

BERITA DAERAH
KOTA BEKASI



NOMOR : 55

2023

SERI : E

PERATURAN WALI KOTA BEKASI
NOMOR 55 TAHUN 2023

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KELAS D PONDOKGEDE DAERAH KOTA BEKASI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA BEKASI,

- Menimbang : bahwa dalam rangka melaksanakan ketentuan Pasal 27 ayat (1) huruf r Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Pondokgede Daerah 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 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 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

3. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 6887, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
8. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586);

12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 316) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 317);
13. Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 06 Tahun 2016 tentang Urusan Pemerintahan yang Menjadi Kewenangan Daerah Kota Bekasi (Lembaran Daerah Kota Bekasi Tahun 2016 Nomor 6);
14. Peraturan Wali Kota Bekasi Nomor 56 tahun 2019 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Pondokgede Kota Bekasi (Berita Daerah Kota Bekasi Tahun 2019 Nomor 56);
15. Peraturan Wali Kota Bekasi Nomor 48 tahun 2021 tentang Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Pada Dinas Kesehatan Kota Bekasi (Berita Daerah Kota Bekasi Tahun 2021 Nomor 48);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KELAS D PONDOKGEDE DAERAH 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 Kelas D Pondokgede yang selanjutnya disebut RSUD Kelas D adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah pada Dinas Kesehatan.
6. Direktur adalah Direktur RSUD Kelas D Pondokgede.
7. Tata Kelola adalah ketentuan yang mengatur kebijakan umum pengelolaan BLUD RSUD Kelas D baik pengelolaan profesi maupun pengelolaan manajemen/administrasi.
8. Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
9. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
10. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan organisasi rumah sakit dan peraturan staf medis rumah sakit.
11. Peraturan Pola Tata Kelola Rumah Sakit adalah peraturan yang mengatur tentang hubungan antara Pemerintah Daerah Kota Bekasi sebagai pemilik dengan Pengelola dan Staf Medis 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. Kolektif Kolegial adalah istilah umum yang merujuk kepada sistem kepemimpinan yang melibatkan para pihak yang berkepentingan dalam mengeluarkan keputusan atau kebijakan melalui mekanisme yang di tempuh dengan mengedepankan semangat kebersamaan.
14. Dewan Pengawas Rumah Sakit merupakan perangkat yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BULD yang dibentuk dengan Keputusan Wali Kota atas usulan Direktur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
15. 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.
16. Komite Keperawatan adalah perangkat rumah sakit yang bertugas membantu Direktur dalam menetapkan *Nurse By Laws* menuju *good nursing governance*.
17. Komite Etik dan Hukum adalah perangkat rumah sakit yang dibentuk dalam rangka membantu pimpinan rumah sakit menerapkan Kode Etik dan Hukum di Rumah Sakit.

18. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah perangkat rumah sakit yang bertugas membantu Direktur dalam menetapkan *Staff By Laws* menuju *good performance governance*.
19. 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.
20. Komite Mutu adalah perangkat rumah sakit yang bertujuan meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien yang menjangkau ke seluruh unit kerja rumah sakit.
21. Komite Farmasi dan Terapi adalah perangkat rumah sakit yang memiliki kewenangan dalam menentukan kebijakan penggunaan obat yang rasional sesuai dengan panduan penatalaksanaan klinis.
22. 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.
23. 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.
24. 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 peraturan yang berlaku.
25. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah wadah nonstruktural yang terdiri dari sejumlah pejabat fungsional dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.
26. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang selanjutnya disingkat DPJP adalah seorang dokter, sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap (paket) kepada satu pasien dengan satu patologi/penyakit, dari awal sampai dengan akhir perawatan di rumah sakit, baik pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
27. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
28. 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*).

29. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis dirumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
30. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
31. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
32. 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.
33. 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 literature disebut *medical care* dan upaya pelayanan kesehatan masyarakat (*public health care*).
34. 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.
35. 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.

BAB II

MAKSUD, TUJUAN DAN RUANG LINGKUP

Bagian Kesatu

Maksud dan Tujuan

Pasal 2

- (1) Peraturan internal RSUD Kelas D dimaksudkan sebagai peraturan dasar yang mengatur pemilik, Direktur dan tenaga medis rumah sakit, yang merupakan pedoman bagi RSUD Kelas D dalam pengelolaan rumah sakit, dan pedoman dalam menyusun kebijakan operasional rumah sakit.
- (2) Peraturan internal RSUD Kelas D ditujukan untuk:
 - a. tercapainya kerjasama yang baik antara Pemerintah Daerah Kota Bekasi, pejabat pengelola dan staf medis;
 - b. meningkatkan profesionalisme pelayanan kesehatan agar lebih efektif, efisien, fleksibel dengan mengoptimalkan pemanfaatan teknologi serta akuntabel dalam pengelolaan dana; dan

- c. meningkatkan harmonisasi tata kerja, prosedur kerja, tugas dan fungsi serta sumber daya manusia pada BLUD RSUD Kelas D.

Bagian Kedua Ruang Lingkup

Pasal 3

- (1) Peraturan internal RSUD Kelas D terdiri dari:
 - a. peraturan organisasi RSUD Kelas D; dan
 - b. peraturan staf medis RSUD Kelas D.
- (2) Peraturan internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berisi kebijakan umum pelayanan rumah sakit yang mendukung tata kelola koporasi (*corporate governance*) dan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik.

BAB III IDENTITAS Bagian Kesatu Nama dan Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 4

Rumah Sakit Umum Daerah Pondokgede, Kelas D, berlokasi di Jln. Raya Jatiwaringin No.1 RT.001 RW.001 Kelurahan Jatiwaringin Kecamatan Pondokgede Kota Bekasi, nomor telpon (021) 855 16033.

Pasal 5

RSUD Kelas D adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) yang berkedudukan sebagai Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Daerah Kota yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan.

Bagian Kedua Visi dan Misi

Pasal 6

- (1) Visi RSUD Kelas D adalah “Menjadi rumah sakit rujukan tingkat pertama yang berkualitas dan pilihan masyarakat”.
- (2) Misi RSUD Kelas D adalah:
 - a. memberikan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keselamatan dan kepuasan pasien;
 - b. menyediakan layanan kesehatan terintegritas berbasis teknologi modern yang dibutuhkan masyarakat sesuai standar rumah sakit kelas D;
 - c. menyediakan SDM rumah sakit yang handal dan professional; dan
 - d. menerapkan tata kelola rumah sakit yang baik, akuntabel dan transparan.

Bagian Ketiga
Falsafah, Moto dan Tata Nilai Dasar

Pasal 7

- (1) Falsafah rumah sakit adalah “Profesionalisme, integritas tinggi, keramahan dan mutu layanan merupakan inti terwujudnya pelayanan prima”.
- (2) Moto RSUD Kelas D adalah “Melayani untuk kesembuhan pasien”.
- (3) Tata Nilai Organisasi:
 - a. P : Produktif (Antusias dalam perubahan);
 - b. O : Objektif (Melayani sepenuh hati dengan ikhlas);
 - c. G : Gesit (Cepat dan tepat dalam pelayanan); dan
 - d. E : Empati (Empati dalam bertugas).

Bagian Keempat
Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 8

- (1) RSUD Kelas D mempunyai tugas melaksanakan pelayanan pengobatan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit yang dilaksanakan melalui rawat inap, rawat jalan, rawat darurat (*emergency*) dan tindakan medis, secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan pelayanan pengobatan dan pencegahan serta melaksanakan pelayanan rujukan, sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) RSUD Kelas D merupakan rumah sakit Kelas D non pendidikan, milik Pemerintah Daerah Kota 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.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) RSUD Kelas D mempunyai fungsi:
 - a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
 - b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
 - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
 - d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Bagian Kelima
Kedudukan Pemerintah Daerah Kota
Pasal 9

- (1) Pemerintah Daerah Kota bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, pengembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.
- (2) Pemerintah Daerah Kota dalam melaksanakan tanggung jawabnya mempunyai kewenangan:
 - a. menetapkan peraturan tentang rencana strategis bisnis, tata kelola, laporan keuangan dan standar pelayanan rumah sakit beserta perubahannya;
 - b. membentuk dan menetapkan Direktur dan Dewan Pengawas;
 - c. memberhentikan Direktur dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
 - d. menyetujui dan mengesahkan anggaran; dan
 - e. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi sesuai dengan perundang-undangan.
- (3) Pemerintah Daerah Kota bertanggung jawab menutup defisit rumah sakit setelah diaudit oleh auditor independen.

BAB IV
TATA KELOLA
Pasal 10

Pelaksanaan Tata Kelola RSUD Kelas D 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.

BAB V
PEJABAT PENGELOLA
Bagian Kesatu
Umum
Paragraf 1
Komposisi Pejabat Pengelola
Pasal 11

Pejabat Pengelola BLUD RSUD Kelas D yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD RSUD Kelas D terdiri dari:

- a. Pemimpin dijabat oleh Direktur;
- b. Pejabat keuangan dijabat oleh kepala sub bagian perencanaan dan keuangan;

- c. Pejabat teknis dijabat oleh penanggung jawab pelayanan kesehatan, yaitu:
1. kepala sub bagian administrasi umum;
 2. kepala seksi pelayanan medik; dan
 3. kepala seksi pelayanan penunjang.

Pasal 12

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

Paragraf 2

Tugas Pokok, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 13

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.

Paragraf 3

Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 14

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat pengelola BLUD RSUD Kelas D ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu memiliki kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh pejabat pengelola berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
- (3) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kepentingan BLUD RSUD Kelas D untuk meningkatkan kinerja keuangan dan non keuangan berdasarkan kaedah-kaedah manajemen yang baik.
- (4) Pejabat pengelola dan pegawai BLUD RSUD Kelas D dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil, Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja dan profesional, sesuai dengan kebutuhan.
- (5) Pejabat pengelola dan pegawai BLUD Kelas D yang berasal dari non pegawai negeri sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.

- (6) Pengangkatan pejabat pengelola dan pegawai BLUD RSUD Kelas D yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil disesuaikan dengan ketentuan peraturan peraturan perundang-undangan di bidang kepegawaian.
- (7) Pengangkatan pejabat pengelola dan pegawai BLUD RSUD Kelas D yang berasal dari non pegawai negeri sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.
- (8) Pengangkatan pejabat pengelola dan pegawai BLUD RSUD Kelas D yang berasal dari non pegawai negeri sipil diatur lebih lanjut dengan Peraturan Wali Kota tersendiri.

Paragraf 4

Pengangkatan Pemimpin dan Pejabat Pengelola

Pasal 15

- (1) Pemimpin dan Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Wali Kota.
- (2) Pemimpin dan Pejabat Pengelola bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (3) Pemimpin dan Pejabat Pengelola harus memiliki kompetensi dasar, meliputi:
 - a. integritas;
 - b. kepemimpinan;
 - c. perencanaan;
 - d. penganggaran;
 - e. pengorganisasian;
 - f. kerja sama; dan
 - g. fleksibel.
- (4) 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 perumahsakit;
 - c. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - d. telah mengikuti pelatihan perumahsakit meliputi Kepemimpinan, Kewirausahaan, Rencana Strategis Bisnis, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Tatakelola Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi Rumah Sakit, Pengelolaan Sumber Daya Manusia, yang harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun setelah menduduki jabatan Direktur;
 - e. pernah memimpin Pusat Kesehatan Masyarakat paling singkat selama 1 (satu) tahun; dan

- f. bersedia menandatangani *kontraktual performance agreement* dengan Pemerintah Daerah Kota dan pernyataan kesanggupan untuk menjalankan bisnis rumah sakit dengan meningkatkan kinerja pelayanan, kinerja keuangan dan kinerja yang berkontribusi positif terhadap kesehatan masyarakat.
- (5) Untuk dapat diangkat menjadi Pejabat Pengelola wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit Sarjana sesuai dengan bidang kerjanya; dan
 - b. telah mengikuti pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Sistem Rekrutment Pegawai, dan Sistem Remunerasi, yang harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatannya.

Paragraf 5
Pemberhentian Pejabat Pengelola
Pasal 16

- (1) Pimpinan dan pejabat pengelola 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 pejabat berhalangan tetap menjalankan pekerjaannya atau apabila terdapat kekosongan jabatan dan penggantinya belum ada, maka kekosongan jabatan tersebut dilaksanakan oleh pejabat lainnya yang ditunjuk sementara oleh Wali Kota.
- (3) Apabila semua pejabat berhalangan tetap melakukan pekerjaannya, maka sementara pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit dijalankan oleh pejabat yang ditunjuk oleh Wali Kota.

Bagian Kedua
Tugas dan Kewajiban, Fungsi, Wewenang dan
Tanggung Jawab Pimpinan
Paragraf 1
Tugas dan Kewajiban
Pasal 17

- (1) Pimpinan mempunyai tugas:
- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD agar lebih efisien dan produktivitas;

- b. merumuskan penetapan kebijakan teknis BLUD serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Wali Kota;
 - c. menyusun Renstra;
 - d. menyiapkan RBA;
 - e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Wali Kota sesuai dengan ketentuan;
 - f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
 - g. mengordinasikan pelaksanaan kebijakan BLUD yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis dan mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada Wali Kota;
 - h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Wali Kota sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pimpinan mempunyai kewajiban sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan dalam memimpin pelaksanaan tugas RSUD kelas D untuk membantu Wali Kota dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan daerah.

Paragraf 2 Fungsi

Pasal 18

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dalam Pasal 18 ayat (1), Pimpinan menyelenggarakan fungsi:

- a. koordinasi pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
- b. penetapan kebijakan penyelenggaraan Rumah Sakit sesuai dengan kewenangannya;
- c. penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit;
- d. pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi; dan
- e. evaluasi, pencatatan, dan pelaporan.

Paragraf 3 Wewenang

Pasal 19

Wewenang Pimpinan adalah:

- a. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh karyawan rumah sakit yang berkaitan dengan pemberian pelayanan;
- b. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
- c. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap rumah sakit;

- d. mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. memberikan penghargaan bagi pegawai yang berprestasi sesuai dengan peraturan internal rumah sakit;
- g. memberikan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. mendatangkan ahli, profesional, konsultan atau lembaga independen sesuai kebutuhan;
- i. menetapkan organisasi fungsional sesuai dengan kebutuhan;
- j. mengangkat pejabat fungsional dan memberhentikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- k. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- l. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
- m. meminta laporan dan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari bawahannya.

Paragraf 4 Tanggung Jawab

Pasal 20

Tanggung jawab Pimpinan menyangkut hal-hal sebagai berikut :

- a. memastikan kebijakan Rumah Sakit berjalan dengan baik dan benar;
- b. memastikan kegiatan pelayanan Rumah Sakit berjalan dengan lancar, efektif dan efisien;
- c. memastikan kebenaran proses program kerja, pengendalian, pengawasan dan laporan kegiatan yang dilaksanakan;
- d. meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan;
- e. mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga Tugas Pejabat Pengelola

Paragraf 1 Pejabat Keuangan

Pasal 21

- (1) Pejabat keuangan mempunyai tugas:
 - a. merumuskan kebijakan terkait pengelolaan keuangan;
 - b. mengoordinasikan penyusunan RBA;
 - c. menyiapkan DPA;
 - d. melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja;
 - e. menyelenggarakan pengelolaan kas;

- f. melakukan pengelolaan utang, piutang, dan investasi;
 - g. menyusun kebijakan pengelolaan barang milik daerah yang berada dibawah penguasaannya;
 - h. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
 - i. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan; dan
 - j. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Wali Kota dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pejabat keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab keuangan.
 - (3) Pejabat keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran.
 - (4) Pejabat keuangan, bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran harus dijabat oleh Pegawai Negeri Sipil.

Paragraf 2
Pejabat Teknis
Pasal 22

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

Bagian Keempat
Rapat
Paragraf 1
Umum
Pasal 23

- (1) Rapat adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan Pejabat Pengelola untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan rumah sakit.

- (2) Dalam rapat tertentu yang bersifat khusus, Direktur dapat mengundang Dewan Pengawas.
- (3) Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh bagian umum selaku notulis.
- (4) Rapat sebagaimana dimaksud ayat (1), terdiri dari :
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat tahunan; dan
 - c. rapat khusus.

Paragraf 2
Rapat Rutin

Pasal 24

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (4) huruf a, merupakan rapat terjadwal yang diselenggarakan Pejabat Pengelola.
- (2) Rapat rutin diselenggarakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (3) Dalam rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal yang berhubungan dengan kegiatan rumah sakit sesuai tugas, kewenangan dan kewajibannya.

Paragraf 3
Rapat Tahunan

Pasal 25

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (4) huruf b, merupakan rapat yang diselenggarakan oleh pejabat pengelola setiap tahun dengan tujuan menetapkan kebijakan tahunan rumah sakit.
- (2) Rapat tahunan diselenggarakan selama 1 (satu) kali dalam satu tahun.
- (3) Dalam rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal yang berhubungan dengan kegiatan dan evaluasi rumah sakit sesuai tugas, kewenangan dan kewajibannya.

Paragraf 4
Rapat Khusus

Pasal 26

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (4) huruf c, merupakan rapat yang diselenggarakan pejabat pengelola secara khusus untuk menetapkan kebijakan yang tidak termasuk dalam rapat rutin dan rapat tahunan.

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

Paragraf 5
Keputusan

Pasal 27

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

Bagian Kelima
Hubungan Direktur dengan pemilik dan Dewan Pengawas

Pasal 28

- (1) Pengelolaan RSUD kelas D dilakukan oleh Direktur yang bertanggung jawab sepenuhnya kepada Kepala Dinas Kesehatan melalui Dewan Pengawas.
- (2) Dewan pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan RSUD kelas D, dengan memberikan arahan kebijakan pelaksanaan, baik di bidang pelayanan, pendidikan, pelatihan serta penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan untuk tercapainya visi, misi, tujuan dan strategi RSUD kelas D.
- (3) Keberhasilan RSUD kelas D tergantung dari pengurusan Direktur dan pembinaan serta pengawasan dari Kepala Dinas Kesehatan melalui Dewan Pengawas sehingga dalam pertanggungjawaban tugas dan kewajiban antara Direktur dan Kepala Dinas Kesehatan adalah bersifat tanggung renteng.

Bagian Keenam
Hubungan Direktur Dengan Staf Medis

Pasal 29

- (1) Staf medis dalam melaksanakan tata Kelola klinis dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medis yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (2) Kebutuhan Staf Medis dalam melaksanakan tata kelola klinis dipenuhi oleh Direktur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Staf medis melaksanakan tata kelola klinis sesuai dengan standar prosedur operasional yang ditetapkan Direktur.

BAB VI DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 30

- (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 31

- (1) Jumlah Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 2 (dua) orang sebagai anggota.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat terdiri dari:
 - a. 1 (satu) orang pejabat dari Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Pemerintah di bidang kesehatan;
 - b. 1 (satu) orang pejabat dari Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan Pemerintah di bidang keuangan dan aset; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (3) Tenaga ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan BLUD.
- (4) Penetapan anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Tujuan

Pasal 32

Selain selaku representasi pemilik RSUD Kelas D sebagaimana dimaksud Pasal 10 Dewan Pengawas dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap pengelolaan rumah sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.

Bagian Ketiga Pembentukan, Pemberhentian dan Penggantian

Pasal 33

- (1) Dewan Pengawas dibentuk atas usulan Direktur melalui Dinas Kesehatan.

- (2) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Wali Kota.
- (3) Pengangkatan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola.
- (4) Untuk dapat diangkat menjadi Dewan Pengawas, calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan RSUD Kelas D;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
 - d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi RSUD Kelas D;
 - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f. berijazah paling rendah S1 (strata satu);
 - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
 - h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas atau Komisaris yang dinyatakan bersalah sehingga 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. mampu melaksanakan perbuatan hukum; dan
 - l. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit.

Bagian Keempat
Masa Jabatan Dewan Pengawas
Pasal 34

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- (3) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Wali Kota.

Bagian Kelima
Pemberhentian dan Penggantian
Pasal 35

- (1) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir;
 - c. mengundurkan diri; atau
 - d. diberhentikan sewaktu-waktu.

- (2) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terbukti:
- a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit;
 - e. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - f. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan rumah sakit; dan
 - g. terlihat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada RSUD Kelas D, negara dan/atau daerah.

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

Bagian Keenam

Biaya Dewan Pengawas

Pasal 36

- (1) 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.
- (2) Kepada Dewan Pengawas diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.
- (3) Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan sebagai berikut:
 - a. honorarium ketua Dewan Pengawas paling banyak sebesar 40% (empat puluh persen) dari gaji dan tunjangan pemimpin BULD;
 - b. honorarium anggota Dewan Pengawas paling banyak sebesar 30% (tiga puluh persen) dari gaji dan tunjangan pemimpin BULD;
 - c. honorarium Sekertaris Dewan Pengawas paling banyak sebesar 15% (lima belas persen) dari gaji dan tunjangan pimpinan BULD.

Bagian Ketujuh

Fungsi, Tugas, Kewajiban dan Wewenang

Paragraf 1

Fungsi dan Tugas

Pasal 37

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai wakil pemilik (*governing body*) dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakititan 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 berupa visi dan misi 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 ayat (3) huruf c, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil;
 - e. menyetujui dan mengkaji Visi Misi Rumah Sakit, memastikan masyarakat mengetahui Misi Rumah Sakit;
 - f. menyetujui strategi dan rencana operasional Rumah Sakit;
 - g. menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan professional kesehatan dan penelitian serta mengawasi mutunya;
 - h. menyetujui dan menyediakan modal, dana operasional dan sumber daya lain dan memenuhi Misi dan Restra Rumah Sakit;
 - i. melakukan evaluasi tahunan kinerja Direktur dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah ditetapkan;
 - j. mendukung Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan menyetujui program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - k. pengkajian laporan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien setiap 3 bulan, umpan balik perbaikan, evaluasi pada pertemuan berikutnya secara tertulis;
 - l. pengkajian laporan manajemen resiko setiap 6 bulan, umpan balik perbaikan, evaluasi pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
- (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.

Paragraf 2
Kewajiban
Pasal 38

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 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 terhadap kinerja RSUD Kelas D;
- d. memberikan nasehat kepada Direktur dalam melaksanakan pengurusan RSUD Kelas D.

Paragraf 3
Wewenang
Pasal 39

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 Direktur dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit 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 nonstruktural 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 Organisasi 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 rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Paragraf 4
Penilaian Kinerja

Pasal 40

- (1) Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Wali Kota sebagai pemilik, melalui laporan Dewan Pengawas paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan.
- (2) Penilaian Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat didelegasikan kepada Sekertaris Daerah.
- (3) Komponen penilaian kinerja Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas :
 - a. kehadiran dalam rapat;
 - b. pengawasan terhadap pelaksanaan rencana strategis;
 - c. penilaian pelaksana pengelolaan keuangan BLUD;
 - d. pengawasan pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. pengawasan pelaksanaan hak dan kewajiban pasien;
 - f. pengawasan pelaksanaan hak dan kewajiban RSUD kelas D;
 - g. pengawasan kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi dan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. responsivitas atas laporan RSUD kelas D.

Bagian Kelima
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 41

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur dapat mengangkat seorang Sekretaris 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.

Bagian Keenam
Rapat Dewan Pengawas
Paragraf 1
Umum
Pasal 42

- (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 Direktur dan Pejabat Pengelola.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari :
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat khusus; dan
 - c. rapat tahunan.

Paragraf 2
Rapat Rutin
Pasal 43

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 ayat (2) huruf a, merupakan rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direktur, Pejabat Pengelola dan Komite Medik serta pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mengklarifikasi atau mencari 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 seluruh anggota Dewan Pengawas, Direktur, Pejabat Pengelola, Komite Medik dan pihak lain.
- (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).

Paragraf 3
Rapat Khusus
Pasal 44

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 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 2 (dua) 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.

Paragraf 4
Rapat Tahunan

Pasal 45

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 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 46

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

Paragraf 5
Kuorum

Pasal 47

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan tercapai apabila dihadiri oleh 2/3 (dua per tiga) 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 48

- (1) Sekretaris Dewan Pengawas bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan dan pembuatan risalah rapat Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah setelah ditanda tangani 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.

Paragraf 6

Pengambilan Keputusan

Pasal 49

- (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.

Paragraf 7

Perubahan

Pasal 50

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat usulan perubahan atau pembatalan keputusan dicantumkan dalam undangan rapat dan disetujui dalam rapat.
- (2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak disetujui dalam rapat, usulan perubahan atau pembatalan keputusan tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak ditolaknya usulan.

BAB VII
SATUAN PENGAWAS INTERNAL

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 51

- (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.

Bagian Kedua
Tugas

Pasal 52

- (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 Direktur 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.

Bagian Ketiga Syarat

Pasal 53

- (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 VIII PERATURAN STAF MEDIS

Bagian Kesatu Nama, Tujuan dan Tanggung Jawab

Paragraf 1 Staf Medis

Pasal 54

- (1) Staf Medis adalah kelompok dokter dan dokter gigi yang mandiri dan memiliki kebebasan profesi dalam mengambil keputusan klinis, berdasarkan standar profesi, standar kompetensi dan standar pelayanan medis.
- (2) Kelompok staf medis RSUD Kelas D bertanggung jawab dan berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di RSUD Kelas D dalam rangka membantu pencapaian tujuan Pemerintah Daerah di bidang kesehatan.

Paragraf 2 Tujuan

Pasal 55

Pembentukan kelompok staf medis RSUD Kelas D bertujuan:

- a. mewujudkan tata kelola klinis profesional yang terbaik bagi semua pasien;
- b. menyelesaikan permasalahan medik administratif secara lebih efektif;
- c. mengupayakan dan mempertahankan kemampuan tata kelola klinis tanpa intervensi dari pihak luar; dan
- d. dapat melaksanakan pendidikan dan mempertahankan standar pendidikan klinis menjadi lebih baik.

Paragraf 3 Tanggung Jawab

Pasal 56

Kelompok staf medis RSUD Kelas D mempunyai tugas:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan;
- b. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
- c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan;

- d. dalam menjaga kualitas pelayanan sesuai dengan standar maka masing-masing KSM menyusun standar pelayanan medis sesuai kelompok staf medis mengacu kepada standar nasional;
- e. membuat rekam medis secara faktual, tepat waktu, aktual dan akurat; dan
- f. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Bagian Kedua Kategori Staf Medis

Pasal 57

Staf medis RSUD Kelas D dikelompokkan ke dalam kategori:

- a. staf medis organik atau Tetap yaitu dokter atau dokter gigi yang berasal dari Aparatur Sipil Negara bergabung dengan RSUD Kelas D sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama RSUD Kelas D serta bertanggung jawab kepada Direktur;
- b. staf medis kontrak, yaitu dokter atau dokter gigi yang bergabung dengan RSUD Kelas D sebagai staf medis kontrak, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama RSUD Kelas D serta bertanggung jawab kepada Direktur;
- c. staf medis mitra, yaitu dokter atau dokter gigi yang bergabung dengan RSUD Kelas D sebagai mitra, berkedudukan setingkat dengan RSUD Kelas D, bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggung gugat secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di RSUD Kelas D; dan
- d. staf medis tamu, yaitu dokter atau dokter gigi yang tidak tercatat sebagai staf medis RSUD Kelas D, tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis RSUD Kelas D atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Bagian Ketiga Penempatan dan Penempatan Kembali Staf Medis dalam Kelompok Staf Medis

Pasal 58

- (1) Keanggotaan staf medis merupakan hak istimewa yang dapat diberikan kepada dokter dan dokter gigi yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.

Pasal 59

Untuk dapat ditempatkan dalam kelompok staf medis, dokter atau dokter gigi harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. memiliki kompetensi yang dibutuhkan;

- b. memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP);
- c. memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang laik untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya; dan
- d. memiliki perilaku dan moral yang baik.

Pasal 60

- (1) Penempatan dan penempatan kembali staf medis dalam kelompok staf medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (2) Direktur dapat meminta pertimbangan komite medik dalam melakukan penempatan dan penempatan kembali staf medis dalam kelompok staf medis.

Pasal 61

- (1) Masa kerja sebagai staf medis RSUD Kelas D diatur sebagai berikut:
 - a. untuk staf medis organik atau tetap sampai dengan pegawai negeri sipil yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. untuk staf medis kontrak selama 1 (satu) tahun dan dapat perbaharui sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan dan sesuai kebutuhan RSUD Kelas D; dan
 - c. untuk staf medis mitra selama 1 (satu) tahun dan dapat perbaharui sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan dan sesuai kebutuhan RSUD Kelas D.
- (2) Staf medis organik atau tetap yang sudah memasuki pensiun dapat diangkat sebagai staf medis kontrak atau staf medis mitra sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan dan sesuai kebutuhan RSUD Kelas D.

Bagian Keempat Pembinaan

Pasal 62

Dalam hal staf medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan medis sehingga menimbulkan kecacatan dan atau kematian, atau kerugian, komite medik dapat melakukan audit.

Pasal 63

- (1) Dalam hal hasil audit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63, staf medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinis yang tidak sesuai dengan standar pelayanan, komite medik dapat mengusulkan kepada Direktur untuk dikenai sanksi administratif.
- (2) Penjatuhan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dituangkan dalam Keputusan Direktur dan disampaikan kepada staf medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada komite medik.

- (3) Dalam hal staf medis keberatan atas sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan Direktur.
- (4) Direktur harus menyelesaikan sanggahan tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya sanggahan tertulis.
- (5) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (4) bersifat final.

Bagian Kelima
Penilaian Kinerja Staf Medis
Pasal 64

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Penilaian kinerja profesional staf medis dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IX
PENGORGANISASIAN STAF MEDIS

Bagian Kesatu
Umum
Pasal 65

Semua dokter atau dokter gigi yang melaksanakan praktik kedokteran di unit pelayanan RSUD Kelas D, termasuk unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan RSUD Kelas D wajib menjadi anggota kelompok staf medis.

Pasal 66

- (1) Dalam melaksanakan tugas, staf medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok staf medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian yang sama.
- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok staf medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 67

- (1) Kelompok staf medis dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggota staf medis fungsional.
- (2) Ketua kelompok staf medis dijabat oleh dokter organik.
- (3) Ketua kelompok staf medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur berdasarkan masukan dari anggota staf medis.

- (4) Masa bakti ketua kelompok staf medis minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya kelompok staf medis dibantu tenaga administratif.

Pasal 68

- (1) Peraturan internal staf medis bertujuan untuk:
 - a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi dengan berbasis keselamatan pasien (*patient safety*);
 - b. memungkinkan dikembangkan berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional;
 - c. menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut staf medis; dan
 - d. mengontrol dan menjamin berbagai peraturan tentang staf medis yang telah dibuat sesuai dengan kebijakan Wali Kota dan ketentuan 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 Kelas D;
 - d. surat Penugasan Klinis dari Direktur RSUD Kelas D;
 - 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 69

- (1) Penerimaan, penerimaan kembali dan pemberhentian staf medis dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku di RSUD Kelas D.
- (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 Kelas D; dan
 - e. tidak mematuhi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang berlaku di RSUD Kelas D.
- (4) Tata cara pemberhentian anggota staf medis ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 70

Staf medis kontrak yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja kembali untuk masa kontrak berikutnya setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak RSUD Kelas D.

Bagian Ketiga Tugas, Fungsi dan Tanggung Jawab

Pasal 71

- (1) Tugas staf medis pada RSUD Kelas D 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; dan
 - 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 72

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 73

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 74

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan preventif dan korektif terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi kepala seksi 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 kepala seksi pelayanan medis.
- (5) Pembinaan dan pengawasan staf medis secara administratif dilakukan oleh kepala seksi pelayanan medis.

Pasal 75

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

Bagian Kelima

Mitra Bestari

Pasal 76

- (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 *Ad Hoc* untuk membantu komite medik melakukan kredensial, penjaminan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.
- (4) Penetapan Mitra Bestari sebagai panitia *Ad Hoc* sebagaimana ayat (3) ditetapkan dengan keputusan Direktur atas usulan ketua komite medik.

Bagian Keenam
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Pasal 77

- (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 78

- (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 berlaku.
- (4) DPJP pada pelayanan rawat inap sudah harus ditentukan sebelum pasien masuk rawat inap.

Pasal 79

- (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.
- (3) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut diluar kompetensi DPJP utama, Direktur dapat mengalihrawatkan kepada staf medis yang mempunyai kompetensi sesuai dengan kondisi pasien.
 - (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ditetapkan oleh Direktur.

BAB X
KOMITE DAN INSTALASI
Bagian Kesatu
Komite

Pasal 80

- (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 81

- (1) Komite sebagaimana dimaksud Pasal 80 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) 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.

- (3) Tiap-tiap komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Bagian Kedua Instalasi

Pasal 82

- (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 83

- (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.

Bagian Ketiga Kewenangan Klinis

Pasal 84

Setiap dokter atau dokter gigi yang diterima sebagai staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinis oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari komite medik.

BAB XI KOMITE MEDIK Bagian Kesatu Umum Pasal 85

- (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. sekretaris; dan
 - c. subkomite :
 1. subkomite kredensial;
 2. subkomite mutu profesi; dan
 3. subkomite etika dan disiplin profesi.
- (5) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya dapat terdiri dari :
 - a. ketua dan sekretaris tanpa subkomite; atau
 - b. ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota subkomite.
- (6) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (7) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (6) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.
- (8) Masa kepengurusan komite medik selama 3 (tiga) tahun.
- (9) Ketua komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (10) Masukan staf medis sebagaimana dimaksud ayat (9) di atas berupa usulan dari kepanitiaan pemilihan ketua komite medik yang dibentuk oleh Direktur.
- (11) Kepanitiaan dimaksud ayat (10) dibentuk oleh Direktur selambat lambatnya 2 (dua) bulan sebelum berakhirnya masa bakti kepengurusan komite medik.
- (12) Pengangkatan dan pemberhentian seluruh personalia komite medik oleh Direktur.
- (13) Untuk mencapai tujuan sebagaimana ayat (2) di atas Komite Medik menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur.

Pasal 86

- (1) Ketua komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari para staf medik.

- (2) Persyaratan Ketua Komite Medik:
- berstatus sebagai staf medis purna waktu;
 - mempunyai kemampuan memimpin dan kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - peka terhadap perkembangan perumahsakit;
 - bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya;
 - mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi; dan
 - tidak memegang jabatan struktural di rumah sakit.
- (3) Pengunduran diri:
- pengurus komite medik dapat mengundurkan diri dengan alasan yang kuat dan membuat permintaan tertulis kepada Direktur 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;
 - 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 87

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
- melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medik di rumah sakit;
 - memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - kompetensi;
 - kesehatan fisik dan mental;
 - perilaku;
 - etika profesi.
 - evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;

- e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat.
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi 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 88

- (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 Kelas D yang ditandatangani oleh Direktur.

Bagian Keempat
Pengorganisasian Subkomite Komite Medik

Pasal 89

- (1) Anggota Komite Medik terbagi dalam 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 90

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 *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (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; dan
- g. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

Pasal 91

- (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 92

- (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 93

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; dan
- f. memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.

Pasal 94

- (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 95

- (1) Subkomite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis.
- (2) Selain pertemuan ilmiah sebagaimana disebutkan pada ayat (1), 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 96

- (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 97

Tugas subkomite etika dan disiplin profes:

- 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;
- d. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.

Pasal 98

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 99

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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 atau Direktur rumah sakit terlapor.
- (3) Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
- (4) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

Pasal 100

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 101

- (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 XII KOMITE KEPERAWATAN

Bagian Kesatu Umum

Pasal 102

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

Bagian Kedua Pengorganisasian Komite Keperawatan

Pasal 103

- (1) Kepengurusan komite keperawatan dibentuk melalui Keputusan Direktur RSUD Kelas D tentang pembentukan susunan komite keperawatan RSUD Kelas D.
- (2) Susunan kepengurusan komite keperawatan sebagaimana dimaksud ayat (1), sebagai berikut :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. subkomite kredensial keperawatan/kebidanan;
 - d. subkomite mutu profesi keperawatan/kebidanan;
 - e. subkomite etik dan disiplin.

Bagian Ketiga Tugas Komite Keperawatan

Pasal 104

Secara umum komite keperawatan mempunyai tugas dan fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang menjalankan praktek profesi di RSUD Kelas D dengan cara:

- a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan/kebidanan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di RSUD Kelas D, 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 Kelas D;
 4. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis;
 5. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

Bagian Keempat Kewenangan Komite Keperawatan

Pasal 105

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 XIII KOMITE ETIK DAN HUKUM

Bagian Kesatu Umum

Pasal 106

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

- (2) Pembentukan Komite Etik dan Hukum bertujuan untuk membentuk tata kelola pelayanan yang baik, serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien di RSUD Kelas D 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 107

- (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 108

- (1) Komite Etik dan Hukum bertugas meningkatkan dan menjaga kepatuhan penerapan etika dan hukum di Rumah Sakit, dengan cara:
 - a. menyusun Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*);
 - b. menyusun pedoman Etika Pelayanan;
 - c. membina penerapan Etika Pelayanan, Etika Penyelenggaraan, dan hukum perumahsakitan;
 - d. mengawasi pelaksanaan penerapan Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan;
 - e. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
 - f. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum; dan
 - g. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di Rumah Sakit.
- (2) Selain tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite etik dan hukum bertugas:
 - 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 XIV
KOMITE TENAGA KESEHATAN LAINNYA

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 109

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur dan dalam pelaksanaan tugas serta peran dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya bertanggung jawab 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 110

- (1) Kepengurusan komite tenaga kesehatan lainnya dibentuk melalui Surat Keputusan Direktur tentang pembentukan susunan komite tenaga kesehatan lainnya RSUD Kelas D.
- (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 111

Secara umum komite tenaga kesehatan lainnya mempunyai tugas dan fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya yang menjalankan praktek profesi di RSUD Kelas D dengan cara:

- a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan lainnya yang akan melakukan pelayanan di RSUD Kelas D, 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 Kelas D;
 4. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis;
 5. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan pasien.

Bagian Keempat
Kewenangan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
Pasal 112

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 XV
KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI
Bagian Kesatu
Umum

Pasal 113

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 114

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

- (2) Komite atau Tim PPI bertugas melaksanakan kegiatan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, dan pembinaan.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dilaporkan kepada Direktur secara berkala paling sedikit 2 (dua) kali dalam setahun, atau sesuai dengan kebutuhan.

Bagian Ketiga
Tugas dan Fungsi Komite PPI

Pasal 115

- (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 resistennya 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 (1) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
 - (3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB XVI
KOMITE MUTU
Bagian Kesatu
Umum

Pasal 116

Komite Mutu dibentuk untuk menjamin pemberian pelayanan sesuai dengan standar pelayanan medik, keselamatan pasien dan dilaksanakan secara terpadu sesuai dengan kebutuhan pasien.

Bagian Kedua
Pengorganisasian Komite
Pasal 117

- (1) Komite Mutu terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (2) Ketua dan Sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merangkap sebagai anggota.
- (3) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak boleh merangkap sebagai pejabat struktural di Rumah Sakit.
- (4) Ketua, sekretaris, dan anggota Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipilih dan diangkat oleh Direktur.

Bagian Ketiga
Tugas dan Fungsi Komite
Pasal 118

- (1) Tugas Komite Mutu 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.
- (2) Komite Mutu 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.
 - (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan (3) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
 - (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB XVII KOMITE FARMASI DAN TERAPI

Bagian Kesatu Umum

Pasal 119

Komite Farmasi dan Terapi dibentuk untuk memantau penggunaan obat secara rasional, meliputi tepat indikasi, tepat pasien, tepat *regiment*, tepat obat tepat dosis dan waspada efek samping obat.

Bagian Kedua Pengorganisasian Komite

Pasal 120

- (1) Komite Farmasi dan Terapi terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (2) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dijabat oleh seorang dokter atau seorang apoteker, apabila diketuai oleh dokter maka sekretarisnya adalah apoteker, namun apabila diketuai oleh apoteker, maka sekretarisnya adalah dokter.

Bagian Ketiga
Tugas dan Fungsi Komite

Pasal 122

- (1) Tugas Komite Farmasi dan Terapi adalah:
 - 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 medication error;
 - h. menyebarluaskan informasi terkait kebijakan penggunaan obat di Rumah Sakit.
- (2) 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.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan (3) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB XVIII
KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)

Pasal 123

- (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 medis.
- (3) Kewenangan klinis diberikan oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- (4) Penentuan kewenangan klinis 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 124

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis 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 125

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik, Komite Medik dapat memberi rekomendasi kepada Direktur untuk melakukan pencabutan, pencabutan sementara atau pembatasan kewenangan klinis staf medis.

- (2) Pencabutan, pencabutan sementara atau pembatasan kewenangan klinis ini dapat dilakukan apabila staf medis 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 126

- (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 127

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

Pasal 128

Kewenangan klinis sementara dapat diberikan kepada dokter pengganti oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari komite medik.

Pasal 129

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 klinis reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan.

BAB XIX

PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

Pasal 130

- (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 XX
KERAHASIAAN DAN INFORMASI MEDIS
Pasal 131

- (1) Rumah sakit :
 - a. rumah sakit berhak membuat peraturan yang berlaku di rumah sakit sesuai dengan kondisi keadaan yang ada di rumah sakit;
 - b. rumah sakit wajib menyimpan rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. isi dokumen rekam medis dapat diberikan kepada pasien ataupun pihak lain atas izin pasien secara tertulis;
 - d. isi dokumen rekam medis dapat diberikan untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dokter:
 - a. mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;
 - b. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
 - c. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika hukum dan kedokteran.

- (3) Pasien:
- a. berhak mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur sikap tindakan sebagai pasien;
 - b. wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya;
 - c. mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis antara lain:
 1. diagnosis dan tata cara tindakan medis;
 2. tujuan tindakan medis yang dilakukan;
 3. alternatif tindakan lain dan resikonya;
 4. resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 5. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
 - d. meminta konsultasi kepada dokter lain (*second opinion*) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya.
 - e. mendapatkan isi rekam medis.
 - f. membuka isi rekam medis untuk kepentingan peradilan, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XXI
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 132

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 15 September 2023
WALI KOTA BEKASI,

Ttd

TRI ADHianto TJAHYONO

Diundangkan di Bekasi
pada tanggal 15 September 2023
SEKRETARIS DAERAH KOTA BEKASI,

Ttd

JUNAEDI

BERITA DAERAH KOTA BEKASI TAHUN 2023 NOMOR 55