



SALINAN

WALI KOTA BANDUNG

PROVINSI JAWA BARAT
PERATURAN WALI KOTA BANDUNG
NOMOR 37 TAHUN 2026
TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT KHUSUS GIGI DAN MULUT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA BANDUNG,

- Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menyatakan setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit;
- b. bahwa Peraturan Internal Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut telah ditetapkan dengan Peraturan Wali Kota Bandung Nomor 107 Tahun 2022 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Khusus Gigi Dan Mulut, namun dalam pelaksanaannya sudah tidak sesuai dengan perkembangan hukum dan kebutuhan pelayanan kesehatan, sehingga perlu diganti;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut;
- Mengingat : 1. 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);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);

5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2025 tentang Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2025 Nomor 902)
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2026 Nomor 382);
7. Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 1 Tahun 2020 tentang Sistem Kesehatan Daerah (Lembaran Daerah Kota Bandung Tahun 2020 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Kota Bandung Nomor 1);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT KHUSUS GIGI DAN MULUT.

BAB I KETENTUAN UMUM

Bagian Kesatu Pengertian

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kota yang selanjutnya disebut Daerah adalah Daerah Kota Bandung.
2. Pemerintah Daerah adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Bandung.
4. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kota Bandung.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung.
6. Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut yang selanjutnya disebut RSKGM adalah Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut Kota Bandung.
7. Direktur Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut yang selanjutnya disebut Direktur adalah Direktur RSKGM Kota Bandung.
8. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah ketentuan yang disusun dan diberlakukan di lingkungan Rumah Sakit untuk menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik.
9. Peraturan Organisasi Rumah Sakit adalah aturan yang mengatur hubungan pemilik atau yang mewakili dengan Pimpinan Rumah Sakit.
10. Peraturan Internal Staf Medis dan Staf Tenaga Kesehatan adalah aturan mengenai tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit.
11. Dewan Pengawas adalah suatu unit nonstruktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.

12. Satuan Pengawas Internal adalah satuan kerja fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan internal rumah sakit.
13. 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.
14. Jabatan Fungsional adalah sekelompok jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan fungsional yang berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.
15. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
16. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, dokter Subspesialis, Dokter Gigi Spesialis dan Dokter Gigi Subspesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
17. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat menjadi KSM adalah kelompok dokter yang bekerja di bidang Medis dalam jabatan fungsional.
18. Dokter adalah dokter, dokter spesialis dan dokter subspesialis.
19. Dokter gigi adalah dokter gigi, dokter gigi spesialis dan dokter gigi subspesialis.
20. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
21. Terapis Gigi dan Mulut adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan kesehatan gigi, perawat gigi atau terapis gigi dan mulut sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
22. Unit kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
23. Kewenangan klinis adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medik tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis.
24. Penugasan Klinis adalah penugasan Direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medik di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
25. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis.
26. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.

27. Barang Milik Daerah yang selanjutnya disingkat BMD adalah semua barang yang dibeli atau diperoleh atas beban anggaran pendapatan dan belanja daerah atau berasal dari perolehan lainnya yang sah.
28. Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disingkat ASN adalah profesi bagi pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja yang bekerja pada instansi pemerintah.
29. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah warga negara Indonesia yang memenuhi syarat tertentu, diangkat sebagai Pegawai ASN secara tetap oleh pejabat pembina kepegawaian untuk menduduki jabatan pemerintahan.
30. Mitra Bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
31. Pelayanan kesehatan promotif yang selanjutnya disebut promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
32. Pelayanan kesehatan preventif yang selanjutnya disebut Preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
33. Pelayanan kesehatan kuratif yang selanjutnya disebut Kuratif suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
34. Pelayanan kesehatan rehabilitatif yang selanjutnya disebut Rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.
35. Tim Pelayanan Pengaduan adalah tim yang ditetapkan oleh Direktur dalam rangka memenuhi hak pasien terkait menyampaikan keluhan dan/atau pengaduan.
36. Pejabat Pengelola RSKGM yang selanjutnya disebut Pejabat Pengelola adalah pejabat yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional RSKGM yang terdiri dari Direktur RSKGM, Pejabat Keuangan RSKGM dan Pejabat Teknis RSKGM.
37. Tim Penilai Kinerja adalah Tim yang dibentuk oleh Pejabat yang berwenang yang memiliki kewenangan memberikan pertimbangan kepada Pejabat Pembina Kepegawaian dalam bentuk hasil evaluasi untuk kepentingan promosi, mutasi, penilaian kinerja, pemberian penghargaan sampai dengan penjatuhan hukuman Disiplin PNS.
38. Kejadian Luar Biasa yang selanjutnya disingkat KLB adalah meningkatnya kejadian, kesakitan, kematian, dan/atau kedisabilitas akibat penyakit dan masalah Kesehatan yang bermakna secara epidemiologis di suatu daerah pada kurun waktu tertentu.

39. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan tinggi yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan.
40. Kuasa pengguna BMD adalah Direktur RSKGM.

Bagian Kedua Maksud dan Tujuan

Pasal 2

- (1) Maksud dari peraturan internal rumah sakit yaitu sebagai acuan bagi penyusunan, penetapan, dan pelaksanaan seluruh peraturan serta kebijakan internal di lingkungan Rumah Sakit.
- (2) Tujuan dari peraturan internal rumah sakit yaitu untuk menjamin keselarasan antara tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan Rumah Sakit yang efektif, transparan, dan akuntabel.

BAB II PERATURAN ORGANISASI RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu Identitas

Pasal 3

- (1) Identitas RSKGM meliputi:
 - a. nama yaitu Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut Kota Bandung;
 - b. jenis pelayanan yaitu pelayanan kesehatan khusus gigi dan mulut;
 - c. klasifikasi yaitu Rumah Sakit khusus dengan Tipe B;
 - d. status kelembagaan yaitu Unit Organisasi Bersifat Khusus; dan
 - e. kedudukan yaitu di Jalan L.L.R.E. Martadinata No. 45 Kota Bandung.
- (2) RSKGM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kota Bandung.
- (3) Bentuk, makna dan Logo RSKGM tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Pasal 4

- (1) Falsafah RSKGM sebagai berikut:
 - a. nilai kemanusiaan mengandung makna pengakuan bahwa setiap pasien adalah individu yang harus dihormati martabatnya;
 - b. etika dan profesionalitas mengandung makna mengimplementasikan nilai Berakhlak yaitu berorientasi pelayanan, akuntabel, kompeten, harmonis, loyal, adaptif dan kolaboratif;

- c. keadilan dan kesamaan hak mengandung makna pelayanan yang adil dan tanpa diskriminasi bagi setiap pasien;
 - d. keselamatan pasien mengandung makna menempatkan keselamatan dan kesejahteraan pasien sebagai prioritas tertinggi;
 - e. penyelenggaraan pelayanan paripurna mengandung makna komitmen untuk memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif);
 - f. fungsi sosial kewajiban mengandung makna untuk menyelenggarakan pelayanan bagi masyarakat yang kurang mampu;
 - g. komitmen mutu mengandung makna untuk terus-menerus meningkatkan mutu pelayanan secara berkesinambungan; dan
 - h. manfaat mengandung makna tujuan rumah sakit untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi kesehatan masyarakat.
- (2) Visi Pelayanan RSKGM yaitu menjadi Rumah Sakit Rujukan Utama dengan unggulan di bidang Kesehatan Gigi dan Mulut di Jawa Barat.
- (3) Misi pelayanan RSKGM yaitu sebagai berikut:
- a. “Memberikan Pelayanan yang UNGGUL di Bidang Kesehatan gigi dan mulut bagi seluruh lapisan Masyarakat”
 - b. “Mewujudkan rumah sakit yang Terbuka dan Adil bagi seluruh lapisan Masyarakat”
 - c. “Menjalankan Tata Kelola Rumah Sakit yang Amanah, Profesional, dan Bertanggung Jawab”
 - d. “Mewujudkan Rumah Sakit yang Maju dalam penggunaan teknologi Mutakhir”
 - e. “Memberikan pelayanan terbaik dengan membentuk SDM yang Agamis, Moderat, dan Toleran dalam setiap aspek pelayanan”
- (4) Moto RSKGM yaitu Memberikan Pelayanan UTAMA dari Hati.

Bagian Kedua Struktur Organisasi

Pasal 5

- (1) Struktur organisasi RSKGM ditetapkan sebagai berikut:
- a. Dewan Pengawas;
 - b. Direktur;
 - c. Komite Medik;
 - d. Komite Mutu;
 - e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - f. Komite Farmasi dan terapi;
 - g. Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit;
 - h. Komite Terapis Gigi dan Mulut;
 - i. Komite Keperawatan;
 - j. Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya;
 - k. Satuan Pengawas Internal;
 - l. Bidang Pelayanan Kesehatan, membawahkan:
 - 1. Seksi Pelayanan Medik;
 - 2. Seksi Keperawatan.

- m. Bidang Penunjang Kesehatan, membawahkan:
 - 1. Seksi Penunjang Medik;
 - 2. Seksi Penunjang Nonmedik.
 - n. Bagian Tata Usaha, membawahkan:
 - 1. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
 - 2. Sub Bagian Program dan Keuangan.
 - o. Instalasi Rawat Jalan;
 - p. Instalasi Rawat Inap;
 - q. Instalasi Gawat Darurat;
 - r. Instalasi Bedah Mulut;
 - s. Instalasi Laboratorium Kesehatan
 - t. Instalasi Radiologi;
 - u. Instalasi Rekam Medis;
 - v. Instalasi Farmasi;
 - w. Instalasi Laboratorium Teknik Gigi;
 - x. Instalasi prasarana dan sarana rumah sakit;
 - y. Instalasi Sentral Sterilisasi Dan Linen;
 - z. Instalasi Gizi;
 - aa. Instalasi Kesehatan Lingkungan; dan
 - bb. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit.
 - cc. Jabatan Pelaksana dan Kelompok Jabatan Fungsional.
- (2) Bagan Struktur Organisasi internal RSKGM tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Bagian Ketiga Kedudukan RSKGM

Pasal 6

- (1) RSKGM merupakan fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah Daerah dengan karakteristik dan organisasi yang bersifat khusus untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan gigi dan mulut.
- (2) RSKGM dipimpin oleh Direktur yang bertanggungjawab kepada Kepala Dinas yang dilaksanakan melalui penyampaian laporan keuangan, laporan penggunaan dan penatausahaan BMD dan laporan bidang kepegawaian.
- (3) Direktur secara teknis fungsional dan teknis operasional bertanggungjawab kepada Wali Kota melalui Dinas.
- (4) Penyampaian laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) digunakan untuk sinkronisasi pencapaian hasil pembangunan kesehatan Daerah.

Bagian Keempat Wali Kota

Pasal 7

- (1) Wali Kota sebagai pemilik RSKGM bertanggungjawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan RSKGM sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.

- (2) Wali Kota dalam melaksanakan tanggungjawabnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai kewenangan:
- a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan RSKGM dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategisnya;
 - b. menetapkan struktur organisasi RSKGM;
 - c. menunjuk atau menetapkan Direksi RSKGM dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerjanya;
 - d. memberikan arahan kebijakan pada RSKGM;
 - e. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas;
 - f. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
 - g. menyetujui dan mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran melalui pengesahan Dokumen Pelaksanaan Anggaran;
 - h. menyetujui penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan; dan
 - i. menyetujui penyediaan dan dukungan bangunan, alat dan perlengkapan kesehatan.

Bagian Kelima
Dewan Pengawas

Pasal 8

- (1) Wali Kota dapat membentuk Dewan Pengawas.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Wali Kota.
- (3) Dewan Pengawas merupakan Representasi Pemilik.
- (4) Pembentukan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan apabila RSKGM memiliki realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir paling sedikit sebesar Rp30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp. 100.000.000.000 (seratus miliar rupiah) atau nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir paling sedikit sebesar Rp150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp. 500.000.000.000 (lima ratus miliar rupiah).
- (5) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk untuk melakukan pengawasan dan pengendalian internal yang dilaksanakan oleh Pejabat Pengelola.
- (6) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang terdiri dari ketua dan anggota.

Paragraf 1
Fungsi, Tugas dan Wewenang

Pasal 9

- (1) Dewan Pengawas memiliki fungsi paling sedikit:
 - a. melakukan pengawasan terhadap kepatuhan peraturan perundang-undangan;

- b. melakukan pengawasan atas penerapan tata kelola RSKGM dan tata kelola klinis yang baik;
 - c. memberikan persetujuan dan melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan rencana strategis RSKGM;
 - d. memberikan persetujuan perencanaan dan penggunaan anggaran RSKGM; dan
 - e. melakukan tugas lain yang diberikan oleh Wali Kota.
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 10

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1), Dewan Pengawas bertugas:
- a. menentukan arah kebijakan RSKGM;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban RSKGM;
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika RSKGM, etika profesi dan peraturan perundang-undangan;
 - h. memantau perkembangan kegiatan RSKGM;
 - i. menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan RSKGM dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola RSKGM;
 - j. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - k. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - l. memberikan pendapat dan saran kepada Wali Kota mengenai:
 - 1. Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - 2. Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan Rumah Sakit; dan
 - 3. Kinerja RSKGM.
- (2) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) kepada Wali Kota paling sedikit 1 (satu) kali dalam (1) satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- (3) Selain melaporkan pelaksanaan tugas dan fungsinya kepada Wali Kota sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dewan pengawas juga harus melaporkan hasil pengawasan RSKGM ke Kementerian Kesehatan sebanyak 1 (satu) kali dalam setahun dan sewaktu-waktu bila diperlukan.

Pasal 11

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan RSKGM 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 Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSKGM dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan peraturan internal rumah sakit;
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di RSKGM terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan internal rumah sakit;
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun peraturan internal rumah sakit atau dokumen pola tata kelola, untuk ditetapkan oleh Pemilik;
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSKGM;
- g. melakukan monitoring dan evaluasi kinerja pimpinan RSKGM;
- h. menunjuk auditor eksternal; dan
- i. mengusulkan pimpinan RSKGM.

Paragraf 2

Persyaratan, Pengangkatan dan Pemberhentian

Pasal 12

- (1) Anggota Dewan Pengawas terdiri atas unsur:
 - a. pejabat Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
 - b. pejabat Perangkat Daerah yang melaksanakan fungsi penunjang urusan pemerintahan di bidang keuangan daerah; dan
 - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan RSKGM.
- (2) Salah seorang di antara anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (3) Tenaga ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional, perguruan tinggi, organisasi profesi, asosiasi perumahsakit, dan/atau tokoh masyarakat yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan rumah sakit.
- (4) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola diangkat.
- (5) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas harus memenuhi syarat:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - c. memiliki integritas, dedikasi, serta memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah dan masalah yang berkaitan dengan perumahsakit;
 - d. memiliki pengetahuan yang memadai tentang tugas dan fungsi RSKGM;
 - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
 - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;

- h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
- i. tidak sedang menjalani sanksi pidana;
- j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah, atau calon wakil kepala daerah dan/atau calon anggota legislatif;
- k. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana; dan
- l. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit.

Pasal 13

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh 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 RSKGM;
 - d. mengundurkan diri;
 - e. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada RSKGM; dan
 - f. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap.
- (5) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Wali Kota.
- (6) Dalam hal terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (5).
- (7) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (6) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Paragraf 3

Rapat Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas mengadakan rapat secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 3 (tiga) bulan dengan Pejabat Pengelola atau sewaktu-waktu bila diperlukan.

- (2) Bentuk rapat dapat dilakukan secara luring atau secara daring disesuaikan dengan kebutuhan.
- (3) Rapat Dewan Pengawas secara luring sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diadakan di tempat kedudukan RSKGM atau di tempat lain di wilayah Negara Republik Indonesia.
- (4) Dalam hal rapat Dewan Pengawas diadakan di tempat lain sebagaimana dimaksud pada ayat (3), rapat harus mendapatkan persetujuan Direktur.
- (5) Setiap rapat Dewan Pengawas harus dibuatkan risalah rapat yang memuat pendapat yang berkembang dalam rapat, baik pendapat yang mendukung maupun yang tidak mendukung atau pendapat berbeda, keputusan/kesimpulan rapat, serta alasan ketidakhadiran anggota Dewan Pengawas, apabila ada.
- (6) Setiap anggota Dewan Pengawas berhak menerima salinan risalah rapat Dewan Pengawas, baik yang bersangkutan hadir maupun tidak hadir dalam rapat Dewan Pengawas tersebut.
- (7) Risalah asli dari setiap rapat Dewan Pengawas harus disimpan oleh RSKGM dan harus tersedia bila diminta oleh setiap anggota Dewan Pengawas dan Pejabat Pengelola.
- (8) Jumlah rapat Dewan Pengawas dan jumlah kehadiran setiap anggota Dewan Pengawas harus dimuat dalam laporan periodik Dewan Pengawas dan Laporan Tahunan BLUD.

Pasal 15

- (1) Pengambilan keputusan rapat Dewan Pengawas wajib terlebih dahulu dilakukan berdasarkan musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapainya mufakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pengambilan keputusan rapat Dewan Pengawas dilakukan berdasarkan suara terbanyak.
- (3) Segala keputusan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) bersifat mengikat bagi seluruh anggota Dewan Pengawas.

Paragraf 4

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Untuk mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi dewan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 dan pasal 10, Direktur dapat mengangkat seorang sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali.

Pasal 17

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran RSKGM dan dimuat dalam rencana bisnis dan anggaran.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan RSKGM dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keenam
Direktur

Pasal 18

- (1) RSKGM dipimpin oleh seorang Direktur.
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh Wali Kota.
- (3) Tanggung jawab Direktur sebagai berikut:
 - a. mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - b. menjalankan visi dan misi RSKGM yang telah ditetapkan;
 - c. menetapkan kebijakan RSKGM termasuk kebijakan pengendalian antikorupsi antara lain kebijakan *fraud* di lingkungan rumah sakit;
 - d. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
 - e. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
 - f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis dan anggaran kepada representasi pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan;
 - g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat RSKGM yaitu perbaikan yang akan berdampak lurus/menyeluruh di RSKGM yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas RSKGM;
 - h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada representasi pemilik/Dewan Pengawas; dan
 - i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada representasi pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.

Pasal 19

- (1) Direktur mempunyai tugas menyelenggarakan upaya kesehatan gigi dan mulut perorangan tingkat lanjutan dan pelayanan kesehatan selain kekhususannya dengan mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik, yang ditujukan pada upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan.

- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:
- a. penetapan kebijakan penyelenggaraan RSKGM sesuai dengan kewenangannya;
 - b. pelaksanaan kebijakan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan gigi dan mulut Daerah dan pelayanan kesehatan selain kekhususannya;
 - c. penyelenggaraan tugas dan fungsi lingkup pelayanan kesehatan gigi dan mulut daerah dan pelayanan lain selain kekhususannya;
 - d. pelaksanaan administrasi lingkup RSKGM;
 - e. pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi RSKGM; dan
 - f. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Kepala Dinas terkait dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 20

Uraian tugas Direktur sebagai berikut:

- a. merumuskan dan menetapkan rencana strategis, rencana kerja, program kerja, anggaran dan rencana bisnis anggaran serta kinerja RSKGM berdasarkan kebijakan umum Daerah sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- b. membina dan mengarahkan tugas kepada bawahan berdasarkan arah kebijakan umum Wali Kota agar tujuan dan sasaran tercapai secara efektif dan efisien;
- c. merumuskan kebijakan penyelenggaraan RSKGM;
- d. menetapkan pedoman pelaksanaan kegiatan RSKGM;
- e. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja bagian tata usaha, bidang pelayanan kesehatan dan bidang penunjang kesehatan;
- f. mengoordinasikan pelaksanaan kegiatan akreditasi RSKGM;
- g. memimpin dan mengendalikan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan gigi dan mulut serta pelayanan kesehatan lainnya di luar kekhususan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- h. menjamin ketersediaan fasilitas pemeliharaan dan peningkatan kesehatan gigi dan mulut perorangan tingkat lanjutan serta pelayanan kesehatan lainnya di luar kekhususannya sesuai kebutuhan medik;
- i. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- j. menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;
- k. mengoordinasikan penyusunan laporan kinerja pelaksanaan pengelolaan keuangan dan BMD serta bidang kepegawaian RSKGM sebagai pertanggungjawaban kepada Dinas;
- l. melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan tugas; dan
- m. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Wali Kota sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 21

Wewenang Direktur sebagai berikut:

- a. merencanakan pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan, menetapkan dan menyesuaikan prioritas jangka pendek, dan menyusun jadwal penyelesaian pekerjaan;
- b. memberikan pekerjaan kepada bawahan berdasarkan prioritas, tingkat kesulitan dan persyaratan tugas dan kemampuan pegawai;
- c. mengevaluasi kinerja bawahan;
- d. menetapkan standar inovasi dan mutu kinerja pelayanan RSKGM;
- e. mengembangkan standar kinerja;
- f. memberikan saran atau petunjuk kepada pegawai masalah pekerjaan dan administrasi;
- g. mendengarkan dan menyelesaikan pengaduan dari pegawai;
- h. melakukan tindakan disiplin ringan, seperti peringatan dan teguran, memberikan rekomendasi tentang tindakan lain dalam kasus pelanggaran disiplin tingkat sedang atau berat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- i. menetapkan kebijakan dan program pengembangan kompetensi serta pelatihan pegawai; dan
- j. mewawancarai calon pegawai dalam unit kerja, memberikan rekomendasi pengangkatan, promosi atau alih tugas pegawai ASN, serta mengangkat dan memberhentikan pegawai BLUD sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 22

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur sebagai berikut:

- a. Dokter, Dokter Gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakit;
- b. pendidikan minimal S1 Kedokteran/Kedokteran Gigi;
- c. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- d. tidak pernah dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap;
- e. berstatus pegawai negeri sipil dan/atau bukan pegawai negeri sipil;
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit; dan
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus pegawai negeri sipil sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 23

- (1) Dalam hal Direktur berasal dari unsur pegawai negeri sipil, maka yang bersangkutan merupakan Kuasa Pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna BMD.
- (2) Dalam hal Direktur berasal dari unsur bukan pegawai negeri sipil maka yang bersangkutan bukan merupakan Kuasa Pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna BMD.

- (3) Dalam hal Direktur bukan pegawai negeri sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka pejabat keuangan ditunjuk sebagai kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna BMD.

Pasal 24

Direktur dapat diberhentikan karena:

- a. masa jabatan berakhir;
- b. meninggal dunia;
- c. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- d. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
- e. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- f. mengundurkan diri karena alasan yang patut;
- g. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

Pasal 25

- (1) Masa jabatan Direktur yang berasal dari unsur bukan PNS ditetapkan untuk jangka waktu paling lama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Masa jabatan Direktur yang berasal dari unsur PNS disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang ASN.
- (3) Pengangkatan dan pemberhentian Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Wali Kota.

Pasal 26

Hubungan Direktur dengan Dewan Pengawas dan Staf Medis sebagai berikut:

- a. Direktur merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan;
- b. Direktur melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Dewan Pengawas;
- c. Direktur melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan;

Bagian Ketujuh Komite Medik

Pasal 27

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf c merupakan unit nonstruktural yang dibentuk RSKGM oleh Direktur.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.
- (3) Susunan Komite Medik terdiri dari:
 - a. 1 (satu) orang Ketua;
 - b. 1 (satu) orang Sekretaris;

- c. tiga orang ketua subkomite yang terdiri atas:
 - 1. subkomite kredensial;
 - 2. subkomite mutu profesi; dan
 - 3. subkomite etika dan disiplin profesi.
- (4) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di RSKGM.
- (5) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis yang bekerja di RSKGM.
- (6) Komite Medik melaporkan hasil pelaksanaan program kerja setiap 6 (enam) bulan kepada Direktur.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembentukan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Direktur.

Pasal 28

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (1), mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme Staf Medis yang bekerja di RSKGM dengan cara sebagai berikut:
 - a. melakukan Kredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medik di RSKGM;
 - b. memelihara mutu profesi Staf Medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi Staf Medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas Kredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medik di RSKGM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku; dan
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1. kompetensi;
 - 2. kesehatan fisik dan mental;
 - 3. perilaku; dan
 - 4. etika profesi;
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian Kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pelaksanaan audit medis;

- b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan Staf Medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di RSKGM; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 29

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik memiliki wewenang sebagai berikut:

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

Pasal 30

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc*.
- (2) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari Staf Medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Staf Medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, dan/atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Pasal 31

Syarat untuk diangkat menjadi Ketua Komite Medik sebagai berikut:

- a. seorang Staf Medis yang telah bekerja paling sedikit 2 (dua) tahun di RSKGM;
- b. sehat jasmani dan rohani;

- c. memiliki kemampuan teknis dan kompetensi dari hasil Kredensial;
- d. tidak pernah menerima hukuman disiplin;
- e. memperoleh penilaian kinerja baik pada sistem penilaian kinerja pegawai.

Pasal 32

Hubungan Komite Medik dengan Direktur adalah sebagai berikut:

- a. Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik; dan
- b. Komite Medik bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 33

- (1) Komite Medik berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan RSKGM.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Medik dibebankan kepada anggaran RSKGM sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedelapan Komite Mutu

Pasal 34

- (1) Komite Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf d, bertugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen Risiko di Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Komite Mutu memiliki fungsi:
 - a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit;
 - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit;
 - c. pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
 - d. pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
 - e. pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
 - f. fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
 - g. fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
 - h. pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
 - i. koordinasi dan komunikasi dengan Komite Medik dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf;

- j. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;
 - k. pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
 - l. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu; dan
 - m. penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, Komite Mutu memiliki fungsi:
- a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
 - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;
 - c. pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
 - d. pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
 - e. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
 - f. pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
 - g. pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
 - h. pelaksanaan pelatihan manajemen risiko; dan
 - i. penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.
- (4) Komite mutu melaporkan hasil pelaksanaan program kerja setiap 3 (tiga) bulan kepada Direktur.

Pasal 35

Syarat untuk diangkat menjadi Ketua Komite Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (1), sebagai berikut:

- a. seorang Staf Medis/Tenaga kesehatan yang telah bekerja paling sedikit 2 (dua) tahun di RSKGM;
- b. sehat jasmani dan rohani;
- c. memiliki surat tanda registrasi dan surat izin praktek yang berlaku penempatan di RSKGM;
- d. tidak pernah menerima hukuman disiplin;
- e. memperoleh penilaian kinerja baik pada sistem penilaian kinerja pegawai.

Bagian Kesembilan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 36

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf e merupakan organisasi nonstruktural yang mempunyai fungsi utama menjalankan pencegahan dan pengendalian infeksi serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa Tuberkolosis, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan infeksi menular lainnya.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi memiliki tugas:
 - a. menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;

- b. melaksanakan sosialisasi kebijakan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan;
 - c. membuat Standar Prosedur Operasional Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - d. menyusun program Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;
 - e. melakukan investigasi masalah atau KLB;
 - f. memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - h. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
 - i. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia rumah sakit dalam Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - j. melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan;
 - k. berkoordinasi dengan unit terkait lain dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit,
 - 1. tim pengendalian resistensi antimikroba dalam penggunaan antibiotika yang bijak di rumah sakit berdasarkan pola kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarluaskan data resistensi antibiotika;
 - 2. tim kesehatan dan keselamatan kerja untuk menyusun kebijakan; dan
 - 3. tim keselamatan pasien dalam menyusun kebijakan *clinical governance and patients safety*.
 - l. mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit;
 - m. memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI;
 - n. menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
 - o. melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/monitoring surveilans proses;
 - p. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya; dan
 - q. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi melaporkan hasil pelaksanaan program kerja setiap 6 (enam) bulan kepada Direktur
- (3) penetapan, susunan, tugas dan tanggung jawab Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf k diatur lebih lanjut dalam Keputusan Direktur.

- (4) Selain menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi memiliki fungsi:
 - a. bertanggung jawab dan memiliki komitmen terhadap penyelenggaran upaya pencegahan dan pengendalian infeksi; dan
 - b. bertanggung jawab terhadap ketersediaan atas sarana dan prasana yang dibutuhkan.
- (5) Wewenang dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari:
 - a. menjalankan program pencegahan dan pengendalian infeksi; dan
 - b. menentukan sikap pencegahan dan pengendalian infeksi.

Pasal 37

Syarat untuk diangkat menjadi Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36, sebagai berikut:

- a. seorang staf medis dan/atau tenaga kesehatan;
- b. sehat jasmani dan rohani;
- c. pernah mengikuti pelatihan dasar pencegahan dan pengendalian infeksi;
- d. mempunyai pemahaman tentang mikrobiologi klinik, epidemiologi klinik atau penyakit infeksi;
- e. tidak pernah menerima hukuman disiplin; dan
- f. memperoleh penilaian kinerja baik pada sistem penilaian kinerja pegawai.

Bagian Kesepuluh Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 38

- (1) Komite Farmasi dan Terapi merupakan unit kerja dalam memberikan rekomendasi kepada Direktur mengenai kebijakan penggunaan Obat di RSKGM.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai tugas:
 - a. mengembangkan kebijakan tentang penggunaan Obat di Rumah Sakit;
 - b. melakukan seleksi dan evaluasi Obat yang akan masuk dalam formularium Rumah Sakit;
 - c. mengembangkan standar terapi;
 - d. mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan Obat;
 - e. melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan obat yang rasional;
 - f. mengkoordinir penatalaksanaan reaksi obat yang tidak dikehendaki;
 - g. mengkoordinir penatalaksanaan kesalahan medis;
 - h. menyebarluaskan informasi terkait kebijakan penggunaan obat di Rumah Sakit; dan
 - i. Komite Farmasi dan Terapi melaporkan hasil pelaksanaan program kerja setiap 6 (enam) bulan kepada Direktur.

- (3) Selain memiliki tugas sebagaimana ayat (1), Komite Farmasi dan Terapi memiliki fungsi:
 - a. memberikan rekomendasi pada Direktur untuk mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional;
 - b. mengoordinir pembuatan formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika dan lain-lain;
 - c. melaksanakan pendidikan dan mengikuti pelatihan secara internal dan eksternal dalam lingkup pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak yang terkait; dan
 - d. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat dan memberikan umpan balik atas hasil pengkajian tersebut.
- (4) Wewenang dari Komite Farmasi dan Terapi terdiri dari:
 - a. merumuskan dan mengendalikan pelaksanaan semua kebijakan, ketetapan, prosedur, aturan yang berkaitan dengan obat;
 - b. mengadakan, mengembangkan, menetapkan, merevisi formularium; dan
 - c. mengusulkan perubahan kebijakan penggunaan obat dan pelayanan instalasi farmasi rumah sakit.

Pasal 39

Syarat untuk diangkat menjadi Ketua Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 38 ayat (1), sebagai berikut:

- a. seorang Staf Medis atau Apoteker dengan pengalaman dan keahlian di bidang farmakologi klinis;
- b. sehat jasmani dan rohani;
- c. memiliki surat izin praktik/surat izin praktik apoteker/surat tanda registrasi apoteker yang berlaku penempatan di RSKGM;
- d. memiliki sertifikat pelatihan terkait kredensialing dan etik profesi;
- e. tidak pernah menerima hukuman disiplin; dan
- f. memperoleh penilaian kinerja baik pada sistem penilaian kinerja pegawai.

Bagian Kesebelas Komite Etik dan Hukum

Pasal 40

- (1) Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf g, memiliki tugas meningkatkan dan menjaga kepatuhan penerapan etika dan hukum di Rumah Sakit, dengan cara:
 - a. menyusun panduan etik dan perilaku;
 - b. menyusun pedoman etika pelayanan;
 - c. membina penerapan etika pelayanan, etika penyelenggaraan, dan hukum perumahsakitan;
 - d. mengawasi pelaksanaan penerapan etika pelayanan dan etika penyelenggaraan;
 - e. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
 - f. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum;

- g. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di Rumah Sakit;
 - h. memberikan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum; dan
 - i. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia rumah sakit.
- (2) Komite Etik dan Hukum memiliki fungsi:
- a. pengelolaan data dan informasi terkait etika Rumah Sakit;
 - b. pengkajian etika dan hukum perumahsakit, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai-nilai bioetika dan humaniora;
 - c. sosialisasi dan promosi panduan etik dan perilaku dan pedoman etika pelayanan;
 - d. pencegahan penyimpangan panduan etik dan perilaku dan pedoman etika pelayanan;
 - e. monitoring dan evaluasi terhadap penerapan panduan etik dan perilaku dan pedoman etika pelayanan;
 - f. pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan panduan etik dan perilaku dan pedoman etika pelayanan;
 - g. penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait etika pelayanan dan etika penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal Rumah Sakit; dan
 - h. penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud diatas, maka Komite Etik dan Hukum berwenang:
- a. menghadirkan pihak terkait untuk menyelesaikan masalah etik Rumah Sakit;
 - b. melakukan klarifikasi dengan pihak terkait sebagai penyusunan bahan rekomendasi;
 - c. memberikan rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit mengenai sanksi terhadap pelaku pelanggaran panduan etik dan perilaku dan pedoman etika pelayanan;
 - d. dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud Komite Etik dan Hukum dapat membentuk panitia *ad hoc* yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan usulan ketua Komite Etik dan Hukum.
 - e. Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada huruf d dapat berasal dari Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit lain;
 - f. Komite Etik dan Hukum melaporkan kegiatannya secara berkala kepada Direktur Rumah Sakit paling sedikit setiap 6 (enam) bulan atau sewaktu-waktu bila diperlukan; dan
 - g. Komite Etik dan Hukum merupakan unit yang bersifat memberikan kajian, pertimbangan, dan rekomendasi. Kajian, pertimbangan, dan rekomendasi dapat dipergunakan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun perencanaan dan pengambilan keputusan.
- (4) Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit melaporkan hasil pelaksanaan program kerja secara berkala kepada Direktur setiap 6 (enam) bulan atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Pasal 41

Syarat untuk diangkat menjadi Ketua Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (1), sebagai berikut:

- a. seorang Staf Medis yang telah bekerja paling sedikit 2 (dua) tahun;
- b. sehat jasmani dan rohani;
- c. memahami terkait etik dan hukum rumah sakit serta manajemen rumah sakit;
- d. memiliki surat izin praktik/surat tanda registrasi yang berlaku penempatan di RSKGM;
- e. tidak pernah menerima hukuman disiplin;
- f. memperoleh penilaian kinerja baik pada sistem penilaian kinerja pegawai.

Bagian Kedua belas
Komite Terapis Gigi dan Mulut

Pasal 42

- (1) Komite Terapis Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf h, memiliki tugas:
 - a. menyusun dan menetapkan standar asuhan kesehatan gigi dan mulut di RSKGM;
 - b. memantau pelaksanaan asuhan kesehatan gigi dan mulut;
 - c. memantau dan membina perilaku etik dan profesional Terapis Gigi dan Mulut;
 - d. meningkatkan profesional terapis gigi dan mulut melalui peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi;
 - e. bekerjasama dengan Direktur atau bidang keperawatan dalam melaksanakan program kewenangan Terapis Gigi dan Mulut;
 - f. memberikan rekomendasi dalam rangka pemberian kewenangan profesi bagi Terapis Gigi dan Mulut yang akan melakukan asuhan kesehatan gigi dan mulut; dan
 - g. mengoordinir dan menyampaikan laporan kegiatan komite Terapis Gigi dan Mulut kepada seluruh tenaga profesi Terapis Gigi dan Mulut.
- (2) Fungsi dari komite terapis gigi dan mulut terdiri dari:
 - a. menjamin bahwa setiap Terapis Gigi dan Mulut yang bekerja di RSKGM memiliki kompetensi yang sesuai;
 - b. memastikan setiap Terapis Gigi dan Mulut memiliki Surat Penugasan Klinis yang sah;
 - c. melakukan evaluasi berkala terhadap kinerja klinis staf secara individu;
 - d. menyelenggarakan kegiatan ilmiah untuk meningkatkan skill para Terapis Gigi dan Mulut;
 - e. memantau angka kegagalan tindakan atau komplikasi pada pasien;
 - f. menjamin bahwa asuhan kesehatan gigi yang diberikan selalu berbasis bukti terkini;
 - g. menjaga perilaku staf agar tetap sesuai dengan Kode Etik Terapis Gigi dan Mulut;
 - h. menangani kasus pelanggaran disiplin atau keluhan pasien terkait perilaku staf; dan
 - i. melakukan pembinaan mental dan profesionalisme.

- (3) Wewenang dari komite terapis gigi dan mulut terdiri dari:
 - a. memberikan rekomendasi kewenangan klinis berupa menentukan tindakan apa saja yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh seorang Terapis Gigi dan Mulut berdasarkan hasil evaluasi kompetensi; dan
 - b. melakukan audit klinis berupa memeriksa rekam medis dan hasil kerja paska-tindakan untuk memastikan pelayanan sesuai dengan standar profesi.
- (4) Komite Terapis Gigi dan Mulut melaporkan hasil pelaksanaan program kerja secara berkala kepada Direktur setiap 6 (enam) bulan atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Pasal 43

Syarat untuk diangkat menjadi Ketua Komite Terapis Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 ayat (1), sebagai berikut:

- a. seorang terapis gigi dan mulut yang telah bekerja di RSKGM paling sedikit 2 (dua) tahun;
- b. sehat jasmani dan rohani;
- c. memiliki surat tanda registrasi dan surat izin praktik Terapis Gigi dan Mulut yang berlaku penempatan di RSKGM;
- d. memiliki sertifikat pelatihan terkait Kredensialing dan etik profesi;
- e. tidak pernah menerima hukuman disiplin; dan
- f. memperoleh penilaian kinerja baik pada sistem penilaian kinerja pegawai.

Bagian Ketiga belas Komite Keperawatan

Pasal 44

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf i mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di RSKGM dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di RSKGM;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas Kredensial, komite keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit.

- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi, tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.
- (5) 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.
- (6) Komite Keperawatan melaporkan hasil pelaksanaan program kerja secara berkala kepada Direktur setiap 6 (enam) bulan atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Pasal 45

Syarat untuk diangkat menjadi Ketua Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44 ayat (1), sebagai berikut:

- a. seorang perawat yang bekerja di RSKGM paling sedikit 2 (dua) tahun;
- b. sehat jasmani dan rohani;
- c. memiliki surat tanda registrasi perawat dan surat izin praktik perawat yang berlaku penempatan di RSKGM;
- d. memiliki sertifikat pelatihan terkait kredensialing, mutu profesi dan etik profesi;
- e. tidak pernah menerima hukuman disiplin; dan
- f. memperoleh penilaian kinerja baik pada sistem penilaian kinerja pegawai.

Bagian Keempat belas
Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya

Pasal 46

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf j memiliki tugas:
 - a. menyusun rencana program kerja di Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya;
 - b. menyusun kebijakan, pedoman, panduan, Prosedur Operasional Standar yang berkaitan dengan Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya;
 - c. menyusun Standar dan kriteria indikator kinerja/mutu anggota Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - d. menyusun kode etik profesi;
 - e. melakukan Kredensialing dan Rekredensialing bagi Tenaga Kesehatan lainnya sesuai jadwal yang telah ditentukan;
 - f. melakukan Penilaian Kinerja setiap 1 (satu) tahun bagi tenaga kesehatan lainnya;
 - g. melakukan pembinaan etika dan disiplin bagi tenaga kesehatan lainnya;
 - h. melaksanakan pemeriksaan bagi tenaga kesehatan yang diduga melakukan pelanggaran disiplin; dan
 - i. membuat rekomendasi pendisiplinan perilaku professional bagi tenaga kesehatan.
- (2) Fungsi Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya memastikan profesionalisme, mutu, etika dan disiplin tenaga kesehatan selain dokter dan perawat di RSKGM, dengan cara:
 - a. menjaga mutu profesi dengan memastikan standar pelayanan, etik dan disiplin profesi terjaga.
 - b. meningkatkan profesionalisme dengan mempertahankan dan meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan lainnya.
 - c. membina etika dan disiplin dengan menegakan kode etik profesi dan menyelesaikan masalah pelanggaran.
 - d. memberikan rekomendasi kepada Direktur terkait kewenangan klinis, pendidikan berkelanjutan, dan pendampingan.
- (3) Wewenang dari komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya terdiri dari:
 - a. memberikan rekomendasi rincian klinis/kompetensi tenaga kesehatan lainnya; dan
 - b. memberikan rekomendasi rincian perubahan kewenangan klinis/kompetensi tenaga kesehatan lainnya.
- (4) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya melaporkan hasil pelaksanaan program kerja secara berkala kepada Direktur setiap 6 (enam) bulan atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Pasal 47

Syarat untuk diangkat menjadi Ketua Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1), sebagai berikut:

- a. seorang tenaga kesehatan selain terapis gigi dan mulut serta perawat yang telah bekerja di RSKGM paling sedikit 2 (dua) tahun;
- b. sehat jasmani dan rohani;
- c. memiliki surat tanda registrasi dan surat izin praktik yang berlaku penempatan di RSKGM;
- d. tidak pernah menerima hukuman disiplin; dan

- e. memperoleh penilaian kinerja baik pada sistem penilaian kinerja pegawai.

Bagian Kelima belas
Satuan Pengawas Internal

Pasal 48

- (1) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf k berkedudukan langsung dibawah Direktur untuk menyelenggarakan fungsi pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Tugas Satuan Pengawas Internal yaitu membantu manajemen untuk:
 - a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
 - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat.
- (3) Syarat menjadi Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
 - d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
 - e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
 - f. berijazah paling rendah D-3 (Diploma 3);
 - g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;
 - h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;
 - i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
 - j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - k. mempunyai sikap independen dan obyektif.

Bagian Keenam belas
Bidang Pelayanan Kesehatan

Pasal 49

- (1) Bidang Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf l memiliki tugas melaksanakan sebagian tugas Direktur lingkup pelayanan kesehatan meliputi pelayanan medik rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pelayanan keperawatan.
- (2) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan, sebagai berikut:
 - a. pengalaman kerja dalam Jabatan Pengawas atau setara dengan Jabatan eselon IVa paling singkat 3 (tiga) tahun atau pengalaman dalam Jabatan Pengawas eselon IV/a atau IV/b paling rendah secara kumulatif 3 (tiga) tahun;
 - b. memenuhi Standar Kompetensi Administrator setara eselon III/b;

- c. paling rendah pangkat/golongan ruang Penata (III/c), diutamakan memiliki Penata Tingkat I (III/d);
- d. memiliki ijazah pendidikan formal S-1 (strata satu) atau D-4 (diploma-empat);
- e. penilaian kinerja dalam 2 (dua) tahun terakhir paling rendah bernilai baik;
- f. lolos seleksi internal oleh Tim Penilai Kinerja;
- g. masuk kedalam kelompok rencana suksesi yang ditetapkan oleh Pejabat Pembina Kepegawaian;
- h. telah lulus pelatihan kepemimpinan tingkat IV;
- i. lebih diutamakan memiliki sertifikat pengadaan barang/jasa; dan
- j. tidak sedang dijatuhi hukuman disiplin paling rendah tingkat sedang dalam 2 (dua) tahun terakhir.

Paragraf 1

Seksi Pelayanan Medik

Pasal 50

- (1) Seksi Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf 1 angka 1 memiliki tugas melaksanakan sebagian tugas kepala bidang pelayanan lingkup pelayanan medik.
- (2) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Seksi Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf 1 angka 1 sebagai berikut:
 - a. memiliki pengalaman kerja pada Jabatan pelaksana paling singkat 4 (empat) tahun, diutamakan dari Jabatan pelaksana kelas 7 (tujuh);
 - b. untuk PNS mutasi dari luar Pemerintah Daerah memiliki pengalaman kerja di Pemerintah Daerah paling singkat 2 (dua) tahun;
 - c. memenuhi Jabatan Pengawas atau setara dengan Jabatan eselon IV/a;
 - d. paling rendah pangkat/golongan ruang Penata Muda Tingkat I (III/b), diutamakan Penata (III/c);
 - e. diutamakan memiliki Ijazah Pendidikan Formal jenjang Strata 1/Diploma IV;
 - f. penilaian kinerja dalam 2 (dua) tahun terakhir paling rendah bernilai baik;
 - g. lolos seleksi internal oleh Tim Penilai Kinerja;
 - h. termasuk dalam kelompok rencana suksesi yang ditetapkan oleh Pejabat Pembina Kepegawaian;
 - i. lebih diutamakan memiliki sertifikat pengadaan barang/jasa;
 - j. lebih diutamakan memiliki sertifikat pelatihan kepemimpinan tingkat IV; dan
 - k. tidak sedang dijatuhi hukuman disiplin paling rendah tingkat sedang dalam 2 (dua) tahun terakhir.

Paragraf 2

Seksi Keperawatan

Pasal 51

- (1) Seksi Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf 1 angka 2 memiliki tugas kepala bidang pelayanan kesehatan lingkup keperawatan.

- (2) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Seksi Keperawatan sebagai berikut:
- a. memiliki pengalaman kerja pada Jabatan pelaksana paling singkat 4 (empat) tahun, diutamakan dari Jabatan pelaksana kelas 7 (tujuh);
 - b. untuk PNS Mutasi dari luar Pemerintah Daerah Kota memiliki pengalaman kerja di Pemerintah Daerah Kota paling singkat 2 (dua) tahun;
 - c. memenuhi Jabatan Pengawas atau setara dengan Jabatan eselon IV/a;
 - d. paling rendah pangkat/golongan ruang Penata Muda Tingkat I (III/b), diutamakan Penata (III/c);
 - e. diutamakan memiliki Ijazah Pendidikan Formal jenjang Strata 1/Diploma IV;
 - f. penilaian kinerja dalam 2 (dua) tahun terakhir paling rendah bernilai baik;
 - g. lolos seleksi internal oleh Tim Penilai Kinerja;
 - h. termasuk dalam kelompok rencana suksesi yang ditetapkan oleh Pejabat Pembina Kepegawaian;
 - i. lebih diutamakan memiliki sertifikat pengadaan barang/jasa;
 - j. lebih diutamakan memiliki sertifikat pelatihan kepemimpinan tingkat IV; dan
 - k. tidak sedang dijatuhi hukuman disiplin paling rendah tingkat sedang dalam 2 (dua) tahun terakhir.

Bagian Ketujuh Belas
Bidang Penunjang Kesehatan

Pasal 52

- (1) Bidang Penunjang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf m memiliki tugas melaksanakan sebagian tugas direktur lingkup penunjang kesehatan meliputi penunjang medik dan penunjang non medik.
- (2) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Bidang Penunjang Kesehatan, sebagai berikut:
- a. pengalaman kerja dalam Jabatan Pengawas atau setara dengan Jabatan eselon IVa paling singkat 3 (tiga) tahun atau pengalaman dalam Jabatan Pengawas eselon IV/a atau IV/b paling rendah secara kumulatif 3 (tiga) tahun;
 - b. memenuhi Standar Kompetensi Administrator setara eselon III/b;
 - c. paling rendah pangkat/golongan ruang Penata (III/c), diutamakan memiliki Penata Tingkat I (III/d);
 - d. memiliki ijazah pendidikan formal S-1 (strata satu) atau D-4 (diploma-empat);
 - e. penilaian kinerja dalam 2 (dua) tahun terakhir paling rendah bernilai baik;
 - f. lolos seleksi internal oleh Tim Penilai Kinerja;
 - g. masuk kedalam kelompok rencana suksesi yang ditetapkan oleh Pejabat Pembina Kepegawaian;
 - h. telah lulus pelatihan kepemimpinan tingkat IV;
 - i. lebih diutamakan memiliki sertifikat pengadaan barang/jasa; dan
 - j. tidak sedang dijatuhi hukuman disiplin paling rendah tingkat sedang dalam 2 (dua) tahun terakhir.

Paragraf 1
Seksi Penunjang Medik

Pasal 53

- (1) Seksi Penunjang Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf m angka 1 memiliki tugas melaksanakan sebagian tugas kepala bidang penunjang kesehatan lingkup penunjang medik.
- (2) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Seksi Penunjang Medik sebagai berikut:
 - a. memiliki pengalaman kerja pada Jabatan pelaksana paling singkat 4 (empat) tahun, diutamakan dari Jabatan pelaksana kelas 7 (tujuh);
 - b. untuk PNS Mutasi dari luar Pemerintah Daerah memiliki pengalaman kerja di Pemerintah Daerah paling singkat 2 (dua) tahun;
 - c. memenuhi Jabatan Pengawas atau setara dengan Jabatan eselon IV/a;
 - d. paling rendah pangkat/golongan ruang Penata Muda Tingkat I (III/b), diutamakan Penata (III/c);
 - e. diutamakan memiliki Ijazah Pendidikan Formal jenjang Strata 1/Diploma IV;
 - f. penilaian kinerja dalam 2 (dua) tahun terakhir paling rendah bernilai baik;
 - g. lolos seleksi internal oleh Tim Penilai Kinerja;
 - h. termasuk dalam kelompok rencana suksesi yang ditetapkan oleh Pejabat Pembina Kepegawaian;
 - i. lebih diutamakan memiliki sertifikat pengadaan barang/jasa;
 - j. lebih diutamakan memiliki sertifikat pelatihan kepemimpinan tingkat IV; dan
 - k. tidak sedang dijatuhi hukuman disiplin paling rendah tingkat sedang dalam 2 (dua) tahun terakhir.

Paragraf 2
Seksi Penunjang NonMedik

Pasal 54

- (1) Seksi Penunjang NonMedik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf m angka 2 memiliki tugas melaksanakan sebagian tugas kepala bidang penunjang kesehatan lingkup penunjang nonmedik.
- (2) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Seksi Penunjang Non Medik sebagai berikut:
 - a. memiliki pengalaman kerja pada Jabatan pelaksana paling singkat 4 (empat) tahun, diutamakan dari Jabatan pelaksana kelas 7 (tujuh);
 - b. untuk PNS Mutasi dari luar Pemerintah Daerah memiliki pengalaman kerja di Pemerintah Daerah paling singkat 2 (dua) tahun;
 - c. memenuhi Jabatan Pengawas atau setara dengan Jabatan eselon IV/a;
 - d. paling rendah pangkat/golongan ruang Penata Muda Tingkat I (III/b), diutamakan Penata (III/c);
 - e. diutamakan memiliki Ijazah Pendidikan Formal jenjang Strata 1/Diploma IV;

- f. penilaian kinerja dalam 2 (dua) tahun terakhir paling rendah bernilai baik;
- g. lolos seleksi internal oleh Tim Penilai Kinerja;
- h. termasuk dalam kelompok rencana suksesi yang ditetapkan oleh Pejabat Pembina Kepegawaian;
- i. lebih diutamakan memiliki sertifikat pengadaan barang/jasa;
- j. lebih diutamakan memiliki sertifikat pelatihan kepemimpinan tingkat IV; dan
- k. tidak sedang dijatuhi hukuman disiplin paling rendah tingkat sedang dalam 2 (dua) tahun terakhir.

Bagian Kedelapan Belas Bagian Tata Usaha

Pasal 55

- (1) Bagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf n memiliki tugas direktur lingkup kesekretariatan yang meliputi pengelolaan umum dan kepegawaian, pengelolaan keuangan, pengordinasian penyusunan program, pengelolaan data dan informasi serta pengoordinasian tugas-tugas bidang.
- (2) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Bagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf n sebagai berikut:
 - a. pengalaman kerja dalam Jabatan Pengawas atau setara dengan Jabatan eselon IV/a paling singkat 3 (tiga) tahun atau pengalaman dalam Jabatan Pengawas eselon IV/a atau IV/b paling rendah secara kumulatif 3 (tiga) tahun;
 - b. memenuhi Standar Kompetensi Administrator setara eselon III/b;
 - c. paling rendah pangkat/golongan ruang Penata (III/c), diutamakan memiliki Penata Tingkat I (III/d);
 - d. memiliki ijazah pendidikan formal S-1 (strata satu) atau D-4 (Diploma-Empat);
 - e. penilaian kinerja dalam 2 (dua) tahun terakhir paling rendah bernilai baik;
 - f. lolos seleksi internal oleh Tim Penilai Kinerja;
 - g. masuk kedalam kelompok rencana suksesi yang ditetapkan oleh Pejabat Pembina Kepegawaian;
 - h. telah lulus pelatihan kepemimpinan tingkat IV;
 - i. lebih diutamakan memiliki sertifikat pengadaan barang/jasa; dan
 - j. tidak sedang dijatuhi hukuman disiplin paling rendah tingkat sedang dalam 2 (dua) tahun terakhir.

Paragraf 1 Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

Pasal 56

- (1) Sub Bagian Umum dan Kepegawaian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf n angka 1 memiliki tugas melaksanakan sebagian tugas kepala bagian tata usaha lingkup pelayanan administrasi dan kepegawaian.

- (2) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian sebagai berikut:
- a. memiliki pengalaman kerja pada Jabatan pelaksana paling singkat 4 (empat) tahun, diutamakan dari Jabatan pelaksana kelas 7 (tujuh);
 - b. untuk PNS Mutasi dari luar Pemerintah Daerah memiliki pengalaman kerja di Pemerintah Daerah paling singkat 2 (dua) tahun;
 - c. memenuhi Jabatan Pengawas atau setara dengan Jabatan eselon IV.a;
 - d. paling rendah pangkat/golongan ruang Penata Muda Tingkat I (III/b), diutamakan Penata (III/c);
 - e. diutamakan memiliki Ijazah Pendidikan Formal jenjang Strata 1/Diploma IV;
 - f. penilaian kinerja dalam 2 (dua) tahun terakhir paling rendah bernilai baik;
 - g. lolos seleksi internal oleh Tim Penilai Kinerja;
 - h. termasuk dalam kelompok rencana suksesi yang ditetapkan oleh Pejabat Pembina Kepegawaian;
 - i. lebih diutamakan memiliki sertifikat pengadaan barang/jasa;
 - j. lebih diutamakan memiliki sertifikat pelatihan kepemimpinan tingkat IV; dan
 - k. tidak sedang dijatuhi hukuman disiplin paling rendah tingkat sedang dalam 2 (dua) tahun terakhir.

Paragraf 2

Sub Bagian Program dan Keuangan

Pasal 57

- (1) Sub Bagian Program dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf n angka 2 memiliki tugas melaksanakan sebagian tugas kepala bagian tata usaha lingkup program dan keuangan.
- (2) Syarat untuk diangkat menjadi Kepala Sub Bagian Program dan Keuangan sebagai berikut:
- a. memiliki pengalaman kerja pada Jabatan pelaksana paling singkat 4 (empat) tahun, diutamakan dari Jabatan pelaksana kelas 7 (tujuh);
 - b. untuk PNS Mutasi dari luar Pemerintah Daerah Kota memiliki pengalaman kerja di Pemerintah Daerah Kota paling singkat 2 (dua) tahun;
 - c. memenuhi Jabatan Pengawas atau setara dengan Jabatan eselon IV.a;
 - d. paling rendah pangkat/golongan ruang Penata Muda Tingkat I (III/b), diutamakan Penata (III/c);
 - e. diutamakan memiliki Ijazah Pendidikan Formal jenjang Strata 1/Diploma IV;
 - f. penilaian kinerja dalam 2 (dua) tahun terakhir paling rendah bernilai baik;
 - g. lolos seleksi internal oleh Tim Penilai Kinerja;
 - h. termasuk dalam kelompok rencana suksesi yang ditetapkan oleh Pejabat Pembina Kepegawaian;
 - i. lebih diutamakan memiliki sertifikat pengadaan barang/jasa;

- j. lebih diutamakan memiliki sertifikat pelatihan kepemimpinan tingkat IV; dan
- k. tidak sedang dijatuhi hukuman disiplin paling rendah tingkat sedang dalam 2 (dua) tahun terakhir.

Bagian Kesembilan belas
Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Bedah Mulut, Instalasi Laboratorium Kesehatan dan Instalasi Radiologi

Pasal 58

- (1) Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Bedah Mulut, Instalasi Laboratorium Kesehatan, dan Instalasi Radiologi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf o, huruf p, huruf q, huruf r, huruf s, dan huruf t memiliki tugas memberikan dukungan pelayanan yang mencakup rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, bedah mulut, laboratorium kesehatan dan radiologi.
- (2) Syarat untuk menjadi Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:
 - a. Merupakan Staf Medis yang telah bekerja paling sedikit 2 (dua) tahun di RSKGM;
 - b. pendidikan minimal s-1 (strata satu);
 - c. sehat jasmani dan rohani;
 - d. memiliki surat tanda registrasi dan surat izin praktek yang berlaku;
 - e. tidak pernah menerima hukuman disiplin;
 - f. memperoleh penilaian kinerja baik pada sistem penilaian kinerja pegawai.

Bagian Kedua Puluh
Instalasi Rekam Medis, Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium Teknik Gigi, Instalasi Prasarana dan Sarana Rumah Sakit, Instalasi Sentral Sterilisasi dan Linen, Instalasi Gizi, Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit

Pasal 59

- (1) Instalasi Rekam Medis, Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium Teknik Gigi, Instalasi Prasarana dan Sarana Rumah Sakit, Instalasi Sentral Sterilisasi dan Linen, Instalasi Gizi, Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf u, huruf v, huruf w, huruf x, huruf y, huruf z, huruf aa, dan huruf bb memiliki tugas memberikan dukungan pelayanan yang mencakup rekam medis, farmasi, laboratorium Teknik gigi, prasarana dan sarana, sentral sterilisasi dan linen, gizi, kesehatan lingkungan dan promosi kesehatan rumah sakit.
- (2) Syarat untuk menjadi Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:
 - a. merupakan Staf Medis yang telah bekerja paling sedikit 2 (dua) tahun di RSKGM;
 - b. pendidikan minimal D-3 (diploma tiga);
 - c. sehat jasmani dan rohani;
 - d. memiliki Surat Tanda Registrasi yang berlaku;
 - e. tidak pernah menerima hukuman disiplin;

- f. memperoleh penilaian kinerja baik pada sistem penilaian kinerja pegawai.

BAB III MEKANISME PENGAWASAN

Pasal 60

- (1) Dewan Pengawas bertugas mengawasi penyelenggaraan RSKGM dengan melibatkan Komite Mutu, Komite Medik, Satuan Pengawas Internal, dan instalasi prasarana dan sarana rumah sakit.
- (2) Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 3 (tiga) bulan yang dituangkan dalam laporan hasil pengawasan.

BAB IV PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS DAN STAF TENAGA KESEHATAN

Bagian Kesatu Peraturan Internal Staf Medis Paragraf 1 Tugas dan Wewenang Staf Medis

Pasal 61

Tugas Staf medis meliputi:

- a. menegakkan diagnosis, menetapkan rencana perawatan, dan mengevaluasi hasil perawatan pasien;
- b. melakukan tindakan medis sesuai dengan kewenangan klinis yang diberikan;
- c. melakukan koordinasi klinis antarprofesi secara terintegrasi dalam pemberian pelayanan kesehatan di RSKGM; dan
- d. membuat rekam medis secara lengkap, jelas, akurat, dan tepat waktu.

Pasal 62

Fungsi Staf Medis meliputi:

- a. pelaksana pelayanan medik;
- b. pelaksana pendidikan, pelatihan, dan pengembangan profesional berkelanjutan di bidang kesehatan gigi dan mulut; dan
- c. pelaksana penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang pelayanan medik.

Pasal 63

Wewenang Staf Medis sebagai meliputi:

- a. melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan kewenangan klinis yang diberikan oleh Direktur; dan
- b. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi upaya kesehatan promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif.

Paragraf 2
Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis

Pasal 64

- (1) Semua pelayanan medik hanya boleh dilakukan oleh Staf Medis yang telah diberi kewenangan klinis melalui proses Kredensial.
- (2) Setiap staf medis yang melakukan pelayanan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memiliki surat penugasan klinis yang diterbitkan Direktur berdasarkan rekomendasi dari komite medik.
- (3) Penentuan kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, perilaku staf medis, ijazah, sertifikat kompetensi, dan pengalaman klinis.
- (4) Dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinis, maka Komite Medik dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari kolegium terkait.
- (5) Dalam keadaan darurat atau KLB, Direktur dapat memberikan surat penugasan klinis kepada semua Staf Medis untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya tanpa rekomendasi komite medik.

Pasal 65

- (1) Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 dievaluasi secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 3 (tiga) tahun melalui proses rekredensial untuk menentukan kewenangan tersebut dipertahankan, diperluas, dipersempit, atau dicabut.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengajuan, penilaian, penetapan, dan pemberian kewenangan klinis serta rekredensial diatur dengan Peraturan Direktur.

Pasal 66

- (1) Perubahan kewenangan klinis dapat dilakukan apabila Staf Medis yang bersangkutan mengajukan permohonan kepada Direktur dengan melampirkan sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (3) Perubahan kewenangan klinis yang dikabulkan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dituangkan dalam Keputusan Direktur.

Paragraf 3
Kategori Staf Medis

Pasal 67

Kategori Staf Medis yang telah bergabung dengan Rumah Sakit terbagi menjadi:

- a. Staf Medis Organik Yaitu Dokter Gigi/Dokter Gigi Spesialis/Dokter Gigi Subspesialis dan Dokter/Dokter Spesialis/ Dokter Subspesialis yang berstatus ASN dan tenaga profesional lainnya berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama RSKGM serta bertanggung jawab kepada RSKGM.
- b. Staf Medis Mitra yaitu Dokter Gigi/Dokter Gigi Spesialis/Dokter Gigi SubSpesialis dan Dokter/Dokter Spesialis/Dokter SubSpesialis yang bergabung dengan RSKGM sebagai mitra, berkedudukan sejajar dengan RSKGM, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di RSKGM;
- c. Staf Medis Tamu, yaitu Dokter Gigi/Dokter Gigi Spesialis dan Dokter/Dokter Spesialis yang karena reputasi dan/atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh Staf Medis RSKGM atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru; dan
- d. Staf Medis Konsultan adalah dokter spesialis, dokter sub spesialis, dokter gigi spesialis, dokter gigi sub spesialis yang karena keahliannya direkrut oleh RSKGM untuk memberikan konsultasi kepada Staf Medis Fungsional lain yang memerlukan.

Paragraf 4

Masa kerja, pengangkatan dan pengangkatan kembali
Staf Medis

Pasal 68

Masa kerja Staf Medis sebagai berikut:

- a. masa kerja Staf Medis organik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 67 huruf a, mengacu kepada peraturan perundang-undangan; dan
- b. masa kerja Staf Medis mitra sebagaimana dimaksud dalam Pasal 67 huruf b, paling lama 1 (satu) tahun dengan dilakukan tinjauan kinerja setiap 6 (enam) bulan serta dapat diperpanjang sesuai dengan kebutuhan dari RSKGM.

Pasal 69

- (1) Pengangkatan Staf Medis organik dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pengangkatan dan pengangkatan kembali Staf Medis mitra didasarkan pada analisis beban kerja, kebutuhan pelayanan, serta ketersediaan anggaran RSKGM;
- (3) Pengangkatan kembali sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilaksanakan oleh bagian kepegawaian RSKGM sesuai dengan standar operasional prosedur.
- (4) Pengangkatan kembali sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui proses kredensial oleh Komite Medik.

Paragraf 5
Kualifikasi, Hak dan Kewajiban Staf Medis

Pasal 70

Staf Medis memiliki kualifikasi sekurang-kurangnya:

- a. berpendidikan paling rendah pendidikan profesi yang dibuktikan dengan Ijazah Asli;
- b. memiliki Surat Tanda Registrasi;
- c. memiliki kompetensi fisik dan mental yang dibuktikan dengan hasil tes kesehatan;
- d. memiliki surat ijin praktik;
- e. berkelakuan baik yang dibuktikan dengan Surat Keterangan Catatan Kepolisian; dan
- f. bebas dari penyalahgunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya yang dibuktikan dengan Surat keterangan bebas narkotika dan obat-obatan terlarang.

Pasal 71

(1) Staf Medis dalam menjalankan praktik berhak:

- a. mendapatkan perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi, serta kebutuhan kesehatan pasien;
- b. mendapatkan informasi yang lengkap dan benar dari pasien atau keluarganya;
- c. mendapatkan gaji/upah, remunerasi, dan tunjangan kinerja yang layak sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;
- d. mendapatkan perlindungan atas keselamatan, kesehatan kerja, dan keamanan;
- e. mendapatkan jaminan kesehatan dan jaminan ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. mendapatkan perlindungan atas perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai social budaya;
- g. mendapatkan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pengembangan kompetensi, keilmuan, dan karier di bidang keprofesiannya; dan
- i. menolak keinginan pasien atau pihak lain yang bertentangan dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, kode etik, atau ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Staf Medis dapat menghentikan pelayanan kesehatan apabila memperoleh perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f termasuk untuk tindakan kekerasan, pelecehan, dan perundungan.

Pasal 72

Staf Medis dalam menjalankan praktik wajib:

- a. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan pasien;
- b. memperoleh persetujuan dari pasien atau keluarganya atas tindakan medis yang akan diberikan;
- c. menjaga kerahasiaan kesehatan pasien;
- d. membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan kesehatan pasien dan tindakan medis yang dilakukan;
- e. merujuk pasien ke staf medis lain yang mempunyai kompetensi dan kewenangan sesuai dengan kebutuhan pasien;
- f. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medik, dan etika kedokteran;
- g. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik; dan
- h. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan/atau pelatihan berkelanjutan.

Paragraf 6

Pembinaan dan Pelaporan Pelanggaran Hukum Staf Medis

Pasal 73

- (1) Pembinaan Staf Medis dilakukan minimal 6 (enam) bulan sekali atau apabila terdapat masalah yang dilaporkan oleh Kepala KSM atau Kepala Instalasi.
- (2) Pembinaan Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medik.
- (3) Pembinaan sebagaimana dimaksud ayat (1), dilakukan melalui tindakan korektif yang terkait dengan pelaksanaan pemberian kewenangan klinis.
- (4) Tindakan korektif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berupa teguran lisan, surat peringatan, atau hukuman dinas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 74

- (1) Pelaporan dari subkomite etika dan disiplin profesi disampaikan kepada Ketua Komite Medik untuk selanjutnya dilaporkan kepada Direktur.
- (2) Dalam hal terdapat dugaan pelanggaran hukum yang dilakukan oleh Staf Medis, Kepala KSM atau Kepala Instalasi wajib meneruskan dugaan tersebut kepada Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit.
- (3) Apabila dugaan pelanggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bersumber dari pengaduan lisan atau tertulis dari pasien dan/atau keluarga pasien, penanganannya dilakukan oleh Tim Pelayanan Pengaduan Rumah Sakit sesuai dengan standar prosedur operasional yang berlaku.

Paragraf 7
Pengorganisasian Staf Medis

Pasal 75

- (1) Staf Medis dikelompokkan dalam KSM sesuai bidang spesialisasi atau keahliannya.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis paling sedikit terdiri atas 2 (dua) orang Dokter Gigi/Dokter Gigi Spesialis/ Dokter Gigi Subspesialis dan Dokter/ Dokter Spesialis/ Dokter Subspesialis dengan bidang keahlian yang sama.
- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak terpenuhi, dapat dibentuk kelompok Staf Medis yang terdiri atas Dokter Gigi/Dokter Gigi Spesialis dan Dokter/ Dokter Spesialis dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 76

- (1) KSM dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih dari anggota kelompoknya.
- (2) Ketua KSM dapat dijabat oleh Dokter/Dokter gigi.
- (3) Pemilihan Ketua KSM diatur melalui mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dan ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Masa jabatan Ketua KSM adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (5) Ketua KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memiliki tanggung jawab sebagai berikut:
 - a. memberikan rekomendasi kepada Direktur tentang permohonan penempatan Staf Medis baru di RSKGM;
 - b. melakukan evaluasi atas kinerja praktik Staf Medis;
 - c. memberikan rekomendasi kepada Direktur tentang permohonan penempatan kembali Staf Medis baru di RSKGM;
 - d. memberikan kesempatan kepada para Staf Medis Organik untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
 - e. memberikan masukan kepada Direktur terkait tata laksana perawatan pasien;
 - f. memberikan laporan secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Direktur dan/atau Bidang Pelayanan Medik dan Bidang Penunjang tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, dan pelaksanaan program pengembangan staf; dan
 - g. menyusun dan melakukan pemutakhiran standar prosedur operasional klinis.

Pasal 77

Kelompok Staf Medis berkewajiban:

- a. menyusun Standar Operasional Prosedur pelayanan medik, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medik;
- b. menyusun indikator mutu klinis; dan
- c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk setiap anggota.

Paragraf 8
Pelimpahan Wewenang Dokter Ke Perawat

Pasal 78

- (1) Pelimpahan Kewenangan dari Dokter ke Perawat terdiri atas:
 - a. pelimpahan kewenangan secara mandat; dan
 - b. Pelimpahan Kewenangan secara delegasi.
- (2) Pelimpahan Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan:
 - a. kompetensi yang dimiliki oleh penerima kewenangan; dan
 - b. hasil analisis kebutuhan pelayanan.
- (3) Pelimpahan Kewenangan harus dilakukan secara tertulis dari pemberi kewenangan kepada penerima kewenangan.
- (4) Pelimpahan Kewenangan secara mandat sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf a dilakukan dengan ketentuan:
 - a. diberikan kepada Tenaga Kesehatan sesuai dengan kompetensinya;
 - b. berada di bawah pengawasan pemberi mandat;
 - c. tidak termasuk pengambilan keputusan;
 - d. tanggung jawab tetap berada pada pemberi mandat; dan
 - e. penerima mandat harus membuat laporan kepada pemberi mandat.
- (5) Pelimpahan Kewenangan secara delegasi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf b dilakukan dengan ketentuan:
 - a. pemberi delegasi berhalangan;
 - b. diberikan kepada Tenaga Kesehatan tertentu yang terlatih dan memiliki kompetensi sesuai dengan kewenangan klinis yang didelegasikan;
 - c. tanggung jawab beralih sepenuhnya pada penerima delegasi; dan
 - d. penerima delegasi harus membuat laporan kepada pemberi delegasi.
- (6) Pemberi delegasi berhalangan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a diatas, dapat berupa kondisi:
 - a. cuti sesuai ketentuan peraturan perundang undangan;
 - b. tugas kedinasan di dalam maupun luar negeri; dan
 - c. keadaan tertentu lainnya yang memakan waktu 1 (satu) bulan sampai 3 (tiga) bulan.

Paragraf 9
Rapat

Pasal 79

Rapat Staf Medis dilaksanakan setiap 1 (satu) bulan sekali dan rapat Komite Medik dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan sekali atau berdasarkan kebutuhan.

Paragraf 10
Penilaian dan Pengawasan

Pasal 80

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Staf Medis yang memberikan pelayanan medik dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.
- (4) Pengawasan terhadap Staf Medis dilakukan oleh Komite Medik.
- (5) Komite Medik dapat melakukan penelitian apabila Staf Medis melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan.
- (6) Dalam hal hasil penelitian sebagaimana dimaksud pada ayat (5) membuktikan adanya ketidaksesuaian standar pelayanan, Komite Medik memberikan rekomendasi kepada Direktur untuk penjatuhan sanksi administratif.
- (7) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diberikan oleh Direktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (8) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dituangkan dalam Keputusan Direktur.
- (9) Dalam hal Staf Medis keberatan dengan pengenaan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (8) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari kerja sejak diterimanya Keputusan Direktur.
- (10) Terhadap sanggahan sebagaimana dimaksud pada ayat (9), Direktur menyelesaikan secara adil dengan mengundang pihak terkait dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari kerja sejak sanggahan diterima.
- (11) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (10) bersifat final yang dituangkan dalam berita acara.

Paragraf 11
Kerahasiaan dan Informasi Medis

Pasal 81

RSKGM, Dokter dan pasien memiliki hak dan kewajiban terhadap kerahasiaan dan pemberitahuan informasi medis pasien.

Pasal 82

- (1) Hak dan kewajiban RSKGM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 adalah meliputi:
 - a. berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku di rumah sakit;
 - b. berhak memberikan isi rekam medis kepada pihak lain atas ijin pasien secara tertulis;

- c. wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - d. wajib memberikan isi dokumen rekam medis untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Hak dan kewajiban Dokter Gigi/Dokter RSKGM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 meliputi:
- a. berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;
 - b. wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
 - c. wajib menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi, etika hukum dan kedokteran.
- (3) Hak dan kewajiban pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 meliputi:
- a. berhak mengetahui semua peraturan dan ketentuan RSKGM yang mengatur hak, kewajiban, tata tertib dan hal lainnya yang berkaitan dengan pasien
 - b. berhak mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan Dokter, yaitu:
 - 1. diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medis;
 - 2. tujuan tindakan medis;
 - 3. tata-laksana tindakan medis;
 - 4. alternatif tindakan lain jika ada;
 - 5. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 - 6. akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan;
 - 7. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
 - 8. risiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medis.
 - c. berhak meminta konsultasi kepada Dokter terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan Dokter yang merawatnya;
 - d. berhak mengakses, mengoreksi dan mendapatkan isi rekam medis;
 - e. berhak memanfaatkan isi rekam medik untuk kepentingan peradilan; dan
 - f. wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya.

Bagian Kedua
Peraturan Staf Tenaga Kesehatan

Paragraf 1
Jenis Staf Tenaga Kesehatan

Pasal 83

Staf tenaga kesehatan terdiri dari:

- 1. Komite Terapis Gigi dan Mulut; dan
- 2. Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya.

Paragraf 2
Struktur Organisasi Staf Tenaga Kesehatan

Pasal 84

Struktur Organisasi Staf Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada Pasal 82 terdiri dari:

- a. Ketua Komite;
- b. Sekretaris;
- c. Subkomite Kredensial;
- d. Subkomite Mutu; dan
- e. Subkomite etik dan disiplin.

Paragraf 3
Fungsi, Tugas, Kewenangan, Dan Mekanisme
Koordinasi Antar Profesi

Pasal 85

- (1) Fungsi Staf Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83 terdiri dari:
 - a. fungsi Kredensial, memastikan tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit kompeten, memiliki izin praktik yang sah, dan diberikan kewenangan klinis yang sesuai;
 - b. fungsi menjaga disiplin dan etika profesi dengan mengawasi perilaku profesi, membina etika kerja, serta memberikan perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan itu sendiri; dan
 - c. fungsi memelihara mutu profesi agar kualitas pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan selalu terjaga dan terus berkembang mengikuti kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Staf Tenaga Kesehatan memiliki tugas terdiri dari:
 - a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok tenaga kesehatan lainnya berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. menyelenggarakan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku dan etika profesi;
 - c. melakukan evaluasi data pendidikan professional berkelanjutan;
 - d. melakukan wawancara terhadap pemohon kewenangan/kompetensi;
 - e. melakukan penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. melakukan pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis/kompetensi kepada ketua komite tenaga kesehatan profesional lainnya;
 - g. membuat rekomendasi kewenangan klinis/klinis/kompetensi untuk seluruh tenaga kesehatan lainnya kepada Direktur RSKGM;
 - h. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;

- i. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis/kompetensi tenaga kesehatan.
- (3) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, Staf Tenaga Kesehatan memiliki tugas terdiri dari:
- a. melakukan pembinaan etika dan disiplin bagi tenaga kesehatan;
 - b. melaksanakan pemeriksaan bagi tenaga kesehatan yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. membuat rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional bagi tenaga kesehatan;
 - d. memberikan nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan klinis; dan
 - e. memberikan rekomendasi tindakan disiplin profesi atau bahkan pencabutan kewenangan klinis kepada Direktur RSKGM jika ditemukan pelanggaran berat.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, Staf Tenaga Kesehatan memiliki tugas terdiri dari:
- a. melaksanakan audit klinis bagi tenaga kesehatan lainnya;
 - b. melakukan evaluasi data pendidikan profesional berkelanjutan;
 - c. merekomendasikan proses pendampingan bagi tenaga kesehatan lainnya yang membutuhkan; dan
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis/kompetensi tenaga kesehatan.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (3) dan ayat (4), staf tenaga kesehatan memiliki wewenang sebagai berikut:
- a. menolak atau menerima permohonan Kredensial;
 - b. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
 - c. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
 - d. memberikan rekomendasi penolakan/penangguhan/pencabutan kewenangan klinis tertentu;
 - e. memberikan rekomendasi penerbitan Surat Penugasan Klinis;
 - f. melaksanakan audit profesi secara mandiri;
 - g. menyusun indikator kinerja klinis;
 - h. memanggil dan memeriksa staf tenaga kesehatan yang diduga melakukan pelanggaran etik, disiplin dan kelalaian prosedur;
 - i. memberikan rekomendasi rehabilitasi profesi untuk pembinaan staf;
 - j. merumuskan buku putih; dan
 - k. membentuk panitia *ad-hoc*/mitra bestari untuk membantu proses kredensial atau penanganan kasus etik khusus.
- (6) Mekanisme Koordinasi Antar Profesi Staf Tenaga Kesehatan sebagai berikut:
- a. rekonsiliasi kewenangan klinis apabila terdapat tindakan yang abu-abu antar profesi yang dapat memicu kelalaian;
 - b. audit klinis bersama jika terjadi kasus klinis yang kompleks sehingga memicu penurunan mutu pelayanan RSKGM;

- c. penanganan pelanggaran etik dan disiplin terpadu jika staf klinis diduga melakukan pelanggaran multisektoral; dan
- d. monitoring dan evaluasi tahunan kinerja dengan seluruh tenaga kesehatan yang termasuk didalamnya serta memberikan laporan kepada Direktur.

Paragraf 4
Kredensial dan Penugasan Klinis

Pasal 86

- (1) Tata cara Kredensial dan penugasan klinis yaitu Staf Tenaga kesehatan mengajukan permohonan Kredensial secara tertulis kepada Direktur beserta syarat kelengkapan lainnya, yaitu:
 - a. ijazah;
 - b. surat tanda izin registrasi dan surat izin praktik yang masih berlaku;
 - c. bukti pendidikan sertifikasi dan pelatihan yang mendapatkan pengakuan dari organisasi profesi;
 - d. bukti pengalaman dan kompetensi terbaru dan diverifikasi dari sumber serta riwayat kesehatan; dan
 - e. formulir data Rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi.
- (2) Tata Cara Penilaian kredensial dan penugasan klinis sebagai berikut:
 - a. Ketua komite bersama Sub komite Kredensial dan tim Kredensial membuat jadwal Kredensial dan diinformasikan kepada Sub bagian kepegawaian;
 - b. Staf Tenaga Kesehatan mengisi formulir kewenangan klinis sesuai profesi yang sudah ditetapkan;
 - c. Ketua Komite bersama tim Kredensial melakukan proses Kredensial (portofolio dan wawancara) kepada peserta Kredensial, pada waktu dan tempat yang telah ditetapkan/dijadwalkan.
- (3) Tata Cara Penetapan dan Pemberian Kewenangan Klinis pada Kredensial dan penugasan klinis sebagai berikut:
 - a. Hasil proses kredensial dibahas bersama oleh komite bersama tim kredensial, yang kemudian dibuat laporan secara tertulis kepada kepada Direktur; dan
 - b. Direktur menerbitkan Surat Penugasan Klinis/Kompetensi beserta Rincian Kewenangan Klinis/Kompetensi.

Paragraf 5
Pemeliharaan Mutu Profesi

Pasal 87

- (1) Mekanisme audit klinis staf tenaga kesehatan dilakukan dengan cara:
 - a. menentukan kriteria untuk memperbaiki masalah serta menilai pelaksanaan perbaikan;
 - b. menganalisa data yang terkumpul untuk melihat kesenjangan;
 - c. menetapkan rencana perbaikan;
 - d. monitoring hasil perbaikan; dan

- e. Subkomite mutu tenaga kesehatan lainnya membuat laporan tertulis kepada Ketua Komite untuk seterusnya disampaikan pada Direktur sebagai bahan pertimbangan kebijakan lebih lanjut.
- (2) Mekanisme supervisi dilakukan dengan cara:
 - a. pendampingan dilakukan secara langsung dengan mengamati proses pelayanan; dan
 - b. memberikan laporan secara langsung jika ditemukan kelalaian di lapangan tanpa budaya menyalahkan dilanjutkan dengan diskusi reflektif.
- (3) Mekanisme Evaluasi Kinerja dan Pelaporan Hasil Pelayanan dilakukan secara berkelanjutan mengenai penilaian praktik tenaga kesehatan lainnya secara professional yang didalamnya terdapat unsur perilaku, pengembangan profesi serta pemenuhan uraian tugas.

Paragraf 6 Etika dan disiplin

Pasal 88

- (1) Norma Perilaku Profesional memiliki aspek etika dan disiplin sebagai berikut:
 - a. Aspek etika profesi mencakup nilai moral kemanusiaan seperti menjaga kerahasiaan medis pasien, menghormati hak-hak pasien, bersikap adil, serta tidak melakukan hal-hal yang merugikan bagi pasien; dan
 - b. Aspek disiplin profesi berfokus pada kepatuhan operasional klinis seperti bekerja sesuai dengan Rincian Kewenangan Klinis kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur, menolak pemberian pelayanan yang tidak sesuai kompetensi (kecuali darurat), dan melakukan dokumentasi asuhan secara jujur, akurat dan tepat waktu.
- (2) Mekanisme Pembinaan dapat dilakukan dengan tindakan preventif dan edukatif, diantaranya:
 - a. sosialisasi dan edukasi berkala pada saat kegiatan orientasi karyawan;
 - b. penyusunan panduan perilaku berbasis kode etik setiap profesi dalam sebuah buku putih; dan
 - c. melaksanakan konseling sejawat jika ditemukan tanda-tanda penyimpangan norma atau perilaku.
- (3) Tata Cara Penegakkan Disiplin Terhadap Pelanggaran Etika dan Disiplin Profesi sebagai berikut:
 - a. menerima pengaduan dan mengidentifikasi sumber laporan kejadian pelanggaran etik dan disiplin di dalam rumah sakit;
 - b. melakukan telaah berdasarkan azas praduga tak bersalah melalui sidang pemeriksaan tertutup dan rahasia;
 - c. membuat keputusan dengan menyatakan terduga bersalah atau tidak bersalah, kesalahan yang dilakukan termasuk kategori ringan, sedang atau berat; dan
 - d. membuat rekomendasi tindak lanjut yang ditujukan ke Komite Etik dan Hukum.

Paragraf 7 Pengembangan Profesi

Pasal 89

Dalam melaksanakan fungsi pengembangan profesi untuk Staf Tenaga Kesehatan, berkoordinasi dengan Bagian Kepegawaian RSKGM melalui:

- a. pengajuan pengembangan profesi berdasarkan permintaan dari Staf Tenaga Kesehatan maupun analisis kebutuhan pelatihan hasil audit klinis atau supervisi harian;
- b. membuat rekomendasi pengembangan profesi dan kebutuhan anggaran kepada Direktur; dan
- c. pengawasan terhadap Satuan Kredit Profesi Staf Tenaga Kesehatan.

BAB V PERUBAHAN DAN PENINJAUAN ULANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Pasal 90

- (1) Direktur berwenang mengajukan usulan perubahan dan perbaikan Peraturan Internal RSKGM.
- (2) Usulan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah Kota Bandung.
- (3) Peninjauan ulang terhadap Peraturan Internal RSKGM dilakukan paling sedikit 3 (tiga) tahun atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.

BAB VI KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 91

Pada saat Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku, seluruh tata kelola klinis dan operasional pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang belum diatur secara teknis dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026, tetap dilaksanakan berdasarkan standard pelayanan yang berlaku saat ini dan wajib disesuaikan paling lama 2 (dua) tahun terhitung sejak Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 diundangkan.

BAB VII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 92

Pada saat Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku, Peraturan Wali Kota Bandung Nomor 107 Tahun 2022 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Gigi dan Mulut (Berita Daerah Kota Bandung Tahun 2022 Nomor 108), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 93

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 Bandung.

Ditetapkan di Bandung
pada tanggal 18 Agustus 2026
WALI KOTA BANDUNG,

ttd.

MUHAMMAD FARHAN

Diundangkan di Bandung
pada tanggal 18 Agustus 2026
SEKRETARIS DAERAH KOTA BANDUNG,

ttd.

ISKANDAR ZULKARNAIN

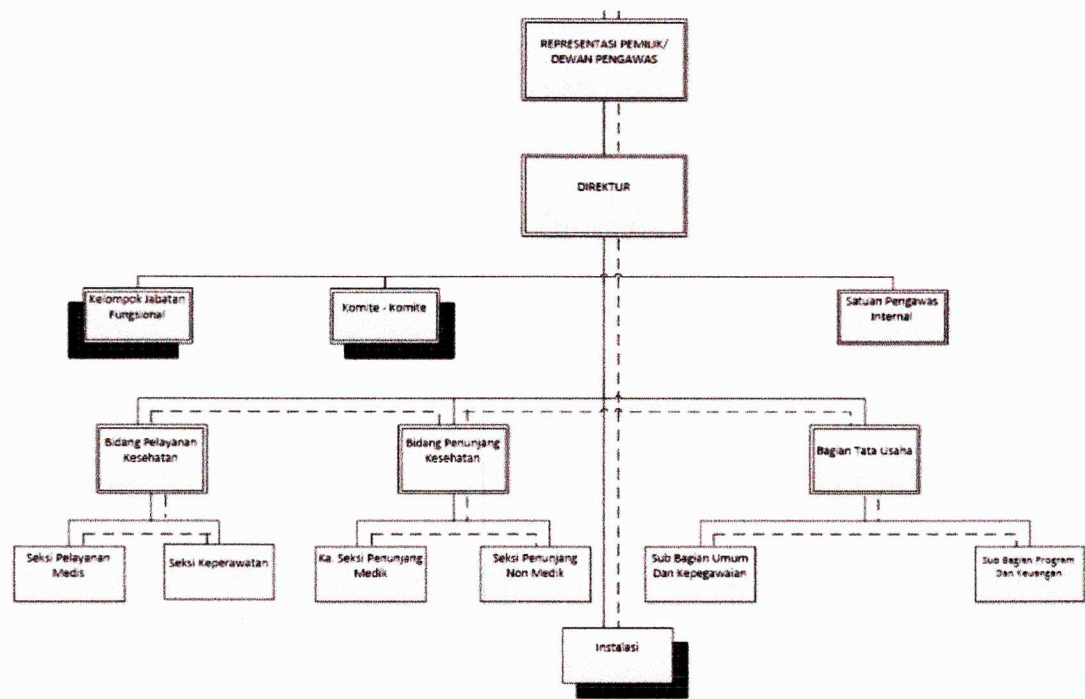
BERITA DAERAH KOTA BANDUNG TAHUN 2026 NOMOR 37

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
PADA SEKRETARIAT DAERAH KOTA BANDUNG,



LAMPIRAN
PERATURAN WALI KOTA BANDUNG
NOMOR 37 TAHUN 2026
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
KHUSUS GIGI DAN MULUT

A. Bagan Struktur Organisasi Internal Rumah Sakit Khusus Gigi Dan Mulut



B. Bentuk dan Makna Warna Logo Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut

a. Logo rumah sakit yaitu sebagai berikut:



b. Makna logo RSKGM yaitu merangkul masyarakat untuk selalu menjaga, memperhatikan dan selalu menyayangi kesehatan gigi dan mulut serta ramah dalam melayani setiap pasien sehingga RSKGM dapat menjadi Rumah Sakit yang unggul dibidang Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut yang bermutu.

WALI KOTA BANDUNG,

ttd.

MUHAMMAD FARHAN

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
PADA SEKRETARIAT DAERAH KOTA BANDUNG,



SANTOSA LUKMAN ARIEF, S.H.
Pembina
NIP. 19760604 200604 1 002