

**BERITA DAERAH  
KOTA BEKASI**



**NOMOR : 130**

**2019**

**SERI : E**

---

**PERATURAN WALI KOTA BEKASI  
NOMOR 130 TAHUN 2019  
TENTANG  
PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*)  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. CHASBULLAH ABDULMADJID  
KOTA BEKASI**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**WALI KOTA BEKASI,**

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pelaksanaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi maka diperlukan pedoman dalam melaksanakan peran dan fungsi Pemilik, Pengelola dan Komite Medik;
- b. berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu ditetapkan Peraturan Wali Kota Bekasi tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1996 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Bekasi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3663);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5340);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 755);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1053);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1221);
12. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 95 tahun 2016 tentang Dewan Pengawas pada Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 913);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 857);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1799);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
17. Pasal 2 Huruf g Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 05 Tahun 2008 tentang Lembaga Teknis Daerah Kota Bekasi (Lembaran Daerah Kota Bekasi Tahun 2008 Nomor 5 Seri D) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 09 Tahun 2014 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 05 Tahun 2008 tentang Lembaga Teknis Daerah Kota Bekasi (Lembaran Daerah Kota Bekasi Tahun 2014 Nomor 9 Seri D).

- Memperhatikan :
1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
  2. Berita acara rapat penyusunan Peraturan Wali Kota tentang Peraturan Internal (*Hospital by Law*) RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid, Nomor : 180/2258.A-RSUD/VII/2019, tanggal 8 Juli 2019.

## MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. CHASBULLAH ABDULMADJID KOTA BEKASI.

### BAB I KETENTUAN UMUM

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah Kota adalah Daerah Kota Bekasi.
2. Pemerintah Daerah Kota adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Bekasi.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kota Bekasi.
5. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Chasbullah Abdulmadjid yang selanjutnya disebut RSUD CAM adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi.
6. Direktur adalah Direktur RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi.
7. Direksi adalah Direktur, Wakil Direktur Umum dan Keuangan dan Wakil Direktur Pelayanan Medik yang berwenang dan bertanggungjawab terhadap kinerja operasional RSUD CAM.
8. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
9. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
10. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate by Laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.
11. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical staff by Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.

12. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh Perangkat Daerah atau unit pelaksana teknis dinas/badan daerah yang memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
13. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
14. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi Medis.
15. Komite Keperawatan adalah perangkat rumah sakit yang bertugas membantu Direktur dalam menetapkan *Nurse By Laws* menuju *good nursing governance*.
16. Komite Etik dan Hukum adalah perangkat rumah sakit yang dibentuk dalam rangka membantu pimpinan rumah sakit menerapkan Kode Etik dan Hukum di Rumah Sakit.
17. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah perangkat rumah sakit yang bertugas membantu Direktur dalam menetapkan *Staff By Laws* menuju *good performance governance*.
18. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disebut Komite PPI adalah perangkat rumah sakit yang bertujuan mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
19. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah perangkat rumah sakit yang bertujuan meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien yang menjangkau ke seluruh unit kerja rumah sakit.
20. Komite Farmasi dan Terapi adalah perangkat rumah sakit yang memiliki kewenangan dalam menentukan kebijakan penggunaan obat yang rasional sesuai dengan panduan penatalaksanaan klinis.
21. Medikolegal adalah bentuk pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga medis dengan menggunakan ilmu dan teknologi kedokteran atas dasar kewenangan yang dimiliki untuk kepentingan Hukum dan peraturan yang berlaku.
22. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah non-struktural yang bertugas melaksanakan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis Yang Sehat.

23. Staf Medis adalah Dokter Umum, Dokter Gigi Umum, Dokter Spesialis, dan Dokter Gigi Spesialis, yang bekerja di bidang Medis dalam jabatan fungsional, melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan, pendidikan dan penelitian secara penuh waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku.
24. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
25. Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
26. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
27. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
28. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
29. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang Aparatur Sipil Negara (ASN) dan/atau Non ASN dalam suatu satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian atau keterampilan tertentu.
30. Instalasi merupakan fasilitas atau sarana tempat penyelenggaraan kegiatan pelayanan profesi dan pelayanan penunjangnya, kegiatan penelitian dan pengembangan, kegiatan pada pelatihan serta kegiatan pemeliharaan sarana rumah sakit, tempat penyelenggaraan upaya kuratif dan rehabilitatif, terdiri dari satuan-satuan pelaksana Instalasi Fungsional.
31. Sistem Pelayanan Kesehatan (Health Care System) yang merupakan bagian dari sistem kesehatan adalah upaya peningkatan derajat kesehatan, yang terdiri dari upaya pelayanan kesehatan perorangan (Personal Health Care) dalam beberapa literatur disebut Medical Care dan upaya pelayanan kesehatan masyarakat (Public Health Care).
32. Upaya pelayanan kesehatan perorangan di rumah sakit yang merupakan pelayanan profesi oleh tenaga profesional kesehatan, terdiri dari pelayanan kedokteran, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan penunjang medik dan pelayanan rujukan yang mengacu pada paradigma sehat.

33. Pelayanan Penunjang Medik yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan perorangan di Rumah Sakit, terdiri dari pelayanan kefarmasian, pelayanan gizi, pelayanan diagnostik laboratorium, pelayanan pencitraan diagnostik (Diagnostic Imaging) dan pelayanan non medik pendukung, pelayanan kedokteran dan pelayanan keperawatan.
34. Paradigma sehat dalam upaya pelayanan kesehatan perorangan di rumah sakit adalah cara pandang bahwa upaya preventif dan promotive pada masyarakat pengguna rumah sakit merupakan unsur sangat penting dalam menunjang efektifitas pada anggota masyarakat pengguna rumah sakit yang menderita sakit.
35. Penyelenggaraan Pelayanan Profesi adalah kegiatan perencanaan, implementasi dan evaluasi pelayanan yang didasari kaidah dan etika profesi.
36. Penyelenggara Pelayanan Profesi yang disebut tenaga/staf fungsional adalah tenaga profesional yang menekuni salah satu jenis profesi secara penuh waktu, yang menyelenggarakan pelayanan profesi dengan atau tanpa menyelenggarakan pendidikan/penelitian terkait dalam jabatan fungsional.
37. Penyelenggaraan Administrasi Pelayanan Profesi adalah kegiatan perencanaan, implementasi dan evaluasi administrasi pelayanan yang didasari oleh kaidah dan etika manajemen yang mendukung terselenggaranya pelayanan profesi.
38. Penyelenggara Administrasi Pelayanan Profesi yang terdiri dari tenaga/staf struktural dan tenaga pelaksana administrasi adalah staf struktural dan tenaga pelaksana yang menyelenggarakan administrasi pelayanan profesi dengan atau tanpa menyelenggarakan administrasi pendidikan/penelitian terkait staf struktural menyelenggarakan kegiatan tersebut dalam jabatan struktural sesuai dengan hierarki struktural organisasi RSUD CAM yang ditetapkan oleh Wali Kota.
39. Keadaan Darurat dalam Pelayanan Profesi di Rumah Sakit adalah Keadaan yang bila tidak diatasi segera akan menyebabkan kematian, kesakitan dan atau kecacatan pasien atau menyebabkan terganggunya pelayanan terhadap pasien.
40. Kegiatan Pelayanan Profesi di Rumah Sakit dari kegiatan (upaya) pengobatan atau penyembuhan penyakit (kuratif), pemulihan kesehatan (rehabilitatif, pencegahan penyakit (preventif) dan promosi kesehatan (promotif).
41. Kegiatan Penelitian dalam Pelayanan Profesi adalah kegiatan meneliti untuk peningkatan dan pengembangan pelayanan profesi yang baik.
42. Upaya penyembuhan/pengobatan dan pemulihan, diselenggarakan oleh berbagai disiplin staf fungsional dalam suatu tim, dimana staf medik fungsional berperan sebagai koordinator dan penanggung jawab tim (*Captain Of The Ship*).

## BAB II IDENTITAS

### Bagian Kesatu Nama dan Kedudukan Rumah Sakit

#### Pasal 2

Nama Rumah Sakit ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi, beralamat di Jalan Pramuka Nomor 55 Bekasi, Telepon : 021 8841005, Fax : 021 8853731, Website : [www.rsud.bekasikota.go.id](http://www.rsud.bekasikota.go.id).

#### Pasal 3

RSUD CAM merupakan rumah sakit Kelas B non pendidikan, milik Pemerintah Daerah Kota Bekasi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan merupakan unsur pendukung atas tugas Wali Kota di bidang pelayanan kesehatan.

#### Pasal 4

RSUD CAM adalah Lembaga Teknis Daerah (LTD) yang dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah dan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).

### Bagian Kedua Visi dan Misi

#### Pasal 5

- (1) Visi RSUD CAM adalah "Terdepan Dalam Pelayanan Secara Paripurna Menuju Masyarakat Sehat dan Mandiri".
- (2) Misi RSUD CAM adalah :
  - a. Kami adalah rumah sakit umum daerah yang melayani dengan hati;
  - b. kami memberikan pelayanan terintergrasi berbasis teknologi modern;
  - c. kami menjamin kualitas layanan dengan mengutamakan kepuasan pelanggan;
  - d. kami berjuang mewujudkan kualitas hidup seimbang secara fisik, emosional dan spiritual.

### Bagian Ketiga Falsafah, Nilai-Nilai, Motto

#### Pasal 6

- (1) Falsafah RSUD CAM adalah "Menjunjung Tinggi Profesionalisme".

- (2) Nilai-nilai yang dimiliki RSUD CAM adalah :
  - a. Rumah Sakit menjunjung tinggi nilai-nilai kejujuran dan integritas;
  - b. Rumah Sakit berkomitmen tinggi untuk keselamatan dan keamanan pasien, keluarga dan staf.
- (3) Motto RSUD CAM adalah Ramah, Sigap, Unggul, dan Dipercaya.

Bagian Keempat  
Asas dan Tujuan Rumah Sakit

Pasal 7

RSUD CAM berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Pasal 8

Tujuan RSUD CAM adalah sebagai berikut :

- a. ketersediaan sarana dan prasarana yang representative;
- b. pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel;
- c. produk dan jasa kompetitif;
- d. sumber daya manusia yang profesional dan berkomitmen;
- e. proses yang produktif dan *cost effectiveness*;
- f. peningkatan derajat kesehatan masyarakat;
- g. pelayanan berdasarkan *basic research*.

BAB III  
TATA KELOLA

Pasal 9

Pelaksanaan Tata Kelola RSUD CAM didasarkan pada Struktur Organisasi, Standar Prosedur Operasional, Standar Pelayanan Minimal, pengelompokan fungsi yang logis dan Pengelolaan Sumber daya Manusia dengan prinsip Transparansi, Akuntabilitas, Responsibilitas dan Independensi.

Pasal 10

RSUD CAM merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang diselenggarakan berdasarkan pengelolaan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IV  
PEJABAT PENGELOLA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 11

- (1) Pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit secara keseluruhan dilakukan oleh Direksi.

- (2) Direksi pada RSUD CAM berjumlah 3 (tiga) orang yang terdiri dari 1 (satu) Direktur dan 2 (dua) Wakil Direktur.
- (3) Direktur bertanggung jawab kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah.
- (4) Wakil Direktur sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) terdiri dari Wakil Direktur Umum dan Keuangan dan Wakil Direktur Pelayanan Medik.
- (5) Wakil Direktur sebagaimana dimaksud ayat (4) bertanggung jawab kepada Direktur sesuai bidang dan tanggung jawab masing-masing.

#### Pasal 12

- (1) Komposisi pejabat pengelola rumah sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Wali Kota.
- (3) Penilaian kinerja Direktur dilakukan oleh Wali Kota.

#### Pasal 13

- (1) Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahkan :
  - a. Kepala Bagian Kesekretariatan, membawahkan :
    1. Sub bagian Tata Usaha dan Kepegawaian;
    2. Sub bagian Rumah Tangga dan Perlengkapan;
    3. Sub bagian Hukum, Publikasi dan Informasi.
  - b. Kepala Bagian Perencanaan, membawahkan :
    1. Sub bagian Penyusunan Program;
    2. Sub bagian Pengolahan Data dan Monev;
    3. Sub bagian Pemasaran dan Pengembangan Rumah Sakit.
  - c. Kepala Bagian Keuangan, membawahkan :
    1. Sub bagian Anggaran dan Mobilisasi Dana;
    2. Sub bagian Perbendaharaan;
    3. Sub bagian Akuntansi dan Verifikasi.
- (2) Wakil Direktur Pelayanan Medik, membawahkan :
  - a. Kepala Bidang Pelayanan Medik, membawahkan :
    1. Seksi Pelayanan Medik;
    2. Seksi Rekam Medik.
  - b. Kepala Bidang Keperawatan, membawahkan :
    1. Seksi Asuhan Pelayanan Keperawatan;
    2. Seksi Pengembangan Mutu Keperawatan.
  - c. Kepala Bidang Penunjang Medik, membawahkan :
    1. Seksi Penunjang Medik;
    2. Seksi Penunjang Non Medik.

Bagian Kedua  
Tugas Pokok, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 14

Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab pengelolaan rumah sakit ditentukan oleh Wali Kota dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Struktur Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit.

Bagian Ketiga  
Pengangkatan dan Pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 15

- (1) Direktur dan Wakil Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Wali Kota.
- (2) Direktur dan Wakil Direktur bertanggung jawab kepada Wali Kota.
- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Direktur wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut :
  - a. berkewarganegaraan Indonesia;
  - b. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria, kemampuan, keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
  - c. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
  - d. memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan.
- (4) Untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Umum dan Keuangan wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut :
  - a. seseorang dengan latar belakang minimal pendidikan S1 yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman di bidang administrasi rumah sakit, keuangan dan/atau akuntansi;
  - b. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
  - c. memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan.
- (5) Untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan Medik wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
  - a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan;
  - b. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
  - c. memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan.

Pasal 16

- (1) Direktur dan Wakil Direktur dapat diberhentikan karena :
  - a. meninggal dunia;
  - b. memasuki usia pensiun bagi Pegawai Negeri Sipil;

- 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 ditetapkan;
  - f. mengundurkan diri;
  - g. promosi dan/atau mutasi jabatan; dan
  - h. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum.
- (2) Apabila salah satu atau beberapa Direksi berhalangan tetap menjalankan pekerjaannya atau apabila terdapat kekosongan jabatan dan penggantinya belum ada, maka kekosongan jabatan tersebut dilaksanakan oleh Direksi lainnya yang ditunjuk sementara oleh Wali Kota.
- (3) Apabila semua Anggota Direksi berhalangan tetap melakukan pekerjaannya, maka sementara pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit dijalankan oleh pejabat yang ditunjuk oleh Wali Kota.

#### Bagian Keempat Rapat

##### Pasal 17

- (1) Rapat Direksi adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan Wakil Direktur untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan rumah sakit.
- (2) Dalam rapat tertentu yang bersifat khusus, Direksi dapat mengundang Dewan Pengawas.
- (3) Untuk setiap rapat Direksi dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Bagian Umum selaku Notulis.
- (4) Rapat Direksi terdiri dari :
- a. Rapat Rutin;
  - b. Rapat Tahunan; dan
  - c. Rapat Khusus.

##### Pasal 18

- (1) Rapat Rutin diselenggarakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam seminggu.
- (2) Dalam rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal yang berhubungan dengan kegiatan rumah sakit sesuai tugas, kewenangan dan kewajibannya.

##### Pasal 19

- (1) Rapat khusus diselenggarakan dalam hal yang bersifat khusus dan/atau hal yang memerlukan koordinasi dan tindak lanjut segera yang tidak termasuk dalam rapat rutin dan rapat tahunan.

- (2) Direktur mengundang untuk rapat khusus dalam hal ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan.

#### Pasal 20

- (1) Keputusan Rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan keputusan direktur.

### BAB V DEWAN PENGAWAS

#### Bagian Kesatu Kedudukan dan Keanggotaan

#### Pasal 21

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit non struktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Wali Kota.
- (2) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Wali Kota sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

#### Pasal 22

- (1) Dewan Pengawas berjumlah 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur-unsur :
  - a. Pejabat pada Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan Pengelolaan Keuangan BLUD;
  - b. Pejabat yang bertanggung jawab terhadap kebijakan kesehatan;
  - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit;
  - d. organisasi profesi;
  - e. asosiasi perumahsakit; dan
  - f. tokoh masyarakat.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu :
  - a. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota Direksi atau Komisaris atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah dihukum melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan

- c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Bagian Kedua  
Pembentukan, Pemberhentian dan Penggantian

Pasal 23

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Wali Kota atas usulan Direktur.
- (2) Pengangkatan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan anggota Direksi.
- (3) Masa jabatan Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Pasal 24

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Wali Kota.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terbukti :
  - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
  - d. mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit;
  - e. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan rumah sakit; dan
  - f. berhalangan tetap.
- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf e, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Wali Kota.

Pasal 25

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (2), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22.

- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

#### Pasal 26

- (1) Kepada Dewan Pengawas diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada rumah sakit dan dimuat dalam Rencana Strategi Bisnis serta Rencana Bisnis dan Anggaran.

### Bagian Ketiga Fungsi, Tugas, Kewajiban dan Wewenang

#### Pasal 27

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai wakil pemilik (*governing body*) dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakitian secara internal di rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas bertugas :
  - a. melakukan pengawasan pengelolaan keuangan;
  - b. menentukan arah kebijakan rumah sakit;
  - c. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis bisnis;
  - d. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana bisnis dan anggaran;
  - e. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
  - g. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit;
  - h. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.
- (3) Ketua Dewan Pengawas bertugas :
  - a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
  - b. mengarahkan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal Rumah Sakit melalui Rapat Dewan Pengawas;
  - c. bekerja sama dengan pengelola untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas. Bilamana rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka ketua dapat memberikan wewenang pada direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu;
  - d. melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada huruf c, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.

- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim Ad-hoc.
- (5) Pembentukan komite audit atau Tim Ad-hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (4) hanya dapat dilakukan untuk keperluan investigasi.
- (6) Selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud ayat (2), Dewan Pengawas juga menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (7) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada pemilik rumah sakit paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan Wali Kota.

#### Pasal 28

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 Dewan Pengawas berkewajiban:

- a. memberikan pendapat dan saran kepada Wali Kota mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola BLUD;
- b. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit dan memberikan pendapat serta saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan rumah sakit;
- c. memberikan laporan kepada Wali Kota apabila terjadi gejala menurunnya kinerja RSUD CAM;
- d. memberikan nasehat kepada Direktur dalam melaksanakan pengurusan RSUD CAM.

#### Pasal 29

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut :

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan rumah sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan 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 dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit non struktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) untuk ditetapkan oleh Wali Kota;

- f. menghadiri rapat Direksi dan memberikan pandangan-pandangan untuk perbaikan terhadap pengelolaan rumah sakit;
- g. memberikan saran, pertimbangan atau bantuan kepada Direksi/Pejabat Pengelola dalam melakukan perbuatan hukum tertentu.

#### Pasal 30

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Wali Kota sebagai pemilik, melalui laporan Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan (per semester).

#### Bagian Keempat Sekretaris Dewan Pengawas

#### Pasal 31

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun mengikuti masa jabatan Dewan Pengawas dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

#### Bagian Kelima Rapat Dewan Pengawas

#### Pasal 32

- (1) Rapat Dewan Pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasihat kepada Direksi.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari :
  - a. rapat rutin;
  - b. rapat khusus; dan
  - c. rapat tahunan.

#### Pasal 33

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) huruf a, merupakan rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas.

- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direksi Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di rumah sakit.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 4 (empat) kali dalam setahun pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi, Komite Medik dan pihak lain untuk dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (4) harus melampirkan :
  - a. 1 (satu) salinan agenda;
  - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu;
  - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (apabila ada).

#### Pasal 34

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) huruf b adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal :
  - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; dan
  - b. ada permintaan yang harus ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

#### Pasal 35

- (1) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) huruf c, merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.

- (2) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan 1 (satu) kali dalam 1(satu) tahun kalender.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat tahunan kepada peserta rapat paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sebelum rapat tahunan diselenggarakan.
- (4) Dalam rapat tahunan Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan rumah sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

#### Pasal 36

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

#### Pasal 37

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan tercapai apabila dihadiri oleh  $\frac{3}{5}$  (tiga per lima) dari jumlah seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Dalam hal kuorum telah tercapai dan Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (4) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) wajib melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

#### Pasal 38

- (1) Sekretaris Dewan Pengawas bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan dan pembuatan risalah rapat Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah setelah ditandatangani oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.
- (3) Penandatanganan risalah rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan.
- (4) Segala putusan dalam risalah rapat tidak dapat dilaksanakan sebelum Risalah rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah.

#### Pasal 39

- (1) Pengambilan keputusan rapat dilakukan melalui musyawarah untuk mencapai mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara.
- (3) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

## BAB VI SATUAN PENGAWAS INTERNAL

### Pasal 40

- (1) Dalam upaya membantu Direktur di bidang pengawasan internal dibentuk SPI.
- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Satuan Pengawas Internal dalam melaksanakan tugas dan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (4) Satuan Pengawas Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
- (5) Satuan Pengawas Internal terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (6) Ketua dan Anggota SPI dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila :
  - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan rumah sakit;
  - e. mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggara rumah sakit;
  - f. adanya kebijakan dari Wali Kota.
- (7) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

### Pasal 41

- (1) Tugas pokok SPI adalah :
  - a. pengawasan terhadap pelaksanaan dan operasional rumah sakit;
  - b. menilai pengendalian pengelolaan/pelaksanaan kegiatan rumah sakit;
  - c. memberikan saran perbaikan kepada Direktur.
- (2) Bidang Pengawasan sebagaimana tersebut dalam ayat (1) sekurang-kurangnya meliputi kegiatan pengelolaan keuangan, pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis yang sehat dan pengelolaan administrasi umum lainnya.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) SPI berfungsi :
  - a. merancang sistem pemeriksaan dan sistem pengendalian internal;
  - b. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan audit manajemen operasional;

- c. melakukan identifikasi risiko sebagai upaya membantu Direksi mencegah terjadinya penyimpangan;
  - d. memberikan konsultasi dan pembinaan tentang manajemen risiko terkait dengan pengendalian internal;
  - e. melakukan hubungan dengan Eksternal Auditor.
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (3) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), SPI menyelenggarakan fungsi:
- 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.

#### Pasal 42

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai SPI yang bersangkutan harus memenuhi syarat :
- 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;
  - k. mempunyai sikap independen dan obyektif; dan
  - l. keanggotaan SPI tidak dapat merangkap dalam jabatan lain di rumah sakit.
- (2) Keanggotaan SPI merupakan jabatan fungsional auditor yang dijabat oleh Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau Non PNS sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## BAB VII KOMITE DAN INSTALASI

### Bagian Kesatu Komite

#### Pasal 43

- (1) Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis Komite ditetapkan oleh Direktur setelah pengkajian menurut kebutuhan rumah sakit.
- (3) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun serta dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

#### Pasal 44

- (1) Komite sebagaimana dimaksud Pasal 43 ayat (1) terdiri dari Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, Komite Tenaga Kesehatan lainnya, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, Komite Farmasi dan Terapi, serta komite lainnya yang dibutuhkan oleh rumah sakit.
- (2) Tiap-tiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Ketua dan Anggota Komite dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya apabila terbukti :
  - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan rumah sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
- (5) Setiap Komite akan dijabarkan dalam bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya.

Bagian Kedua  
Instalasi

Pasal 45

- (1) Pembentukan Instalasi ditetapkan oleh Direktur sesuai kebutuhan rumah sakit.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah maupun jenis instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan serta dilaporkan secara tertulis kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Dalam melaksanakan kegiatan operasional, pelayanan instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang, seksi dan instalasi terkait lainnya.

Pasal 46

- (1) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (2) Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan dan administrasi di instalasinya masing-masing kepada Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya Kepala Instalasi dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.

BAB VIII  
KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 47

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur.
- (2) Pembentukan Komite Medik bertujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medik dan keselamatan pasien dapat lebih terjamin dan terlindungi.
- (3) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.
- (4) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Wakil Ketua;
  - c. Sekretaris; dan

- d. Anggota yang terbagi dalam Subkomite :
  1. Subkomite Kredensial;
  2. Subkomite Mutu Profesi; dan
  3. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- (5) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (6) Masa kepengurusan Komite Medik selama 3 (tiga) tahun.
- (7) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (8) Masukan Staf Medis sebagaimana dimaksud ayat (7) di atas berupa usulan dari kepanitiaan pemilihan Ketua Komite Medik yang dibentuk oleh Direktur.
- (9) Kepanitiaan dimaksud ayat (8) dibentuk oleh Direktur selambat-lambatnya 2 (dua) bulan sebelum berakhirnya masa bakti kepengurusan Komite Medik.
- (10) Wakil Ketua, Sekretaris Komite Medik dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan masukan dari Ketua Komite Medik.
- (11) Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh Personalia Komite Medik oleh Direktur.
- (12) Untuk mencapai tujuan sebagaimana ayat (2) di atas Komite Medik menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur.

#### Pasal 48

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari para Staf Medik.
- (2) Persyaratan Ketua Komite Medik :
  - a. berstatus sebagai Staf Medis purna waktu;
  - b. mempunyai kemampuan memimpin dan kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
  - c. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
  - d. peka terhadap perkembangan perumahsakitannya;
  - e. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
  - f. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya;
  - g. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi; dan
  - h. tidak memegang jabatan struktural di rumah sakit.

- (3) Pengunduran diri :
- a. pengurus Komite Medik dapat mengundurkan diri dengan alasan yang kuat dan membuat permintaan tertulis kepada Direktur rumah sakit untuk Ketua Komite Medik, atau kepada Ketua Komite Medik untuk Sekretaris dan Subkomite. Pengunduran diri berlaku mulai pada saat surat permohonan disetujui, dan sebagai penggantinya ditetapkan oleh Direktur;
  - b. usulan penggantian Ketua Komite Medik dapat dilakukan atas permintaan sekurang-kurangnya 2/3 (dua per tiga) dari suara anggota Staf Medik kepada Direktur.

Bagian Kedua  
Tugas, Fungsi dan Kewenangan Komite Medik

Pasal 49

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medik di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial 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;
  - b. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
  - c. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
  - d. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat.
  - e. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
  - f. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
  - g. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf b, staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
  - a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan

- d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf c, staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang :
- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
  - b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
  - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
  - d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
  - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
  - f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
  - g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

### Bagian Ketiga Rapat Komite Medik

#### Pasal 50

- (1) Rapat Komite Medik dan Subkomite Medik dilaksanakan untuk mengambil Keputusan Komite Medik;
- (2) Mekanisme pengambilan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*);
- (3) Rapat dan tata cara pelaksanaan rapat diatur lebih lanjut dalam Pedoman Rapat Komite Medik RSUD CAM yang ditandatangani oleh Direktur.

### Bagian Keempat Pengorganisasian Subkomite Komite Medik

#### Pasal 51

- (1) Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh Subkomite, yang terdiri dari :
  - a. Subkomite Kredensial;

- b. Subkomite Mutu Profesi;
  - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Pembentukan Subkomite ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun atas usulan Ketua Komite Medik setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medik.
  - (3) Tiap-tiap Subkomite bertanggungjawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang diberikan kepadanya.
  - (4) Pertemuan rutin Subkomite diadakan minimal 6 (enam) kali dalam setahun.
  - (5) Susunan organisasi Subkomite terdiri dari :
    - a. Ketua;
    - b. Sekretaris;
    - c. Anggota.

#### Bagian Kelima Subkomite Kredensial

##### Pasal 52

Tugas dan wewenang Subkomite Kredensial adalah :

- a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari KSM;
- b. melakukan pemeriksaan dan pengkajian tentang :
  1. kompetensi;
  2. kesehatan fisik dan mental dan pemeriksaan mmpi;
  3. perilaku;
  4. etika profesi.
- c. mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/ P3KGB) tenaga medis;
- d. mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
- e. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
- f. melakukan proses re-kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

##### Pasal 53

- (1) Proses kredensial yang dilakukan oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen :
  - a. kompetensi :
    1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang;
    2. kognitif;

3. afektif;
  4. psikomotor.
- b. kompetensi fisik;
  - c. kompetensi mental/perilaku;
  - d. perilaku etis (*ethical standing*).
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
  - (3) Proses kredensial dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan bentukan dari Subkomite Kredensial.
  - (4) Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada kepala/Direktur rumah sakit tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
  - (5) Kewenangan klinis sesuai ayat (3) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

#### Pasal 54

- (1) Subkomite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal :
  - a. masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis telah habis masa berlakunya;
  - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya;
  - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Dalam proses rekredensial Subkomite Kredensial dapat memberikan rekomendasi :
  - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (3) Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

Bagian Keenam  
Subkomite Mutu Profesi

Pasal 55

Tugas dan wewenang Subkomite Mutu Profesi adalah :

- a. berperan menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*).
- b. melakukan audit medis;
- c. mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi tenaga medis;
- d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi tenaga medis rumah sakit;
- e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan;
- f. memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.

Pasal 56

- (1) Audit medis yang dilakukan oleh rumah sakit adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
- (2) Hasil dari Audit medis sebagaimana pada ayat (1) berfungsi sebagai :
  - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
  - b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
  - d. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

Pasal 57

- (1) Subkomite Mutu Profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis.

- (2) Selain pertemuan ilmiah sebagaimana disebutkan pada huruf a, Subkomite Mutu Profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
- (3) Subkomite Mutu Profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.
- (4) Subkomite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (5) Subkomite Mutu Profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
- (6) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

#### Pasal 58

- (1) Komite Medik berkoordinasi dengan Direktur untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.
- (2) Subkomite Mutu Profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/ mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.

#### Bagian Ketujuh Subkomite Etika Dan Disiplin Profesi

#### Pasal 59

Tugas Subkomite Etika dan Disiplin Profesi :

- a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit;
- c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.

#### Pasal 60

Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain :

- a. pedoman pelayanan kedokteran/*Clinical Pathway* di rumah sakit;
- b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
- c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;

- d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;
- e. kode etik kedokteran Indonesia;
- f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
- g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- h. pedoman pelayanan medik atau klinik/*Clinical Pathway*;
- i. standar prosedur operasional asuhan medis.

#### Pasal 61

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Subkomite Etika dan Disiplin Profesi. Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :
  - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
  - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan Direktur rumah sakit atau Direktur rumah sakit terlapor.
- (2) Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
- (3) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

#### Pasal 62

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, Komite Medik, dan sebagainya.

#### Pasal 63

- (1) Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada Komite Medik.
- (2) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

## BAB IX KOMITE KEPERAWATAN

### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 64

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur rumah sakit dan dalam pelaksanaan tugas serta peran fungsinya Komite Keperawatan bertanggungjawab langsung kepada Direktur rumah sakit.
- (2) Pembentukan Komite Keperawatan RSUD CAM bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan perawat dan bidan melalui mekanisme kredensial, memelihara mutu profesi, dan menjaga disiplin, etika serta perilaku profesi.

### Bagian Kedua Pengorganisasian Komite Keperawatan

#### Pasal 65

- (1) Kepengurusan Komite Keperawatan dibentuk melalui Keputusan Direktur RSUD CAM tentang Pembentukan Susunan Komite Keperawatan RSUD CAM.
- (2) Susunan Kepengurusan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud ayat (1), sebagai berikut :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Sub komite kredensial keperawatan/kebidanan;
  - d. Sub komite mutu profesi keperawatan/kebidanan;
  - e. Sub komite etik dan disiplin.

### Bagian Ketiga Tugas Komite Keperawatan

#### Pasal 66

Secara umum Komite Keperawatan mempunyai tugas dan fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang menjalankan praktek profesi di RSUD CAM dengan cara :

- a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan/kebidanan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di RSUD CAM, meliputi :
  1. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
  2. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;

3. merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan;
  4. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
  5. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
  6. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada kepada Direktur.
- b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan dan kebidanan, meliputi :
1. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
  2. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan/kebidanan;
  3. melakukan audit keperawatan dan kebidanan;
  4. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan, meliputi :
1. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan/ kebidanan;
  2. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan/ kebidanan;
  3. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan/kebidanan di lingkungan RSUD CAM;
  4. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis;
  5. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

Bagian Keempat  
Kewenangan Komite Keperawatan  
Pasal 67

Komite Keperawatan memiliki kewenangan meliputi :

- 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 yang berupa Surat penugasan Kerja Klinis (SPKK);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

BAB X  
KOMITE ETIK DAN HUKUM  
Bagian Kesatu  
Umum  
Pasal 68

- (1) Komite Etik dan Hukum merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur rumah sakit dan dalam pelaksanaan tugas serta peran fungsinya Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab langsung kepada Direktur rumah sakit.

- (2) Pembentukan Komite Etik dan Hukum bertujuan untuk membentuk tata kelola pelayanan yang baik, serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien di RSUD CAM yang membutuhkan komitmen yang tinggi dalam memberikan pelayanan, bersikap dan bertindak dengan empati, jujur dan memiliki kepedulian sosial yang tinggi yang didasarkan pada nilai etika dan profesionalitas.

Bagian Kedua  
Pengorganisasian Komite Etik dan Hukum  
Pasal 69

- (1) Kepengurusan Komite Etik dan Hukum dibentuk melalui Keputusan Direktur.
- (2) Susunan Kepengurusan Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud ayat (1), sebagai berikut :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Anggota yang terdiri dari Etik Medik, Etik Keperawatan, Etik Nakes Lain, Etik Penelitian dan Etik Administrasi Umum.

Bagian Ketiga  
Tugas Komite Etik dan Hukum

Pasal 70

Komite Etik dan Hukum melaksanakan tugas sebagai berikut :

- a. memberikan pertimbangan kepada Direktur mengenai kebijakan, peraturan, pedoman dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum;
- b. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia rumah sakit.

BAB XI  
KOMITE TENAGA KESEHATAN LAINNYA  
Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 71

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit dan dalam pelaksanaan tugas serta peran dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya bertanggungjawab langsung kepada Direktur.
- (2) Pembentukan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya melalui mekanisme kredensial, memelihara mutu profesi dan menjaga disiplin, etika serta perilaku profesi.

Bagian Kedua  
Pengorganisasian Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 72

- (1) Kepengurusan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dibentuk melalui Surat Keputusan Direktur tentang Pembentukan Susunan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya RSUD CAM.
- (2) Susunan Kepengurusan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud ayat (1), sebagai berikut :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Sub Komite Kredensial;
  - d. Sub Komite Mutu;
  - e. Sub Komite Etik dan Disiplin.

Bagian Ketiga  
Tugas Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 73

Secara umum Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai tugas dan fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya yang menjalankan praktek profesi di RSUD CAM dengan cara :

- a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan lainnya yang akan melakukan pelayanan di RSUD CAM, meliputi :
  1. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
  2. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
  3. merekomendasikan Kewenangan Klinis Tenaga Kesehatan Lainnya;
  4. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
  5. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
  6. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Direktur.
- b. memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lainnya, meliputi :
  1. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lainnya sesuai area praktik;
  2. merekomendasikan untuk pengembangan profesionalisme.
- c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi kesehatan lainnya, meliputi :
  1. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lainnya;
  2. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
  3. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan di lingkungan RSUD CAM;
  4. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis;
  5. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan pasien.

Bagian Keempat  
Kewenangan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 74

Kewenangan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, meliputi :

- 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 yang berupa Surat Penugasan Kerja klinis (SPKK);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit Tenaga Kesehatan Lainnya;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan Tenaga Kesehatan Lainnya yang berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

BAB XII  
KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 75

Komite PPI dibentuk untuk menyelenggarakan tata kelola PPI yang baik agar mutu pelayanan medis serta keselamatan pasien dan pekerja di rumah sakit terjamin dan terlindungi.

Bagian Kedua  
Pengorganisasian Komite PPI

Pasal 76

- (1) Komite PPI terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (2) Komite atau Tim PPI bertugas melaksanakan kegiatan kegiatan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, dan pembinaan.

Bagian Ketiga  
Tugas dan Fungsi Komite PPI

Pasal 77

- (1) Tugas dan Fungsi Komite PPI sebagai berikut :
  - a. menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI;
  - b. melaksanakan sosialisasi kebijakan PPIRS, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit;

- c. membuat SPO PPI;
  - d. menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;
  - e. bekerja sama dengan Tim PPI dalam melakukan investigasi masalah atau KLB *Healthcare Associated Infections* (HAI's);
  - f. memberikan usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI;
  - h. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;
  - i. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan SDM rumah sakit dalam PPI;
  - j. melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan;
  - k. menerima laporan dari Tim PPI dan membuat laporan kepada Direktur;
  - l. berkoordinasi dengan unit terkait;
  - m. memberikan usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pemantauan kuman dan resisteninya terhadap antibiotika dan menyebarkan luaskan data resistensi antibiotika;
  - n. menyusun kebijakan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3);
  - o. turut menyusun kebijakan *clinical governance* dan *patient safety*;
  - p. mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen PPI agar sesuai dengan kebijakan manajemen rumah sakit;
  - q. 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;
  - r. membentuk sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
  - s. melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/monitoring surveilans proses;
  - t. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- (2) Hasil pelaksanaan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud dalam ayat (5) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB XIII  
KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Pasal 78

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (2) Tugas Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagai berikut :
  - a. memberikan saran/pertimbangan strategis mengenai upaya peningkatan mutu rumah sakit, pengelolaan manajemen risiko (risiko terhadap pasien dan risiko terhadap institusi/rumah sakit serta upaya penerapan budaya keselamatan pasien) dan upaya meningkatkan kinerja satuan kerja di rumah sakit;
  - b. melaksanakan perencanaan dan pengembangan, monitoring dan evaluasi serta upaya perbaikan secara berkesinambungan terhadap pelaksanaan kegiatan upaya peningkatan mutu rumah sakit, pengelolaan manajemen risiko dan penilaian kinerja satuan kerja, baik secara periodik maupun insidentil sesuai kebutuhan;
  - c. mengusulkan upaya peningkatan kompetensi dan pemberdayaan sumber daya manusia di bidang mutu dan manajemen risiko (pasien/rumah sakit dan keselamatan pasien) serta penilaian kinerja satuan kerja;
  - d. merekomendasikan sarana, prasarana dan fasilitas terkait mutu, manajemen risiko dan penilaian kinerja satuan kerja sesuai perkembangan iptek terkini.
- (3) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berfungsi melakukan kajian khusus mengenai upaya peningkatan mutu rumah sakit, pengelolaan manajemen risiko (risiko terhadap pasien dan risiko terhadap institusi/rumah sakit serta upaya penerapan budaya keselamatan pasien) dan penilaian kinerja satuan kerja.
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan (3) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (5) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB XIV  
KOMITE FARMASI DAN TERAPI

Pasal 79

- (1) Komite Farmasi dan Terapi terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.

- (2) Tugas Komite Farmasi dan Terapi adalah :
- a. menerbitkan kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat yang aman, bermanfaat dan bermutu bagi masyarakat dengan harga yang terjangkau;
  - b. menyusun draft standar pelayanan farmasi;
  - c. menyelenggarakan lokakarya dan menyempurnakan draft setelah mendapat masukan dari Lokakarya, segenap staf medis dan pihak-pihak lain terkait guna mendapat hasil yang maksimal;
  - d. Komite Farmasi dan Terapi harus mengadakan rapat secara teratur sedikitnya 2 (dua) bulan sekali;
  - e. segala sesuatu yang berhubungan dengan rapat Komite Farmasi dan Terapi diatur oleh Sekretaris;
  - f. membina hubungan kerja dengan panitia lain di rumah sakit yang sarasannya berhubungan dengan penggunaan obat.
- (3) Fungsi Komite Farmasi dan Terapi adalah :
- a. mengembangkan formularium di rumah sakit dan merevisinya. Pemilihan obat untuk dimasukkan dalam formularium harus didasarkan pada evaluasi secara subyektif terhadap efek terapi, keamanan serta harga obat juga harus meminimalkan duplikasi dalam tipe obat, kelompok dan produk yang sama sekurang-kurangnya setahun sekali;
  - b. Komite Farmasi dan Terapi harus mengevaluasi untuk menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
  - c. menetapkan pengelolaan obat yang digunakan di rumah sakit dan yang termasuk dalam kategori khusus;
  - d. membantu Instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat di rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional;
  - e. mengumpulkan dan meninjau laporan mengenai efek samping obat;
  - f. menyebarluaskan ilmu pengetahuan yang menyangkut obat kepada staf medis dan perawat.
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan (3) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (5) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB XV  
PENGORGANISASIAN STAF MEDIS  
Bagian Kesatu  
Umum  
Pasal 80

- (1) Peraturan Internal Staf Medis bertujuan untuk :
  - a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi dengan berbasis keselamatan pasien (*patient safety*);
  - b. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional;
  - c. menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut staf medis; dan
  - d. mengontrol dan menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan Pemilik serta peraturan perundang-undangan.
- (2) Staf Medis dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran dilingkungan rumah sakit bertanggung jawab profesi secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional.
- (3) Untuk menjadi Staf Medis harus memenuhi persyaratan :
  - a. mempunyai Ijazah dari Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi yang diakui pemerintah;
  - b. mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR);
  - c. memiliki Surat Izin Praktek (SIP) di RSUD CAM;
  - d. surat Penugasan Klinis dari Direktur RSUD CAM;
  - e. mengikuti program pengenalan tugas/program orientasi bagi staf medis fungsional baru;
  - f. mengikuti ketentuan kepegawaian di rumah sakit.

Bagian Kedua  
Penerimaan, Penerimaan Kembali  
dan Pemberhentian Anggota Staf Medis

Pasal 81

- (1) Penerimaan, penerimaan kembali dan pemberhentian Staf Medis dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku di RSUD CAM.
- (2) Penempatan Staf Medis ditetapkan oleh Direktur dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medik.
- (3) Staf Medis dinyatakan berhenti baik secara tetap atau sementara apabila :
  - a. meninggal dunia;

- b. pensiun;
  - c. mengundurkan diri;
  - d. pindah tugas dari lingkungan RSUD CAM; dan
  - e. tidak mematuhi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang berlaku di RSUD CAM.
- (4) Tata cara pemberhentian anggota staf medis ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketiga  
Tugas, Fungsi dan Tanggung Jawab

Pasal 82

- (1) Tugas Staf Medis pada RSUD CAM adalah :
- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
  - b. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat jalan yang menjadi tanggung jawabnya saat setelah jam pelayanan pada hari yang sama;
  - c. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya dalam waktu paling lambat 1 x 24 jam;
  - d. membuat resume medis pasien rawat jalan IGD pada saat pasien pulang, dirujuk keluar rumah sakit atau meninggal;
  - e. membuat resume medis pasien rawat inap paling lambat 1 x 24 jam setelah pasien pulang, dirujuk keluar rumah sakit atau meninggal;
  - f. melakukan visite pasien rawat inap pada jam kerja rumah sakit (pukul 08.00 s/d 14.00 WIB).
- (2) Dalam melaksanakan tugas, staf medis melaksanakan fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, staf medis bertanggung jawab untuk :
- a. berkomitmen melaksanakan visi dan misi rumah sakit;
  - b. berperan serta secara aktif dalam pertemuan baik untuk membahas masalah medis, perencanaan dan masalah lain untuk meningkatkan kinerja pelayanan di rumah sakit.

Bagian Keempat  
Hak dan Kewajiban Staf Medis

Pasal 83

- Staf Medis dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak :
- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;

- b. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya; dan
- c. menerima imbalan jasa.

#### Pasal 84

Staf Medis dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban :

- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
- c. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
- d. melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
- e. menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

#### Pasal 85

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan preventif dan korektif terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Wakil Direktur Pelayanan Medis dan/atau Komite Medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf medis meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi.
- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Medik.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan dilakukan oleh Wakil Direktur Pelayanan Medis.
- (5) Pembinaan dan pengawasan staf medis secara administratif dilakukan oleh Wakil Direktur Pelayanan Medis.

#### Pasal 86

Tata cara pembinaan, pengawasan dan pemberian sanksi terhadap staf medis ditetapkan oleh Direktur.

#### Bagian Kelima Kelompok Staf Medis

#### Pasal 87

- (1) Staf Medis yang berwenang memberikan pelayanan medis dikelompokkan ke dalam masing-masing Kelompok Staf Medis (KSM) sesuai dengan profesi dan keahliannya.

- (2) Secara administratif manajerial, KSM berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan Medis.
- (3) KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beranggotakan paling sedikit 2 (dua) orang Staf Medis.
- (4) Dalam hal tidak terdapat Staf Medis dengan profesi dan keahlian yang sama maka dapat dilakukan penggabungan Staf Medis dengan profesi dan keahlian yang berbeda dalam satu KSM.
- (5) KSM terdiri dari :
  - a. KSM Anak;
  - b. KSM Obstetri dan Ginekologi;
  - c. KSM Penyakit Dalam dan Gizi Klinik;
  - d. KSM Bedah Umum, Bedah Anak, Bedah Vaskuler, dan Bedah Digestif;
  - e. KSM Bedah Urologi;
  - f. KSM Bedah Saraf;
  - g. KSM Orthopedi;
  - h. KSM Paru;
  - i. KSM Kedokteran Jiwa;
  - j. KSM Mata;
  - k. KSM Kulit dan Kelamin;
  - l. KSM THT;
  - m. KSM Anestesi;
  - n. KSM Patologi Klinik;
  - o. KSM Patologi Anatomi;
  - p. KSM Kedokteran Forensik;
  - q. KSM Jantung;
  - r. KSM Saraf;
  - s. KSM Rehabilitasi Medik;
  - t. KSM Dokter Umum;
  - u. KSM Dokter Gigi Umum;
  - v. KSM Dokter Gigi Spesialis (Bedah Mulut, Ortho, Peri, KGA, Konservasi, Prosto, dan Penyakit Mulut).
- (6) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan Kelompok Staf Medis dapat dilakukan sesuai peraturan yang berlaku dan lebih lanjut diatur dalam Keputusan Direktur.

#### Pasal 88

- (1) Kelompok Staf Medik dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota staf medis.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua KSM dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 kali masa jabatan dengan mempertimbangkan masukan dari anggota staf medis.

- (3) Pemilihan Calon Ketua KSM dilakukan sesuai prosedur yang telah ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Ketua KSM bertanggung jawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan Medis.
- (5) Tugas Ketua KSM adalah mengkoordinasikan semua kegiatan, menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja anggota kelompok staf medis.
- (6) Anggota KSM yang mendapat tugas dalam jabatan non struktural dalam rumah sakit tetap menjadi anggota KSM dengan mengutamakan tugas dalam jabatan tersebut.
- (7) Anggota KSM yang mendapat tugas dalam jabatan struktural maka wajib mengundurkan diri dari anggota KSM.
- (8) Apabila Ketua KSM diangkat menjadi Ketua Komite Medik maka wajib mengundurkan diri dari jabatan Ketua KSM dan Direktur menetapkan Ketua KSM yang baru sebagai penggantinya.

#### Pasal 89

- (1) KSM bertugas :
  - a. menyusun Standar Prosedur Operasional yang berhubungan dengan bidang keilmuan keprofesian dibawah koordinasi Komite Medik untuk ditetapkan Direktur;
  - b. menyusun Standar Prosedur Operasional bidang administrasi/ manajerial yang meliputi pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, pengaturan tugas jaga, rawat intensif, pengaturan tugas di kamar operasi, kamar bersalin, dan lain sebagainya, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinis, presentasi kasus (kasus kematian, kasus langka, kasus sulit, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi dan lain-lain di bawah koordinasi Wakil Direktur Pelayanan Medis;
  - c. menyusun indikator kinerja mutu klinis/mutu pelayanan medis yang meliputi indikator output dan atau *outcome*;
  - d. memberikan masukan dan pertimbangan dalam pengembangan program pelayanan;
  - e. membuat penilaian kinerja anggota Staf Medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1), KSM berwenang untuk :
  - a. memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota Staf Medis baru dan penempatan ulang anggota Staf Medis kepada Direktur setelah anggota Staf Medis tersebut melalui proses kredensial/ rekredensial oleh Komite Medik;

- b. melakukan evaluasi kinerja anggota Staf Medis di dalam kelompoknya;
- c. melakukan evaluasi dan mengusulkan revisi terhadap Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional (SPO).

Bagian Keenam  
Mitra Bestari

Pasal 90

- (1) Mitra Bestari (*peer group*) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Mitra Bestari tidak terbatas dari staf medis yang ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.
- (3) Mitra Bestari yang berasal dari luar rumah sakit dapat ditunjuk sebagai Panitia *Adhoc* untuk membantu Komite Medik melakukan kredensial, penjaminan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di Rumah Sakit.
- (4) Penetapan Mitra Bestari sebagai Panitia *Adhoc* sebagaimana ayat (3) ditetapkan dengan keputusan Direktur atas usulan Ketua Komite Medik

Bagian Ketujuh  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Pasal 91

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) merupakan staf medis spesialis sesuai bidang keahlian yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan pasien.
- (2) DPJP terdiri dari DPJP utama, DPJP 1, DPJP 2, dan seterusnya.
- (3) DPJP utama merupakan staf medis sebagai penanggung jawab utama dalam pelayanan kepada pasien.
- (4) DPJP disesuaikan dengan Kewenangan Klinis.

Pasal 92

- (1) Untuk pasien yang masuk melalui Instalasi Gawat Darurat, DPJP ditentukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD).
- (2) Untuk pasien yang masuk melalui Rawat Jalan, maka DPJP ditentukan oleh dokter yang melayani di Rawat Jalan.

- (3) DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (4) DPJP pada pelayanan rawat inap sudah harus ditentukan sebelum pasien masuk rawat inap.

#### Pasal 93

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 1 x 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan mempunyai tugas :
  - a. melakukan anamnesa riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa penyakit, pemeriksaan penunjang, pemberian terapi, evaluasi keberhasilan terapi dan mendokumentasikannya ke dalam rekam medik;
  - b. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada pasien, keluarga pasien dan tim pelayanan;
  - c. memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga;
  - d. bila diperlukan, DPJP melakukan presentasi kasus medis yang ditanganinya di hadapan Komite Medik;
  - e. membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran dalam pendidikan klinis di rumah sakit.
- (3) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut diluar kompetensi DPJP utama, Direktur dapat mengalihrawatkan kepada staf medis yang mempunyai kompeten sesuai dengan kondisi pasien.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ditetapkan oleh Direktur.

#### BAB XVI

#### KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)

#### Pasal 94

- (1) Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah kewenangan staf medis untuk melaksanakan pelayanan medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Tanpa Kewenangan Klinis maka seorang staf medis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medik.
- (3) Kewenangan Klinik diberikan oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- (4) Penentuan Kewenangan Klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman staf medis yang bersangkutan.

- (5) Kewenangan Klinis setiap staf medis fungsional dapat berbeda walaupun memiliki spesialisasi/keahlian yang sama.
- (6) Dalam hal terdapat Kewenangan Klinis yang dapat dilakukan oleh lebih dari satu Kelompok Staf Medik, maka keputusan penentuan Kewenangan Klinik ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Komite Medik.
- (7) Pemberian Kewenangan Klinis tersebut diatas dapat ditinjau ulang dengan melakukan Rekredensial untuk menentukan apakah dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut oleh Direktur.

#### Pasal 95

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka Staf Medik harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi KSM terkait.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon dan ditembuskan kepada Komite Medik dan KSM terkait.

#### Pasal 96

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis (*clinical govermence*) yang baik, Komite Medik dapat memberi rekomendasi kepada Direktur untuk melakukan Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis Staf Medik.
- (2) Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dilakukan apabila Staf Medik dalam pelaksanaan tugasnya di rumah sakit dianggap tidak sesuai dengan Standar Prosedur Operasional/Standar Pelayanan Medik yang berlaku dan/atau tidak sesuai bila dipandang dari sudut kinerja klinis, sudut etik profesi dan sudut hukum.

#### Pasal 97

- (1) Kewenangan Klinis yang telah dicabut dapat diberikan kembali bila Staf Medik dianggap telah pulih kompetensinya.
- (2) Dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medik akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.

- (3) Komite Medik dapat merekomendasikan kepada Direktur untuk memberikan kembali kewenangan klinis tertentu kepada Staf Medik setelah melalui proses pembinaan dan dinyatakan layak.

#### Pasal 98

Kewenangan klinis akan berakhir bila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur.

#### Pasal 99

Kewenangan klinik sementara dapat diberikan kepada dokter pengganti oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.

#### Pasal 100

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka setiap staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinik emergensi guna memungkinkan setiap staf medis dapat melakukan tindakan penyelamatan diluar kewenangan klinik reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan.

### BAB XVII

#### PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

#### Pasal 101

- (1) Setelah melalui proses Kredensial atau Rekredensial, Direktur akan menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis.
- (2) Kewenangan Klinis yang terhimpun dalam Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi yang diberikan oleh Komite Medik.
- (3) Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.
- (4) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berakhir sebelum jangka waktu 3 (tiga) tahun dalam hal :
  - a. izin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku; atau
  - b. kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan Medis secara menetap; atau
  - c. Staf Medis yang telah berusia 60 (enam puluh) tahun atau dokter pendidik klinis telah berusia 65 (enam puluh lima) tahun masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan/ pertimbangan Direktur; atau
  - d. Staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilege*); atau

- e. Staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelainan, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik; atau
  - f. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
  - g. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak (mengundurkan diri) dengan rumah sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
- (5) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketetapan dan/atau kontrak kerja yang berlaku (bagi tenaga kontrak, tenaga honorer, tamu dan konsultan).

BAB XVIII  
KETENTUAN PENUTUP  
Pasal 102

Pada saat Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku, Peraturan Wali Kota Bekasi Nomor 15 Tahun 2017 tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi (Berita Daerah Kota Bekasi Tahun 2017 Nomor 15 Seri E), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 103

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Bekasi.

Ditetapkan di Bekasi  
pada tanggal 9 Desember 2019  
**WALI KOTA BEKASI,**  
Ttd/Cap  
**RAHMAT EFFENDI**

Diundangkan di Bekasi  
pada tanggal 9 Desember 2019  
**SEKRETARIS DAERAH KOTA BEKASI,**

Ttd/Cap

**RENY HENDRAWATI**

**BERITA DAERAH KOTA BEKASI TAHUN 2019 NOMOR 130 SERI E**