kompetensi sumber daya manusia diseluruh lini pelayanan yang sesuai dengan standar nasional dan berkembang secara dinamis dalam memberikan pelayanan paripurna kepada masyarakat.

BAB IV

KEDUDUKAN, TUGAS POKOK

DAN FUNGSI RUMAH SAKIT

Pasal 9

- (1) RSUD Mijen merupakan unit organisasi bersifat khusus dalam penyelenggaraan layanan kesehatan secara profesional yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, pengelolaan barang milik Daerah dan pengelolaan kepegawaian.
- (2) RSUD Mijen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Direktur yang bertanggung jawab kepada Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 10

- (1) RSUD Mijen mempunyai tugas melaksanakan Pelayanan Kesehatan perorangan paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat.
- (2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Mijen mempunyai fungsi:
 - a. perumusan kebijakan teknis di bidang Pelayanan

Kesehatan;

- b. pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan Daerah di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna;
- c. pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna;
- d. penyelenggaraan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan Nonmedis;
- e. penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
- f. penyelenggaraan pelayanan rujukan;
- g. penyelenggaraan koordinasi dan fasilitasi di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna;
- h. pembinaan pengelolaan urusan umum Rumah Sakit;
- i. pembinaan pengelolaan urusan keuangan Rumah Sakit; dan
- j. pengendalian, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.

BAB V

TANGGUNG JAWAB DAN WEWENANG PEMERINTAH DAERAH

Pasal 11

Pemerintah Daerah bertanggung jawab dan berwenang untuk:

- a. menyediakan modal dan dana operasional serta sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan RSUD Mijen dalam memenuhi visi dan misi serta Renstra BLUD RSUD Mijen;
- b. menunjuk atau menetapkan Pejabat Pengelola RSUD Mijen dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja setiap individu Pejabat Pengelola dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah berlaku RSUD Mijen;
- d. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan RSUD Mijen dan pengelolaan sumber daya manusia RSUD Mijen;
- e. memberikan arahan kebijakan RSUD Mijen;
- f. menetapkan visi dan misi RSUD Mijen dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi RSUD Mijen serta meninjau secara berkala misi RSUD Mijen;
- g. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
- h. menyetujui Renstra BLUD RSUD Mijen;
- i. mengawasi dan membina pelaksanaan Renstra BLUD;
- j. menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program tersebut;

- k. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
- l. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- m. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien; dan
- n. mengawasi kepatuhan penerapan etika RSUD Mijen, etika profesi dan peraturan perundang-undangan.

BAB VI

HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN

Pasal 12

(1) Hak Pasien meliputi:

- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di RSUD Mijen;
- b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
- c. memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
- d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standart profesi dan standart prosedur operasional;
- e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- g. memilih dokter dan kelas perawat sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di RSUD Mijen;
- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang diderita kepada dokter lain yang mempunyai SIP baik didalam maupun diluar rumah sakit;
- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- j. menghormati hak pasien dan dalam beberapa situasi hak istimewa keluarga pasien untuk menentukan informasi apa saja yang berhubungan dengan pelayanan yang boleh disampaikan kepada keluarga atau pihak rumah dalam situasi tertentu;
- k. mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tatacara Tindakan medis, tujuan Tindakan medis, alternatif Tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap Tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;

- l. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- m. didampingi keluarga dalam keadaan kritis;
- n. menjalankan ibadah sesuai agama, atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lain;
- o. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- p. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit;
- q. mengajukan usulan saran, perbaikan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya;
- r. menggugat dan atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standart baik secara perdata atau pidana; dan
- s. mengeluhkan layanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standart pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

(2) Kewajiban pasien meliputi:

- a. pasien dan keluarganya berkewajiban untuk mentaati segala peraturan dan tata tertib rumah sakit;
- b. menghormati hak pasien lain, pengunjung dan hak tenaga kesehatan serta petugas lain yang bekerja di rumah sakit;
- c. pasien bertanggung jawab untuk mentaati segala instruksi dokter dan perawat dalam pengobatannya;
- d. pasien berkewajiban memberikan informasi dengan jujur dan selengkapny tentang penyakit yang diderita kepada dokter yang merawat;
- e. pasien atau penunggunya berkewajiban untuk memenuhi hal-hal yang telah disepakati atau perjanjian yang telah dibuat;
- f. memberikan imbalan jasa atau pelayanan yang diterima; dan
- g. menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan dan/ atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya.

- (3) Dalam memberikan hak dan kewajiban pasien, Rumah Sakit harus memahami bahwa pasien dan keluarganya memiliki sikap, perilaku, kebutuhan pribadi, agama, keyakinan, budaya dan nilai-nilai yang dianut.

BAB VII

HAK DAN KEWAJIBAN RUMAH SAKIT

Pasal 13

- (1) Rumah Sakit mempunyai hak:
- menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
 - menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam mengembangkan pelayanan;
 - menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
 - mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan; dan
 - mempromosikan layanan Kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Rumah Sakit memiliki kewajiban:
- memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
 - memberikan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
 - memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - berperan aktif dalam memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
 - melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan bagi pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;

- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, tempat parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan Tenaga Kesehatan Lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit;
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

BAB IIIII

DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu

Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas merupakan representasi dari Pemilik Rumah Sakit yang ditetapkan dengan Keputusan Wali Kota.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.

- (3) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang dengan ketentuan:
- a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, sebesar Rp 30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
 - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).
- (4) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri atas:
- a. 1 (satu) orang pejabat pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
 - b. 1 (satu) orang pejabat pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengelolaan keuangan; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli, dapat berasal dari tenaga profesional, atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan Kesehatan.

Bagian Kedua

Persyaratan Dewan Pengawas

Pasal 15

Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas harus memenuhi syarat sebagai berikut:

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

legislatif.

Bagian Ketiga
Tugas dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas memiliki tugas:
 - a. memantau perkembangan kegiatan Rumah Sakit;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan Rumah Sakit dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit;
 - 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 Wali Kota mengenai:
 1. Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 2. Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan Rumah Sakit; dan
 3. kinerja Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Wali Kota secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

Pasal 15

Dewan Pengawas berwenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direktur dan/atau pejabat lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit sesuai dengan Tata Kelola Rumah Sakit;
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Tata Kelola Rumah Sakit;
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Tata Kelola Rumah Sakit untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Keempat
Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 18

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

Bagian Kelima
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Rapat Dewan Pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pembinaan dan pengawasan serta memberikan nasehat kepada Direktur.
- (2) Peserta rapat Dewan Pengawas adalah:
 - a. anggota Dewan Pengawas;
 - b. Direktur; dan
 - c. pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas

apabila diperlukan.

- (3) Pengambilan keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.

Pasal 20

Rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (1) terdiri atas:

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

Pasal 21

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf a diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, meminta klarifikasi atau alternatif solusi dari berbagai masalah yang dihadapi oleh Rumah Sakit.

Pasal 22

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf b diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sekali dalam 1 (satu) tahun.

Pasal 23

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf c diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. terdapat permintaan yang ditandatangani anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

BAB IX
KELEMBAGAAN
Bagian Kesatu
Susunan Organisasi RSUD Mijen
Pasal 24

- (1) Susunan Organisasi terdiri atas:
 - a. Direktur;
 - b. Kepala Sub Bagian Tata Usaha;
 - c. Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - d. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang;
 - e. Kelompok jabatan Fungsional; dan
 - f. Organisasi pendukung.
- (2) Kepala Sub Bagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b sebagai pejabat keuangan pada RSUD Mijen.
- (3) Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Kepala Seksi Pelayanan Penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c pejabat teknis pada RSUD Mijen.
- (4) Ketentuan mengenai bagan organisasi RSUD Mijen tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Bagian Kedua
Direktur
Pasal 25

Untuk dapat diangkat menjadi Direktur harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. berstatus pegawai negeri sipil;
- b. memiliki pangkat paling rendah Penata Tingkat I golongan ruang III/d;
- c. berprofesi sebagai tenaga medis/tenaga kesehatan/tenaga profesional yang memiliki kompetensi Manajemen Rumah Sakit;
- d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit; dan
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit.

Pasal 26

- (1) Direktur mempunyai tugas:
 - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit agar lebih efisien dan produktif;
 - b. merumuskan penetapan kebijakan teknis Rumah Sakit serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Wali Kota;
 - c. menyusun rencana strategi Bisnis;
 - d. menyiapkan Rencana Bisnis Anggaran;
 - e. mengusulkan calon pejabat keuangan kepada Wali Kota sesuai dengan ketentuan;
 - f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundangan-undangan;
 - g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggung jawabkan kinerja operasional dan keuangan, Barang Milik Daerah serta bidang kepegawaian Rumah Sakit kepada Wali Kota; dan
 - h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Wali Kota sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Direktur dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan.
- (3) Dalam rangka melaksanakan otonomi dalam pengelolaan keuangan sebagai unit organisasi bersifat khusus, Direktur ditetapkan sebagai Kuasa Pengguna Anggaran.

Pasal 27

Direktur mempunyai tanggungjawab sebagai berikut:

- a. menjamin terlaksananya kebijakan RSUD Mijen;
- b. menjamin kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan RSUD Mijen;
- c. menjamin terlaksananya program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatan RSUD Mijen; dan
- d. meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.

Pasal 28

Direktur dapat diberhentikan karena:

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

Pasal 29

- (1) Evaluasi terhadap kinerja Direktur pada RSUD Mijen dinilai oleh Wali Kota.
- (2) Evaluasi terhadap kinerja Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan pencapaian kinerja Direktur.
- (3) Pencapaian kinerja setiap pejabat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas kinerja keuangan, kinerja non keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai.

Bagian Ketiga

Kepala Subbagian Tata Usaha, Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Kepala Seksi Pelayanan Penunjang.

Pasal 30

Kepala Subbagian Tata Usaha harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. berstatus pegawai negeri sipil;
- b. memiliki pangkat paling rendah Penata Muda Tingkat I golongan ruang III/b;
- c. berpendidikan paling rendah sarjana (S-1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
- d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan administrasi yang profesional;
- e. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup umum dan

- administrasi Rumah Sakit; dan
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 31

Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. berstatus pegawai negeri sipil;
- b. memiliki pangkat paling rendah Penata Muda Tingkat I golongan ruang III/b;
- c. seorang dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian integritas kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
- d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- e. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit; dan
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 32

Kepala Seksi Pelayanan Penunjang, harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. berstatus pegawai negeri sipil;
- b. memiliki pangkat paling rendah Penata Muda Tingkat I golongan ruang III/b;
- c. berpendidikan paling rendah sarjana (S-1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
- d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- e. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah sakit; dan
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 33

Uraian tugas kepala subbagian/seksi pada Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30, Pasal 31 dan Pasal 32 diatur dalam Peraturan Wali Kota yang mengatur mengenai tugas dan fungsi pada Rumah Sakit.

Pasal 34

- (1) Evaluasi terhadap kinerja kepala subbagian/seksi pada Rumah Sakit dinilai oleh Direktur.
- (2) Evaluasi terhadap kinerja kepala subbagian/seksi pada

Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan pencapaian kinerja setiap pejabat.

- (3) Pencapaian kinerja setiap pejabat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk SKP.

Bagian Keempat

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 35

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas melakukan kegiatan sesuai dengan bidang jabatan fungsional setiap berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Setiap kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikoordinasikan oleh seorang koordinator yang ditunjuk oleh Direktur.
- (3) Koordinator sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan seorang pejabat fungsional senior yang berkedudukan sebagai ketua kelompok dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Jumlah, jenis dan jenjang Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.

Bagian Kelima

Organisasi Pendukung

Pasal 36

Organisasi pendukung terdiri atas:

- a. Satuan Pemeriksa Internal;
- b. Komite Medik;
- c. Komite Keperawatan;
- d. Komite Etik dan Hukum;
- e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
- f. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP);
- g. Komite Tenaga Kesehatan lainnya; dan
- h. Instalasi.

Paragraf 1

Satuan Pemeriksa Internal

Pasal 37

- (1) Satuan Pemeriksa Internal dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (2) Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Pemeriksa internal yang bertanggungjawab langsung di bawah Direktur.
- (3) Pembentukan Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan mempertimbangkan:
 - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - b. kompleksitas manajemen; dan
 - c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.
- (4) Jumlah Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling banyak 3 (tiga) orang.
- (5) Jumlah Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Paragraf 2

Komite Medik

Pasal 38

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf b merupakan unsur organisasi pendukung yang mempunyai tanggung jawab untuk menerapkan tata kelola klinis yang baik.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Keperawatan terdiri atas seorang Ketua, seorang sekretaris dan 3 (tiga) subkomite.

Paragraf 3

Komite Keperawatan

Pasal 39

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf c merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme Kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Pembentukan Komite Keperawatan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Keperawatan terdiri atas seorang Ketua, seorang sekretaris dan 3 (tiga)

subkomite.

Paragraf 4

Komite Etik dan Hukum

Pasal 40

- (1) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf d merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan masalah etika Rumah Sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan Rumah Sakit, kebijakan yang terkait dengan Tata Kelola BLUD Rumah Sakit, gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan Komite Etik dan Hukum ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Etik dan Hukum terdiri atas:
 - a. seorang ketua merangkap anggota; dan
 - b. 2 (dua) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Etik dan Hukum diatur dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 5

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 41

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf e merupakan unsur organisasi pendukung yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan dan serta memantau pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri atas:
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. 1 (satu) orang sekretaris merangkap anggota; dan
 - c. paling sedikit 6 (enam) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diatur dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 6

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 42

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf f merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun Standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta memantau pelaksanaannya.
- (2) Pembentukan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri atas:
 - a. seorang ketua;
 - b. seorang sekretaris; dan
 - c. paling sedikit 3 (tiga) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien diatur dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 7

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 43

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf g merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Pembentukan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri atas:
 - a. seorang Ketua;
 - b. seorang sekretaris; dan
 - c. 3 (tiga) subkomite.

Paragraf 8

Instalasi

Pasal 44

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf h merupakan unsur organisasi pelaksana pada Rumah Sakit yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan, dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan.
- (2) Setiap instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang kepala instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (3) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur berdasarkan analisis organisasi dan kebutuhan.

BAB X

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Staf Medis

Paragraf 1

Keanggotaan Staf Medis

Pasal 45

- (1) Setiap dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang melaksanakan praktik kedokteran di unit pelayanan Rumah Sakit merupakan anggota Staf Medis.
- (2) Unit pelayanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk Unit Pelayanan yang melakukan kerja sama operasional dengan RSUD Mijen.

Pasal 46

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

Paragraf 2

Fungsi dan Tugas Staf Medis

Pasal 47

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

Pasal 48

Staf Medis mempunyai tugas:

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

Paragraf 3

Kategori Staf Medis

Pasal 49

- (1) Staf Medis terdiri atas:
 - a. dokter tetap;
 - b. dokter mitra;
 - c. dokter peserta program pendidikan dokter spesialis; dan/atau
 - d. dokter peserta program *internship*
- (2) Dokter tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis/dokter subspesialis yang direkrut oleh Pemerintah Daerah dan bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap.
- (3) Dokter mitra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis/dokter subspesialis yang bergabung dengan

RSUD Mijen sebagai mitra, berkedudukan sederajat dengan Rumah Sakit, bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggung jawab sesuai ketentuan yang berlaku di RSUD Mijen.

- (4) Dokter peserta program pendidikan dokter spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan dokter yang sah diterima sebagai peserta program pendidikan dokter spesialis, dan memberikan Pelayanan Kesehatan dalam rangka pendidikan serta kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (5) Dokter internship sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan dokter yang bergabung dengan RSUD Mijen dalam rangka melaksanakan program internship yang diselenggarakan oleh pemerintah pusat.

Paragraf 4

Persyaratan Pengangkatan Staf Medis

Pasal 50

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Staf Medis, dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis/dokter subspesialis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. memiliki kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. memiliki STR dan SIP;
 - c. sehat jasmani dan rohani;
 - d. mampu melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya sesuai dengan kewenangan klinis (*clinical previleges*); dan
 - e. memiliki perilaku dan moral yang baik.
- (2) Dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengajukan permohonan pengangkatan kepada Direktur.
- (3) Direktur dalam melaksanakan pengangkatan Staf Medis berdasarkan pertimbangan dari Komite Medik.

Paragraf 5

Masa Kerja

Pasal 51

Masa kerja Staf Medis ditetapkan sebagai berikut:

- a. untuk dokter tetap, sampai yang bersangkutan memasuki usia pensiun sesuai ketentuan peraturan

- perundang-undangan;
- b. untuk dokter mitra, selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;
 - c. untuk dokter peserta program pendidikan dokter spesialis, selama perjanjian kerja sama antara RSUD Mijen dengan tempat asal pendidikan dokter spesialis masih berlaku; dan
 - d. untuk dokter internship, selama 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang bila sasaran akhir yang ditentukan belum tercapai.

Paragraf 6

Kewenangan Klinik Staf Medis

Pasal 52

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

Pasal 53

- (1) Staf Medis dapat mengajukan permohonan perluasan kewenangan klinik yang telah diberikan.
- (2) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Direktur secara tertulis dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang diajukan.
- (3) Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam keputusan Direktur.

Pasal 54

- (1) Direktur melaksanakan evaluasi terhadap pemberian kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52.
- (2) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dijadikan dasar pertimbangan dalam mempertahankan,

menambah, mengurangi atau mencabut kewenangan klinik.

Pasal 55

- (1) Direktur dapat memberikan kewenangan klinik sementara kepada Dokter Pengganti dengan kompetensi yang sama.
- (2) Pemberian kewenangan klinik sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan memperhatikan pendapat Komite Medik.

Pasal 56

Dalam keadaan bencana alam yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit dapat diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan yang diberikan, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Paragraf 7

Pembinaan Staf Medis

Pasal 57

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

Paragraf 8

Pemberhentian Staf Medis

Pasal 58

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

Pasal 59

- (1) Dokter mitra berhenti sebagai Staf Medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas kesepakatan bersama antara Direktur dan dokter yang

bersangkutan.

- (2) Dokter mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat bekerja kembali setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.

Paragraf 9

Penilaian dan Evaluasi terhadap Kinerja Staf Medis

Pasal 60

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

Bagian Kedua

Kelompok Staf Medis

Paragraf 1

Pengorganisasian

Pasal 61

- (1) Dalam melaksanakan tugas maka Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisnya/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis paling sedikit terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan keahlian sama.
- (3) Dalam hal ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok Staf Medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan wewenangnya.

Paragraf 2

Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis

Pasal 62

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

Paragraf 3

Tanggung Jawab Kelompok Staf Medis

Pasal 63

Tanggung jawab kelompok Staf Medis meliputi:

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;
- b. melakukan evaluasi atas tampilan kinerja praktik dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;
- d. memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktek kedokteran;
- f. memberikan laporan secara teratur paling sedikit 1 (satu) kali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
- g. melakukan perbaikan standar operasional prosedur serta dokumen yang terkait.

Bagian Ketiga

Komite Medik

Paragraf 1

Pembentukan Komite Medik

Pasal 64

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

Paragraf 2

Susunan dan Persyaratan Komite Medik

Pasal 65

- (1) Susunan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 terdiri atas:
 - a. ketua merangkap anggota, dijabat oleh orang yang dipilih secara demokratis oleh anggota komite medik;
 - b. sekretaris merangkap anggota, yang dipilih oleh Ketua Komite medik; dan
 - c. anggota yang terdiri atas semua Kelompok Staf Medis dan non medis atau yang mewakili.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Ketua Komite Medik harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan kerumahsakitannya;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani dilingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

Paragraf 3

Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, dan Kewenangan

Komite Medik

Pasal 66

Tugas Komite Medik meliputi:

- a. membantu Direktur menyusun standar pelayanan medis dan membantu pelaksanaannya;
- b. membina etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;
- c. mengatur kewenangan klinik setiap Kelompok Staf Medis dan non medis;
- d. membantu Direktur menyusun Peraturan Pola Tata Kelola Staf Medis dan non medis serta membantu pelaksanaannya;
- e. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan hukum kedokteran (medikolegal);
- f. melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Pelayanan dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas Kelompok Staf Medis dan non medis;
- g. meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis;
- h. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis; dan
- i. memberikan laporan kegiatan kepada Direktur.

Pasal 67

Fungsi Komite medik sebagai pengarah dalam pemberian pelayanan medis dengan rincian sebagai berikut:

- a. memberikan saran kepada Direktur atau Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan;
- b. mengoordinasikan kegiatan pelayanan medis;
- c. menangani hal-hal berkaitan dengan perilaku etis (*ethical standing*); dan
- d. menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dipatuhi dan dilaksanakan oleh Staf Medis dan non medis.

Pasal 68

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

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

Pasal 69

Guna melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya Komite

medik diberikan kewenangan:

- a. memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
- b. memberikan pertimbangan rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan alat medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan;
- c. melaksanakan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis;
- d. melaksanakan monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektivitas penggunaan alat kedokteran;
- e. membina etika dan membantu mengatur kewenangan klinik;
- f. membentuk tim klinis lintas profesi; dan
- g. memberikan rekomendasi kerja sama antar institusi.

Paragraf 4

Rapat Kerja Komite medik

Pasal 70

- (1) Rapat kerja Komite medik terdiri atas:
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat bersama Direktur; dan
 - c. rapat darurat.
- (2) Rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit $\frac{2}{3}$ (dua pertiga) dari jumlah Komite medik.

Pasal 71

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 ayat (1) huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (2) Rapat bersama Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 ayat (1) huruf b dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (3) Rapat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 ayat (1) huruf c dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sangat mendesak.

Pasal 72

- (1) Rapat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 dipimpin oleh Ketua Komite medik.
- (2) Dalam hal Ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat dan kuorum telah tercapai maka Komite medik dapat

memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.

Pasal 73

- (1) Pengambilan keputusan dalam rapat dilaksanakan secara musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, pengambilan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pemungutan suara dalam rapat kelompok Staf Medis dan Komite medik
- (3) Keputusan Staf Medis dan/atau Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada suara terbanyak.
- (4) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, ketua dan wakil ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara kedua kalinya.
- (5) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota kelompok Staf Medis dan/atau Komite medik yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 74

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

Bagian Keempat

Sub Komite Medik

Paragraf 1

Pembentukan Sub Komite Medik

Pasal 75

- (1) Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh sub komite medik.
- (2) Sub komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. sub komite mutu profesi medis;
 - b. sub komite kredensial; dan
 - c. sub komite etika dan disiplin profesi.

- (3) Pembentukan sub komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur atas usulan Ketua Komite Medik.
- (4) Usulan Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disampaikan setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medik.
- (5) Masa kerja sub komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 2

Susunan Organisasi Sub Komite Medik

Pasal 76

Susunan organisasi Sub Komite Medik terdiri atas:

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

Paragraf 3

Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, dan Kewenangan Sub Komite Medik

Pasal 77

- (1) Tugas Sub Komite Medik sebagai berikut:
 - a. Sub Komite Mutu Profesi Medis bertugas:
 1. membuat rencana atau program kerja;
 2. melaksanakan rencana atau jadwal kegiatan;
 3. membuat panduan Mutu Pelayanan Medis;
 4. melakukan pantauan dan pengawasan Mutu Pelayanan Medis;
 5. menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, proses, output dan outcome;
 6. melakukan koordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien; dan
 7. melakukan pencatatan dan pelaporan berkala.
 - b. Sub Komite Kredensial bertugas:
 1. melakukan reviu permohonan untuk menjadi anggota Staf Medis dan non medis;
 2. membuat rekomendasi hasil reviu;
 3. membuat laporan kepada Ketua Komite;
 4. melakukan reviu kompetensi Staf Medis dan non medis serta memberikan laporan dan rekomendasi kepada Ketua Komite Medik dalam rangka

- memberikan Kewenangan Klinis, dan penugasan Staf Medis dan non medis pada unit kerja;
- 5. membuat rencana kerja;
- 6. melaksanakan rencana kerja;
- 7. menyusun tata laksana dari instrumen Kredensial;
- 8. melaksanakan Kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
- 9. membuat laporan berkala kepada Ketua Komite Medik.
- c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi bertugas:
 - 1. membuat rencana kerja;
 - 2. melaksanakan rencana kerja;
 - 3. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
 - 4. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
 - 5. melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit; dan
 - 6. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), setiap Sub Komite bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Pasal 78

Fungsi Sub Komite Medik sebagai berikut:

- a. Sub Komite Mutu Profesi Medik:
 - 1. melaksanakan audit medis;
 - 2. mengembangkan program pendidikan medis berkelanjutan (*Continuing Medical Education/CME*); dan
 - 3. mendorong perbaikan mutu pelayanan klinis berbasis data dan bukti.
- b. Sub Komite Kredensial:
 - 1. melakukan penilaian kelayakan dokter dalam memberikan pelayanan klinis;
 - 2. menyusun rekomendasi clinical privileges; dan
 - 3. melakukan re-kredensial secara berkala.
- c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi:
 - 1. menegakkan kode etik profesi medis;

2. menangani pelanggaran disiplin dan perilaku profesional dokter; dan
3. memberikan masukan dan sanksi etis kepada Komite Medik bila diperlukan.

Pasal 79

- (1) Sub Komite Mutu Profesi Medis memiliki tanggung jawab sebagai berikut:
 - a. merencanakan dan melaksanakan program peningkatan mutu profesi,
 - b. melakukan audit medis dan evaluasi hasil pelayanan klinis,
 - c. mendorong pelaksanaan *clinical pathway* dan *evidence-based medicine*,
 - d. menyusun kegiatan ilmiah, seperti seminar atau pelatihan untuk tenaga medis.
- (2) Sub Komite Kredensial memiliki tanggung jawab sebagai berikut:
 - a. melakukan kredensial terhadap tenaga medis (dokter dan dokter gigi);
 - b. menilai kelayakan dan kompetensi tenaga medis untuk mendapatkan kewenangan klinis;
 - c. menyiapkan rekomendasi untuk Komite Medik terkait pemberian, pembaruan, atau pencabutan kewenangan klinis; dan
 - d. melakukan re-kredensial secara berkala (biasanya setiap 2 tahun).
- (3) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi memiliki Tanggung jawab sebagai berikut:
 - a. menangani laporan dugaan pelanggaran etik dan disiplin profesi medis;
 - b. melakukan klarifikasi dan investigasi atas aduan atau masalah etik yang muncul;
 - c. memberikan rekomendasi sanksi etik kepada Komite Medik; dan
 - d. menjaga agar semua dokter menjalankan praktik sesuai dengan kode etik kedokteran dan peraturan perundang-undangan.

Pasal 80

Kewenangan Sub Komite Medik sebagai berikut:

- a. Sub Komite Mutu Profesi Medis berwenang melaksanakan

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

BAB XI

PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN

Bagian Kesatu

Staf Keperawatan

Pasal 81

- (1) Staf Keperawatan merupakan kelompok perawat dan bidan yang bekerja di RSUD Mijen.
- (2) Staf Keperawatan mempunyai tugas memberikan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya Staf Keperawatan di kelompokkan berdasarkan area peminatan dan kompetensi.
- (4) Ketua Kelompok Staf Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 82

- (1) Keanggotaan Staf Keperawatan merupakan Kewenangan Klinis (*clinical privileges*) yang dapat diberikan kepada perawat/bidan yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama atau kepercayaan, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.

Pasal 83

Untuk dapat menjadi Staf Keperawatan di RSUD Mijen maka perawat/bidan harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- a. mengikuti proses seleksi rekrutmen dengan ketentuan peundang-undangan;
- b. memiliki kompetensi yang dibuktikan dengan STR;

- c. mempunyai Surat Izin Kerja Surat Ijin Praktek Perawat (SIPP) bagi perawat;
- d. mempunyai Surat Izin Praktek Bidan (SIPB) bagi bidan;
- e. sehat Jasmani dan rohani; dan
- f. memiliki perilaku dan moral yang baik.

Bagian Kedua

Kewenangan Klinis

Pasal 84

- (1) Pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan di RSUD Mijen hanya boleh dilakukan oleh Staf Keperawatan yang telah diberikan kewenangan klinis melalui proses kredensial.
- (2) Pemberian dan Perubahan Kewenangan Klinis Staf Perawat/bidan ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan melalui proses kredensial/rekredensial.
- (3) Keputusan pemberian dan perubahan kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dalam:
 - a. pedoman kewenangan klinis dari komite keperawatan; dan
 - b. daftar rincian kewenangan klinis staf perawat dan bidan dari komite keperawatan.

Pasal 85

- (1) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (1) akan dievaluasi secara terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan yang telah diberikan dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut secara keseluruhan.
- (2) Kewenangan Klinis yang diberikan kepada Staf Perawat/bidan disesuaikan dengan kategori jenjang klinisnya.

Pasal 86

- (1) Pola Jenjang Karir profesi Perawat terdiri dari empat jenjang karir, dengan setiap jenjang karir tersebut memiliki 5 (lima) level terdiri atas:
 - a. jenjang perawat Klinis (PK);
 - b. jenjang Perawat Manajer (PM);
 - c. jenjang Perawat Pendidik (PP); dan
 - d. jenjang Perawat Peneliti/Riset (PR).
- (2) Jenjang klinis kebidanan terdiri atas:

- a. bidan praktisi 1;
- b. bidan praktisi 2;
- c. bidan praktisi 3;
- d. bidan praktisi 4; dan
- e. bidan praktisi 5.

Pasal 87

- (1) Dalam hal dikehendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka Staf perawat/bidan yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti pendukung berupa sertifikat pelatihan dan/ atau pendidikan dari lembaga yang berwenang.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau tidak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi dari Komite Keperawatan.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang disetujui atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 88

Dalam keadaan tertentu Kewenangan Klinis dapat diberikan kepada Staf perawat/bidan dengan melihat kondisi berupa:

- a. kewenangan Klinis Sementara;
- b. kewenangan Klinis dalam keadaan Darurat; dan
- c. kewenangan Klinis Bersyarat.

Pasal 89

Ketentuan mengenai penjabaran Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 sampai dengan Pasal 88 diatur dalam Buku Putih.

Pasal 90

Penyusunan Buku Putih dilakukan Komite Keperawatan RSUD Mijen dengan melibatkan Mitra Bestari.

Pasal 91

Dalam rangka mendapatkan Kewenangan Klinis, Staf Perawat/bidan mengajukan secara tertulis kepada Komite Keperawatan RSUD Mijen dengan melampirkan persyaratan yang telah ditentukan.

Pasal 92

Komite Keperawatan menugaskan kepada Sub Komite Kredensial untuk melakukan proses kredensial/ rekredensial kepada Staf Perawat/bidan sebagai dasar mengeluarkan rekomendasi Kewenangan Klinis Staf keperawatan/kebidanan.

Pasal 93

Dalam hal proses kredensial telah selesai, maka Sub Komite Kredensial memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Keperawatan.

Pasal 94

Rekomendasi Sub Komite Kredensial dapat berupa:

- a. direkomendasikan diberi kewenangan klinis;
- b. tidak direkomendasikan; dan
- c. direkomendasikan dengan syarat.

Pasal 95

Untuk mendapatkan surat penugasan klinis dari direktur, maka:

- a. Komite Keperawatan merekomendasikan kewenangan klinis Staf Keperawatan kepada Direktur; dan
- b. berdasarkan rekomendasi tersebut, Direktur menetapkan penugasan klinis Staf Keperawatan.

Bagian Ketiga

Penugasan Klinis

Pasal 96

- (1) Penempatan staf perawat/bidan ke salah satu Kelompok Staf Keperawatan berdasarkan Surat Penugasan Klinis dari Direktur rumah sakit atas rekomendasi Komite Keperawatan.
- (2) Perubahan Penugasan Klinis staf perawat/bidan dapat dilakukan oleh Direktur rumah sakit atas rekomendasi Komite Keperawatan.
- (3) Mekanisme sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (2), diatur dalam Pedoman Kredensial dan Re-Kredensial dari Komite Keperawatan berdasarkan:
 - a. pedoman Kewenangan Klinis;
 - b. daftar rincian Kewenangan Klinis Staf Keperawatan;
 - c. pedoman Pembinaan Etika dan Disiplin Profesi Keperawatan; dan

- d. pedoman Penanganan Dugaan Pelanggaran Etika dan Disiplin Profesi Keperawatan.

Pasal 97

Direktur RSUD Mijen mengeluarkan Penugasan Klinis kepada staf perawat/bidan untuk jangka waktu yang diatur di Buku Putih.

Pasal 98

Dalam hal tertentu, Direktur RSUD Mijen berhak mengeluarkan surat pengakhiran Penugasan Klinis kepada staf perawat/bidan atas rekomendasi Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi melalui Komite Keperawatan.

Bagian Keempat

Delegasi Tindakan Medik/ Profesi Lain

Pasal 99

- (1) Tenaga keperawatan berwenang melakukan tindakan medik tertentu/tindakan lain atas dasar delegasi medik/profesi lain.
- (2) Tenaga keperawatan yang berwenang berdasar atas keterampilan/keahlian yang ditentukan melalui proses kredensial.
- (3) Kewenangan klinis tindakan atas delegasi medik/profesi lain diatur dalam pedoman kewenangan klinis.
- (4) Tanggung jawab dan tanggung gugat atas tindakan medik yang didelegasikan kepada tenaga keperawatan tetap melekat pada tenaga medik/profesi lain yang memberikan delegasi.

Bagian Kelima

Komite Keperawatan

Paragraf 1

Pembentukan Komite Keperawatan

Pasal 100

- (1) Dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik, setiap Rumah Sakit harus membentuk Komite Keperawatan
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Pembentukan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Masa kerja Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud

pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 2

Susunan dan Persyaratan Komite Keperawatan

Pasal 101

- (1) Susunan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 100 terdiri atas:
 - a. ketua Komite Keperawatan;
 - b. sekretaris Komite Keperawatan; dan
 - c. sub Komite Keperawatan.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Ketua Komite Keperawatan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan kerumahsakitannya;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

Paragraf 3

Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, dan Kewenangan Komite Keperawatan

Pasal 102

Komite Keperawatan mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. menyusun dan Menetapkan Kebijakan Keperawatan
- b. melakukan Kredensial dan Re-Kredensial Tenaga Keperawatan
- c. memberikan Kewenangan Klinis (Clinical Privilege)
- d. melakukan Pembinaan dan Pengembangan Profesional
- e. melakukan Audit dan Evaluasi Mutu Pelayanan Keperawatan
- f. menangani masalah Etik dan Disiplin Profesi
- g. berperan dalam akreditasi Rumah Sakit
- h. melakukan penelitian dan inovasi keperawatan
- i. melakukan koordinasi dengan unit terkait

Pasal 103

Komite Keperawatan mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. Kredensial, menilai dan memverifikasi kualifikasi, kompetensi, serta rekam jejak tenaga keperawatan untuk memberikan kewenangan klinis;
- b. pemberian Kewenangan Klinis, menentukan ruang lingkup praktik yang boleh dilakukan perawat berdasarkan hasil kredensial dan kebutuhan rumah sakit;
- c. pembinaan profesional, meningkatkan mutu dan profesionalisme tenaga keperawatan melalui pelatihan, supervisi, dan pengembangan kompetensi berkelanjutan;
- d. pemeliharaan etika dan disiplin profesi, mengawasi pelaksanaan etika profesi serta memberikan rekomendasi tindakan jika terjadi pelanggaran;
- e. mutu dan keselamatan pasien, mengembangkan standar pelayanan keperawatan, melakukan audit, serta mengevaluasi praktik keperawatan untuk memastikan pelayanan yang aman dan bermutu; dan
- f. penelitian dan pengembangan keperawatan, mendorong praktik keperawatan berbasis bukti (*evidence-based practice*) dan inovasi dalam pelayanan.

Pasal 104

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

- a. mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- b. pembinaan etik dan disiplin keperawatan dan kebidanan; dan
- c. pengembangan profesi keperawatan dan kebidanan.

Pasal 105

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 4

Rapat Kerja Komite Keperawatan

Pasal 106

- (1) Rapat kerja Komite Keperawatan terdiri atas:
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat bersama Direktur; dan
 - c. rapat darurat.
- (2) Rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit $\frac{2}{3}$ (dua pertiga) dari jumlah Komite Keperawatan.

Pasal 107

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 106 ayat (1) huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (2) Rapat Komite dengan Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 106 ayat (1) huruf b dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (3) Rapat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 106 ayat (1) huruf c dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sangat mendesak.

Pasal 108

- (1) Rapat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 106 dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan.
- (2) Dalam hal Ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat dan kuorum telah tercapai maka Komite Keperawatan dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.

Pasal 109

Setiap rapat dihadiri oleh Direktur dan pihak lain yang ditentukan oleh Komite.

Pasal 110

- (1) Pengambilan keputusan dalam rapat dilaksanakan secara musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, pengambilan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pemungutan suara dalam rapat Staf Keperawatan dan Komite Keperawatan.
- (3) Keputusan Staf Keperawatan dan/atau Komite

sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada suara terbanyak.

- (4) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, ketua dan wakil ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara kedua kalinya.
- (5) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota kelompok Staf Keperawatan dan/atau Komite yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 111

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

Bagian Keenam

Sub Komite Keperawatan

Paragraf 1

Pembentukan Sub Komite Keperawatan

Pasal 112

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

Paragraf 2

Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Kewenangan Sub Komite

Keperawatan

Pasal 113

- (1) Tugas Sub Komite adalah sebagai berikut:
 - a. Sub Komite Kredensial bertugas:
 1. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
 2. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
 3. merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan;
 4. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
 5. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 6. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada kepala/direktur RSUD Mijen.
 - b. Sub Komite Mutu Profesi bertugas:
 1. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 2. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 3. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 4. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi:
 1. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 2. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 3. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 4. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
 5. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), setiap Sub Komite bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.

Pasal 114

- (1) Fungsi Sub Komite Kredensial Keperawatan sebagai berikut:
 - a. mengumpulkan, menilai, dan memverifikasi dokumen kredensial perawat;
 - b. menilai kompetensi dan kualifikasi tenaga keperawatan berdasarkan pendidikan, pelatihan, pengalaman, dan sertifikasi;
 - c. memberikan rekomendasi pemberian atau peninjauan ulang *privileging* kepada perawat;
 - d. melakukan rekredensial secara berkala dan saat diperlukan; dan
 - e. menyusun standar kredensial keperawatan sesuai dengan regulasi dan kebijakan rumah sakit.
- (2) Fungsi Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan sebagai berikut:
 - a. menyusun dan mengimplementasikan indikator mutu profesi keperawatan;
 - b. melakukan audit mutu profesi keperawatan secara berkala;
 - c. menganalisis data mutu dan menyusun rekomendasi perbaikan;
 - d. mengembangkan kegiatan pengembangan profesional berkelanjutan untuk mendukung kompetensi perawat; dan
 - e. memberikan masukan terhadap penyusunan kebijakan dan standar praktik keperawatan.
- (3) Fungsi Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi Keperawatan sebagai berikut:
 - a. menerima, menelaah, dan menindaklanjuti laporan dugaan pelanggaran etik atau disiplin oleh tenaga keperawatan;
 - b. melakukan investigasi internal terhadap kasus etik atau disiplin secara objektif dan profesional;
 - c. memberikan rekomendasi sanksi atau pembinaan sesuai tingkat pelanggaran dan kebijakan rumah

sakit;

- d. menyelenggarakan pendidikan etika profesi keperawatan secara berkala; dan
- e. menjadi mitra pembina dan pengawas dalam menjaga integritas, tanggung jawab, dan perilaku etis tenaga keperawatan.

Pasal 115

- (1) Tanggung jawab Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan sebagai berikut:
 - a. memastikan penerapan standar mutu dalam praktik keperawatan di seluruh unit pelayanan;
 - b. melakukan monitoring dan evaluasi mutu profesi keperawatan secara berkala;
 - c. melaporkan hasil analisis mutu dan rekomendasi tindak lanjut kepada komite keperawatan dan manajemen Rumah Sakit;
 - d. berkolaborasi dengan unit pelatihan atau diklat untuk peningkatan kompetensi perawat; dan
 - e. mendukung akreditasi Rumah Sakit dengan menyediakan data dan laporan mutu profesi keperawatan.
- (2) Tanggung jawab Sub Komite Kredensial Keperawatan sebagai berikut:
 - a. melaksanakan proses kredensial dan rekredensial tenaga keperawatan secara objektif dan terstandar;
 - b. menjamin bahwa perawat yang diberi kewenangan praktik memiliki kompetensi dan legalitas yang sesuai;
 - c. menyusun dan mengembangkan sistem kredensial dan privileging sesuai kebijakan rumah sakit dan regulasi nasional;
 - d. menyimpan dan menjaga kerahasiaan data kredensial tenaga keperawatan; dan
 - e. menyusun laporan pelaksanaan kredensial kepada Komite Keperawatan secara berkala.
- (3) Tanggung jawab Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi Keperawatan sebagai berikut:
 - a. menegakkan prinsip etika dan perilaku profesional tenaga keperawatan di Rumah Sakit;
 - b. menangani kasus pelanggaran etik atau disiplin dengan adil, profesional, dan tidak memihak;

- c. menyusun pedoman dan sosialisasi etika profesi keperawatan;
- d. menjadi mitra konsultatif bagi tenaga keperawatan dalam menghadapi dilema etik; dan
- e. menjaga nama baik profesi keperawatan serta kepercayaan pasien dan masyarakat terhadap layanan keperawatan.

Pasal 116

- (1) Wewenang Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan sebagai berikut:
 - a. menentukan dan mengevaluasi indikator mutu profesi keperawatan;
 - b. melakukan audit internal terkait praktik keperawatan dan penerapan standar prosedur operasional (SPO);
 - c. memberikan rekomendasi perbaikan mutu praktik keperawatan kepada manajemen keperawatan atau unit kerja; dan
 - d. mengakses data dan dokumentasi yang diperlukan untuk analisis mutu.
- (2) Wewenang Sub Komite Kredensial Keperawatan sebagai berikut:
 - a. meminta dan memverifikasi dokumen kredensial tenaga keperawatan;
 - b. menilai kompetensi, kualifikasi, dan rekam jejak tenaga keperawatan untuk pemberian atau peninjauan kewenangan klinis;
 - c. memberikan rekomendasi kepada komite keperawatan tentang pemberian, pembatasan, atau pencabutan kewenangan klinis perawat;
 - d. mengakses data yang berkaitan dengan evaluasi kinerja tenaga keperawatan untuk keperluan kredensial; dan
 - e. menentukan jadwal rekredensial berkala atau sewaktu-waktu jika diperlukan (misalnya: rotasi unit, pelanggaran, promosi jabatan).
- (3) Wewenang Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi Keperawatan sebagai berikut:
 - a. menerima, menelaah, dan menginvestigasi laporan pelanggaran etik atau disiplin profesi keperawatan;
 - b. melakukan klarifikasi dan pemeriksaan terhadap pihak-pihak terkait dalam dugaan pelanggaran etik;
 - c. memberikan rekomendasi sanksi pembinaan,

administratif, atau tindakan lainnya sesuai dengan tingkat pelanggaran;

- d. memberikan pendapat etik terhadap kasus-kasus dilematis dalam praktik keperawatan; dan
- e. menyusun program pembinaan etika dan integritas profesi secara berkala.

BAB XII

PERATURAN INTERNAL TENAGA KESEHATAN LAIN

Bagian Kesatu

Pengelolaan Staf Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 117

- (1) Keanggotaan Staf Tenaga Kesehatan Lain dapat diberikan kepada Psikologi klinis, Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Audiologi, Tenaga Gizi, Fisioterapis, Fisikawan Medik (Bidang Radiodiagnostik dan Bidang Radioterapi), Terapi Wicara, Ahli Teknologi Laboratorium Medik (Patologi Klinik dan Patologi Anatomi), Rafraksionis Optisien, Ortotetik Prostetik, Tenaga Biologi, Radiografer, Radioterapis, Okupasi terapi, Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, Tenaga sanitasi lingkungan, Elektromedis, Tenaga anestesi, Teknisi Gigi dan Teknisi tranfusi darah yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari:
 - a. mengikuti proses seleksi rekrutmen sesuai ketentuan dan aturan yang berlaku;
 - b. memiliki kompetensi yang dibuktikan dengan STR;
 - c. sehat Jasmani dan rohani dibuktikan dengan Surat Sehat dari dokter;
 - d. memiliki perilaku dan moral yang baik;
 - e. mengikuti proses orientasi, magang yang diadakan oleh RSUD Mijen;
 - f. mengikuti proses kredensial dan asesmen kompetensi untuk mendapatkan kewenangan klinis; dan
 - g. setelah tercatat sebagai karyawan di RSUD Mijen, maka rumah sakit memfasilitasi kepengurusan surat ijin kerja.
- (3) Staf Tenaga Kesehatan Lain diangkat dengan Keputusan Direktur berdasarkan pertimbangan dari Komite Tenaga

Kesehatan Lain.

Bagian Kedua

Kewenangan Kerja Klinis

Pasal 118

- (1) Pelayanan dan asuhan kepada pasien di RSUD Mijen hanya boleh dilakukan oleh Staf Tenaga Kesehatan Lain yang telah diberikan kewenangan klinis melalui proses kredensial.
- (2) Pemberian dan Perubahan Kewenangan Kerja Klinis Staf Tenaga Kesehatan Lain ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lain melalui proses kredensial/re-kredensial.
- (3) Keputusan pemberian dan perubahan kewenangan kerja klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dalam:
 - a. pedoman Kewenangan Kerja Klinis dari Komite Tenaga Kesehatan Lain; dan
 - b. daftar rincian Kewenangan Kerja Klinis Staf Tenaga Kesehatan Lain dari Komite Tenaga Kesehatan Lain.

Bagian Ketiga

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Paragraf 1

Pembentukan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 119

- (1) Guna membantu Rumah Sakit dalam meningkatkan profesionalisme Tenaga Kesehatan Lain untuk mengawal mutu layanan kesehatan berbasis keselamatan pasien perlu dibentuk Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki peran strategis dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik dengan mengandalkan kompetensi dan perilaku staf yang merupakan Tenaga Kesehatan Lain di rumah sakit.
- (3) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Pembentukan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Masa kerja Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 2

Susunan dan Persyaratan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 120

- (1) Susunan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 119 terdiri atas:
 - a. ketua merangkap anggota, dijabat oleh orang yang dipilih secara demokratis oleh anggota komite;
 - b. sekretaris merangkap anggota, yang dipilih oleh Ketua Komite; dan
 - c. anggota yang terdiri atas semua Kelompok Staf Medis dan non medis atau yang mewakili.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Ketua Komite harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan kerumahsakitannya;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani dilingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

Paragraf 3

Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, dan Kewenangan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 121

Tugas Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah:

- a. melakukan proses penilaian dan pemberian kewenangan klinis bagi Tenaga Kesehatan Lainnya untuk memberikan pelayanan di RSUD Mijen;
- b. meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan Tenaga Kesehatan Lainnya, termasuk pengembangan kompetensi dan standar pelayanan;
- c. menjaga perilaku profesional, menegakkan kode etik profesi dan mengambil tindakan disiplin jika diperlukan;
- d. menjalin kerjasama yang baik dengan seluruh elemen rumah sakit untuk mencapai tujuan bersama dalam meningkatkan mutu pelayanan;
- e. memfasilitasi pengembangan profesional berkelanjutan bagi Tenaga Kesehatan Lainnya termasuk pelatihan, seminar dan kegiatan lainnya;
- f. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis; dan
- g. memberikan laporan kegiatan kepada Direktur.

Pasal 122

Fungsi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah untuk mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit dengan rincian sebagai berikut:

- a. memastikan bahwa tenaga kesehatan lainnya memiliki kompetensi dan kualitas pelayanan yang tinggi;
- b. melakukan proses verifikasi dan penilaian terhadap kompetensi dan kualifikasi tenaga kesehatan lainnya yang akan bekerja di rumah sakit;
- c. mengawasi dan memantau mutu pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan lainnya, serta melakukan tindakan perbaikan jika diperlukan;
- d. menjaga etika dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya, serta mengambil tindakan yang sesuai jika terjadi pelanggaran;
- e. melaksanakan pembinaan dan pengembangan profesional bagi tenaga kesehatan lainnya;
- f. mengatur kewenangan profesi tenaga kesehatan lainnya berdasarkan kompetensi dan kualifikasi mereka; dan
- g. membantu direktur rumah sakit menyusun standar pelayanan medis dan memantau pelaksanaannya.

Pasal 123

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

- a. kualitas Tenaga Kesehatan lainnya;
- b. mutu pelayanan Tenaga Kesehatan lainnya;
- c. pembinaan etik Tenaga Kesehatan lainnya; dan
- d. pengembangan profesi Tenaga Kesehatan lainnya.

Pasal 124

Wewenang Komite Tenaga Kesehatan lainnya sebagai berikut:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privillage*);
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinik;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit Tenaga

Kesehatan Lain;

- f. memberikan rekomendasi Pendidikan Tenaga Kesehatan Lain berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan; dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 4

Rapat Kerja Komite Tenaga Kesehatan lainnya

Pasal 125

- (1) Rapat kerja Komite Tenaga Kesehatan lainnya terdiri atas:
 - a. rapat rutin,
 - b. rapat darurat.
- (2) Rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit $\frac{2}{3}$ (dua pertiga) dari jumlah Komite.

Pasal 126

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 125 ayat (1) huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (2) Rapat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 125 ayat (1) huruf b dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sangat mendesak.

Pasal 127

- (1) Pengambilan keputusan dalam rapat dilaksanakan secara musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, pengambilan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pemungutan suara (voting) dalam rapat kelompok Tenaga Kesehatan lainnya
- (3) Keputusan Tenaga Kesehatan lainnya dan/atau Komite Tenaga Kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada suara terbanyak.
- (4) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, ketua dan wakil ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara kedua kalinya.
- (5) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota kelompok Tenaga Kesehatan lainnya dan/atau Komite Tenaga Kesehatan lainnya yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 128

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

Bagian Keenam

Sub Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Paragraf 1

Pembentukan Sub Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 129

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

Paragraf 2

Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Kewenangan Sub Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 130

Tugas Sub Komite Tenaga Kesehatan Lainnya secara umum

meliputi:

- a. melakukan pendataan, verifikasi, dan validasi dokumen tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit;
- b. melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap praktik tenaga kesehatan lainnya agar sesuai dengan standar profesi dan regulasi;
- c. menyusun dan menyelenggarakan kegiatan pengembangan kompetensi tenaga kesehatan lainnya;
- d. mendukung proses kredensial dan *privileging* tenaga kesehatan lainnya;
- e. membantu menyusun pedoman, standar operasional prosedur, dan regulasi internal terkait praktik tenaga kesehatan lainnya; dan
- f. menyusun laporan kegiatan kepada Ketua Komite Keperawatan secara berkala.

Pasal 131

Fungsi Sub Komite Tenaga Kesehatan Lainnya secara umum meliputi:

- a. sebagai pelaksana teknis kegiatan pembinaan dan pengawasan profesional bagi tenaga kesehatan lainnya,
- b. sebagai penghubung antara tenaga kesehatan lainnya dan manajemen rumah sakit dalam hal kompetensi, mutu, dan disiplin,
- c. mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu dan sesuai standar akreditasi,
- d. menjadi wadah untuk pengembangan profesional berkelanjutan (*Continuing Professional Development/CPD*) bagi tenaga kesehatan lainnya.

Pasal 132

Tanggung jawab Sub Komite Tenaga Kesehatan Lainnya secara umum meliputi:

- a. memastikan bahwa seluruh tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit telah memiliki kredensial, *privileging*, dan kompetensi yang sesuai;
- b. menjamin pelaksanaan pelayanan oleh tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan standar profesi dan ketentuan hukum;
- c. menjaga mutu dan keselamatan pasien melalui pembinaan tenaga kesehatan lainnya;
- d. menyusun program kerja tahunan dan laporan kinerja sub

- komite kepada komite keperawatan; dan
- e. menjaga kerahasiaan data serta profesionalitas dalam setiap pelaksanaan tugasnya.

Pasal 133

Wewenang Sub Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagai berikut:

- a. mengakses data dan dokumen tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan untuk proses kredensial dan evaluasi;
- b. memberikan rekomendasi terkait kewenangan praktik (*privileging*) tenaga kesehatan lainnya kepada komite keperawatan;
- c. menilai kebutuhan pelatihan dan pendidikan lanjutan bagi tenaga kesehatan lainnya;
- d. memberikan masukan terkait pelaksanaan mutu pelayanan tenaga kesehatan lainnya kepada unit kerja terkait; dan
- e. melakukan supervisi atau evaluasi langsung atas praktik tenaga kesehatan lainnya bila dibutuhkan.

BAB XIII

PENGELOLAAN PEGAWAI

Bagian Kesatu

Kategori Pegawai Rumah Sakit

Pasal 134

- (1) Pegawai RSUD Mijen terdiri atas:
 - a. ASN; dan
 - b. Tenaga Profesional Lainnya.
- (2) Pegawai Tenaga Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi pegawai kontrak dan pegawai mitra.
- (3) Pegawai kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan pegawai dengan perjanjian kerja yang memiliki batas waktu tertentu.
- (4) Pegawai mitra sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan individu yang bergabung sebagai mitra, berkedudukan setara dengan RSUD Mijen, bertanggung jawab secara mandiri, dan tanggung gugatnya dapat dipertanggungjawabkan bersama dengan RSUD Mijen.

Bagian Kedua

Rekrutmen

Pasal 135

- (1) Rekrutmen dilakukan untuk pegawai RSUD Mijen ASN dan Tenaga Profesional Lainnya.
- (2) Rekrutmen pegawai ASN RSUD Mijen dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai pengangkatan pegawai ASN.
- (3) Panduan Proses Penerimaan pegawai Tenaga Profesional Lainnya di RSUD Mijen terdiri atas Penerimaan Pegawai klinis dan non klinis.

Pasal 136

Pedoman proses penerimaan Pegawai klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 135 ayat (3) sebagai berikut:

- a. calon Pegawai klinis mengajukan permohonan kepada Direktur dan melampirkan persyaratan sesuai kebijakan RSUD Mijen;
- b. Kepala Sub Bagian Tata Usaha memanggil calon Pegawai klinis tersebut untuk memberikan tes masuk sesuai kebijakan RSUD Mijen;
- c. setelah menjalani, calon Pegawai klinis akan diberikan perintah menjalankan tugas (SPMT) oleh Kepala Sub Bagian Tata Usaha untuk melakukan orientasi umum dan orientasi khusus, sambil melengkapi persyaratan;
- d. Calon Pegawai klinis melakukan orientasi umum dan khusus ke setiap subbagiannya sesuai waktu yang ditentukan, evaluasi dilakukan oleh KSM setiap dan diserahkan ke Kepala sub bagian Tata Usaha;
- e. Kepala sub bagian Tata Usaha mengajukan surat permintaan kredensial dan calon Pegawai klinis mengajukan kewenangan klinisnya kepada direktur untuk dilakukan kredensial;
- f. setelah dilakukan kredensial diterbitkan surat penugasan klinis (SPK) dan dibuat surat perjanjian kerjasama yang ditandatangani kedua belah pihak yaitu calon Pegawai klinis dan direktur yang dibuat oleh kepegawaian; dan
- g. Direktur kemudian menerbitkan Surat Keputusan tentang Pengangkatan Pegawai klinis dan mengeluarkan surat penugasan klinis (SPK).

Pasal 137

Panduan proses penerimaan Pegawai non klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 135 ayat (3) adalah sebagai berikut:

- a. calon pegawai non klinis mengajukan permohonan kepada Direktur dan melampirkan persyaratan yang sudah ditentukan RSUD Mijen;
- b. penerimaan pegawai non klinis dapat dilakukan dengan

- cara rekrutmen melalui tes dan rekrutmen;
- c. tahapan penerimaan Pegawai non klinis melalui tes dan rekrutmen diatur oleh kebijakan RSUD Mijen yang sudah ditetapkan;
 - d. setelah calon pegawai non klinis melewati tahapan tersebut dan dinyatakan diterima di RSUD Mijen, pegawai tersebut menandatangani Surat Perjanjian Kerja; dan
 - e. selanjutnya calon pegawai non klinis tersebut akan menjalani orientasi umum selama 2 (dua) hari dan menjalani orientasi khusus maksimal selama 1 (satu) bulan.

Bagian Ketiga

Penataan dan Penempatan Ruang

Pasal 138

- (1) Ruang lingkup Pedoman Penataan dan Penempatan Ruang Bagi Pegawai meliputi:
 - a. kompetensi Pegawai yang bersangkutan;
 - b. kekosongan ruang yang ada; dan
 - c. usulan dari Kepala Bidang atau Ruang.
- (2) Untuk tata laksana Penataan dan Penempatan Ruang Bagi Pegawai diatur sesuai kebijakan RSUD Mijen.

Bagian Keempat

Evaluasi Kinerja

Pasal 139

- (1) Untuk ASN akan dievaluasi melalui SKP bulanan, SKP tahunan dan form penilaian pegawai.
- (2) Pegawai tenaga BLUD dan Alih daya akan dievaluasi 1 (satu) tahun sekali melalui SKP, buku catatan perilaku kerja pegawai, dan formulir penilaian evaluasi Staf Klinis.

Bagian Kelima

Masa Kerja Pegawai

Pasal 140

Masa kerja pegawai rumah sakit sebagai berikut:

- a. untuk pegawai ASN sampai memasuki masa pensiun sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. untuk tenaga kontrak yang dikontrak dalam waktu tertentu dan bisa diperpanjang atau diberhentikan sesuai dengan ketentuan disesuaikan; dan
- c. untuk pegawai Mitra yang bekerja sama dalam waktu tertentu dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan

masih memenuhi persyaratan.

Bagian Keenam

Retensi Pegawai

Pasal 141

- (1) Program retensi pegawai RSUD Mijen mengacu pada berbagai kebijakan dan praktik yang mengarahkan pegawai agar bertahan di RSUD Mijen untuk jangka waktu yang lebih lama.
- (2) Tujuan dari retensi pegawai:
 - a. untuk meningkatkan produktivitas kerja pegawai;
 - b. meningkatkan disiplin dan menurunkan absensi karyawan;
 - c. meningkatkan loyalitas dan menurunkan *turn over* karyawan;
 - d. memberikan ketenangan, keamanan, dan kesehatan karyawan;
 - e. meningkatkan kesejahteraan karyawan dan keluarganya;
 - f. memperbaiki kondisi Fisik, mental, dan sikap karyawan;
 - g. mengurangi konflik serta menciptakan suasana yang harmonis; dan
 - h. mengefektikan pengadaan karyawan.
- (3) Untuk tatalaksana proses retensi pegawai telah diatur dalam kebijakan RSUD Mijen yang sudah ditetapkan.

Bagian Ketujuh

Kualifikasi, Pendidikan dan Pengembangan Pegawai

Pasal 142

- (1) Pegawai pada Rumah Sakit harus memiliki keterampilan dan kualifikasi untuk mencapai misi dan memenuhi kebutuhan pasien.
- (2) Direktur melalui bidang terkait mengidentifikasi jumlah dan jenis pegawai yang dibutuhkan berdasarkan rekomendasi dari setiap instalasi.
- (3) Perekrutan, evaluasi, dan pengangkatan pegawai dilakukan melalui proses yang efisien, dan seragam dan melalui proses Kredensial bagi pegawai yang secara langsung terlibat dalam proses pelayanan klinis:
 - a. tenaga medis;
 - b. tenaga perawat; dan

- c. tenaga kesehatan lainnya;
- (4) Pegawai pada Rumah Sakit harus memiliki:
 - a. orientasi terhadap Rumah Sakit; dan
 - b. orientasi terhadap tugas pekerjaan.
- (5) RSUD Mijen menyelenggarakan program kesehatan dan keselamatan pegawai untuk memastikan kondisi kerja yang aman, kesehatan fisik dan mental, produktivitas, kepuasan kerja.
- (6) Penyelenggaraan program sebagaimana dimaksud pada ayat (5) bersifat dinamis, proaktif, dan mencakup hal-hal yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan pegawai ditetapkan oleh kepala Instalasi dan diketahui Direktur.
- (7) Program kerja setiap instalasi dapat meliputi pemeriksaan kesehatan kerja saat rekrutmen, pengendalian kerja yang berbahaya, vaksinasi/imunisasi, cara penanganan pasien yang aman, pegawai dan kondisi umum terkait kerja.
- (8) Kualifikasi dan pendidikan pegawai meliputi:
 - a. perencanaan dan pengelolaan pegawai;
 - b. pendidikan dan pelatihan;
 - c. kesehatan dan keselamatan kerja pegawai;
 - d. tenaga medis;
 - e. tenaga keperawatan; dan
 - f. tenaga kesehatan lain.
- (9) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman dan standar prosedur operasional kualifikasi pendidikan dan pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (8) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedelapan

Pengembangan Pegawai

Pasal 143

Dalam meningkatkan kompetensi dan pengembangan wawasan, keilmuan, pegawai dapat mengikuti pelatihan pendidikan dan penelitian sesuai tugas pokok dan fungsinya.

Pasal 144

RSUD Mijen menyusun dan menetapkan jenjang karir bagi para pegawainya, dan jika ada kekosongan jabatan maka selama ada pegawai yang memenuhi persyaratan jabatan tersebut maka yang bersangkutan akan direkomendasikan

kepada direktur untuk mengisi kekosongan jabatan tersebut.

Bagian Kesembilan

Kompensasi

Pasal 145

- (1) Setiap Pegawai Tenaga Profesional Lainnya diberikan upah setelah melaksanakan tugas yang dibayarkan setiap awal bulan pada bulan berikutnya.
- (2) Selain diberikan upah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pegawai Tenaga Profesional Lainnya dapat diberikan kesejahteraan lain yang disesuaikan dengan kemampuan keuangan RSUD Mijen, berupa:
 - a. tunjangan; dan
 - b. insentif.
- (3) Insentif yang akan diberikan untuk ASN sesuai dengan ketentuan peraturan dan kemampuan keuangan RSUD Mijen.
- (4) Jenis dan besaran pemberian upah dan kesejahteraan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 146

Pemberian upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 145 dilaksanakan berdasarkan standar upah sesuai dengan masa kerja dan jabatan.

Bagian Kesepuluh

Penghargaan

Pasal 147

- (1) Pemberian penghargaan kepada Pegawai RSUD Mijen dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali dan ditetapkan dalam Keputusan direktur RSUD Mijen.
- (2) Penghargaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan berdasarkan penilaian terhadap kinerja pelayanan, sikap kerja dan mutu pelayanan Pegawai Rumah Sakit.
- (3) Pegawai dengan nilai terbanyak di setiap unit/ruang yang akan dipilih sebagai Pegawai terbaik dan mendapatkan penghargaan
- (4) Penghargaan yang diberikan adalah berupa piagam penghargaan, dan/atau pin kehormatan.

Pasal 148

- (1) Sanksi diberikan kepada Pegawai ASN dan Pegawai Tenaga Profesional Lainnya yang terbukti melakukan pelanggaran dalam menjalankan tugas dan fungsinya.
- (2) Pegawai yang terbukti melakukan pelanggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), akan diberikan sanksi berupa:
 - a. teguran lisan;
 - b. teguran tertulis;
 - c. pembinaan;
 - d. pemindahan (mutasi); dan/atau
 - e. pembebasan dari jabatan.
- (3) Sanksi untuk pegawai ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB XIV

KERJA SAMA

Pasal 149

RSUD Mijen dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain, untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan.

Pasal 150

Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 149 dalam bentuk:

- a. kerja sama operasional; dan
- b. kerja sama pemanfaatan barang milik Daerah.

Pasal 151

Kerja sama operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 150 huruf a dilakukan melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan mitra kerja sama dengan menggunakan atau tidak menggunakan barang milik Daerah.

Pasal 152

- (1) Kerja sama operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 150 huruf a dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan operasional RSUD Mijen dan kelancaran pelaksanaan Pelayanan Kesehatan dengan badan hukum/institusi meliputi:
 - a. kerja sama penunjang medis/non medis; dan
 - b. kerja sama pelaksanaan sebagai RSUD Mijen

pendidikan dan pengembangan penelitian.

- (2) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dapat meliputi:
 - a. kontrak untuk pengadaan:
 1. alat laboratorium;
 2. peralatan kedokteran;
 3. peralatan penunjang medis; dan
 4. obat-obatan.
 - b. kontrak pelayanan;
 - c. kontrak sumber daya manusia, pelayanan akuntansi keuangan, kebersihan, kerumahtanggaan seperti petugas keamanan, parkir, makanan, linen/*laundry*, pengolah limbah; dan
 - d. kontrak manajemen lainnya sesuai kebutuhan RSUD Mijen.

Pasal 153

- (1) Kerja sama pemanfaatan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 150 huruf b dilakukan melalui pendayagunaan barang milik Daerah dan/atau optimalisasi barang milik Daerah dengan tidak mengubah status kepemilikan untuk memperoleh pendapatan dan tidak mengurangi kualitas.
- (2) Pemanfaatan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 154

Kerja sama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 149 sampai dengan Pasal 153 dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XV

PENDIDIKAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 155

- (1) Penyelenggaraan pendidikan klinis ke dalam operasional Rumah Sakit memerlukan Komite Koordinasi Pendidikan guna melaksanakan koordinasi terhadap seluruh proses pembelajaran klinik di Rumah Sakit Pendidikan.
- (2) Direktur melaksanakan integrasi operasional Rumah Sakit dan pendidikan klinis bersama institusi pendidikan kedokteran, kedokteran gigi, dan profesi kesehatan lainnya yang didelegasikan kepada organisasi yang mengoordinasi pendidikan klinis.

- (3) Untuk penyelenggaraan pendidikan klinis di Rumah Sakit maka semua pihak harus mendapat informasi lengkap tentang hubungan dan tanggung jawab masing-masing.
- (4) Dalam pelaksanaan fungsi sebagai Rumah Sakit penyelenggara pendidikan klinis, Dewan Pengawas selaku representasi pemilik memberikan persetujuan terhadap keputusan tentang:
 - a. visi-misi;
 - b. Renstra BLUD;
 - c. alokasi sumber daya; dan
 - d. program mutu Rumah Sakit.
- (5) Dalam memberikan persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) Dewan Pengawas selaku representasi pemilik dapat ikut bertanggung jawab terhadap seluruh proses penyelenggaraan pendidikan klinis di Rumah Sakit yang harus konsisten dengan regulasi yang berlaku, visi-misi Rumah Sakit, komitmen pada mutu, keselamatan pasien, serta kebutuhan pasien.
- (6) Rumah Sakit mendapatkan informasi tentang *output* dengan kriteria yang diharapkan dari institusi pendidikan dari pendidikan klinis yang dilaksanakan di Rumah Sakit untuk mengetahui mutu pelayanan dalam penyelenggaraan pendidikan klinis di Rumah Sakit.
- (7) Rumah Sakit menyetujui *output* serta kriteria penilaian pendidikan dan harus dimasukkan dalam perjanjian kerja sama.

BAB XVI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 156

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Semarang
pada tanggal 12 Maret 2026
WALI KOTA SEMARANG,

ttd

AGUSTINA WILUJENG PRAMESTUTI

Diundangkan di Semarang

pada tanggal 12 Maret 2026

Pj. SEKRETARIS DAERAH

KOTA SEMARANG,

ttd

BUDI PRAKOSA

BERITA DAERAH KOTA SEMARANG TAHUN 2026 NOMOR 14

LAMPIRAN I
PERATURAN WALI KOTA SEMARANG
NOMOR 14 TAHUN 2026
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH MIJEN KOTA SEMARANG

LOGO RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MIJEN KOTA SEMARANG



WALI KOTA SEMARANG,

ttd

AGUSTINA WILUJENG PRAMESTUTI

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
SEKRETARIAT DAERAH KOTA SEMARANG



Moh Issamsudin, SH.,S.Sos.,MH
Pembina Tingkat I
NIP. 19680420 199401 1 001

LAMPIRAN II
PERATURAN WALI KOTA SEMARANG
NOMOR 14 TAHUN 2026
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH MIJEN KOTA SEMARANG

BAGAN ORGANISASI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MIJEN



WALI KOTA SEMARANG,

ttd

AGUSTINA WILUJENG PRAMESTUTI

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
SEKRETARIAT DAERAH KOTA SEMARANG



Moh Issamsudin, SH.,S.Sos.,MH
Pembina Tingkat I
NIP. 19680420 199401 1 001