

BERITA DAERAH
KOTA BEKASI



NOMOR : 56

2023

SERI : E

PERATURAN WALI KOTA BEKASI

NOMOR 56 TAHUN 2023

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)

UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KELAS D JATISAMPURNA KOTA BEKASI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA BEKASI,

Menimbang : a. bahwa dalam rangka pelaksanaan pelayanan Kesehatan di Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Jatisampurna Kota Bekasi, maka diperlukan pedoman dalam melaksanakan peran dan fungsi Pemilik, Pengelola dan Komite Medik;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu ditetapkan Peraturan Wali Kota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Jatisampurna 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 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
4. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601) telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 121, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 755);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 671);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1053);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 157);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1221);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1799);
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
16. Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2016 tentang Urusan Pemerintahan yang Menjadi Kewenangan Daerah Kota Bekasi (Lembaran Daerah Kota Bekasi Tahun 2016 Nomor 6);

17. Peraturan Wali Kota Bekasi Nomor 46 Tahun 2019 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Jatisampurna Kota Bekasi (Berita Daerah Kota Bekasi Tahun 2019 Nomor 46);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KELAS D JATISAMPURNA 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 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 yang selanjutnya disebut RSUD Kelas D adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Jatisampurna Kota Bekasi.
6. Direktur adalah Direktur Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Jatisampurna Kelas D Kota Bekasi.
7. Direksi adalah Direktur, Kasubbag Administrasi Umum dan Kepegawaian, Kasubbag Perencanaan dan Keuangan, Kasie Pelayanan Medik dan Kasie Pelayanan Penunjang Medik yang bertanggungjawab terhadap kinerja operasional RSUD Jatisampurna.
8. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
9. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
10. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate by Laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.

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

22. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah non-struktural yang bertugas melaksanakan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis Yang Sehat.
23. Staf Medis adalah Dokter Umum, Dokter Gigi Umum, Dokter Spesialis, dan Dokter Gigi Spesialis, yang bekerja di bidang Medis dalam jabatan fungsional, melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan, pendidikan dan penelitian secara purna waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku.
24. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
25. Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
26. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis dirumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
27. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
28. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
29. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang Aparatur Sipil Negara (ASN) dalam suatu satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian atau keterampilan tertentu.
30. Instalasi merupakan fasilitas atau sarana tempat penyelenggaraan kegiatan pelayanan profesi dan pelayanan penunjangnya, kegiatan penelitian dan pengembangan, kegiatan pada pelatihan serta kegiatan pemeliharaan sarana rumah sakit, tempat penyelenggaraan upaya kuratif dan rehabilitatif, terdiri dari satuan-satuan pelaksana Instalasi Fungsional.
31. Sistem Pelayanan Kesehatan (*Health Care System*) yang merupakan bagian dari sistem kesehatan adalah upaya peningkatan derajat kesehatan, yang terdiri dari upaya pelayanan kesehatan perorangan (*Personal Health Care*) dalam beberapa literatur disebut *Medical Care* dan upaya pelayanan kesehatan masyarakat (*Public Health Care*).

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

42. Upaya penyembuhan/ pengobatan dan pemulihan, diselenggarakan oleh berbagai disiplin staf fungsional dalam suatu tim, dimana staf medik fungsional berperan sebagai coordinator dan penanggung jawab tim (*Captain Of The Ship*).

BAB II IDENTITAS

Bagian Kesatu Nama dan Kedudukan Rumah Sakit Pasal 2

Nama Rumah Sakit ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Kota Bekasi, beralamat di Jalan raya Kranggan No. 26, Jatisampurna, Kec. Jatisampurna, Kota Bekasi. Telepon : 021 22817282, Website : <http://rsudjatisampurna.bekasikota.go.id/>.

Pasal 3

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

Pasal 4

RSUD Kelas D adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) yang dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wali Kota melalui Kepala Dinas Kesehatan dan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).

Bagian Kedua Visi, Misi dan Tata Nilai

Pasal 5

- (1) Visi RSUD Kelas D adalah “Menjadi Rumah Sakit Pilihan Masyarakat Yang Melayani Sepenuh Hati”.
- (2) Misi RSUD Kelas D adalah :
 - a. memberikan pelayanan kesehatan yang optimal, ramah dan berkualitas.
 - b. meningkatkan sarana dan prasarana yang dapat menunjang pelayanan.

c. mengembangkan sumber daya manusia yang profesional secara berkesinambungan.

(3) Tata Nilai RSUD Kelas D adalah :

HATI : Handal, Amanah, Terpercaya, Inovatif

Bagian Ketiga
Asas dan Tujuan Rumah Sakit
Pasal 6

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

Pasal 7

Tujuan RSUD Kelas D adalah melaksanakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

BAB III
TATA KELOLA
Pasal 8

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.

Pasal 9

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

BAB IV
PENJABAT PENGELOLA
Bagian Kesatu
Umum
Pasal 10

- (1) Pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit secara keseluruhan dilakukan oleh Direksi RSUD Kelas D.
- (2) Direksi pada RSUD Kelas D berjumlah 1 (satu) pejabat fungsional yang mendapatkan tugas tambahan dan memiliki 4 (empat) pejabat struktural yang 2 (dua) Kepala Seksi, 2 (dua) Kepala Sub Bagian.

- (3) Direktur bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (4) Kepala Seksi dan Kepala Sub Bagian sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) terdiri dari Kepala Sub Bagian Administrasi umum dan Kepegawaian, Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan, Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medik.
- (5) Kepala Seksi dan Kepala Sub Bagian sebagaimana dimaksud ayat (4) bertanggung jawab kepada Direktur sesuai bidang dan tanggung jawab masing-masing.

Pasal 11

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

Pasal 12

- (1) Kepala Pelayanan Medik, membawahi :
 - a. Unit IGD;
 - b. Unit Kandungan dan kebidanan (VK);
 - c. Unit Rawat Jalan;
 - d. Unit Rawat Inap;
 - e. Unit Intensif;
 - f. Unit Bedah;
 - g. Unit Kesehatan gigi dan mulut;
 - h. Unit Rekam Medis dan Pendaftaran;
 - i. Casemix.
- (2) Kepala Pelayanan Penunjang Medik, membawahi :
 - a. Unit Farmasi;
 - b. Unit Laboratorium;
 - c. Unit Gizi;
 - d. Unit PSRS;
 - e. Unit Radiologi;
 - f. Unit CSSD;

- g. Unit Rehabilitasi Medik;
- h. Unit Kesling K3
- i. Unit Pemulasaran Jenazah;

(3) Kepala Administrasi Umum

- a. Unit Kepegawaian;
- b. Unit Pengelola Barang;
- c. Unit Tata Usaha;
- d. Unit Teknologi Informasi;
- e. Unit Informasi Dokumentasi;
- f. Unit Kemananan;
- g. Unit Kebersihan;
- h. Unit Ambulance.

(4) Kepala Perencanaan dan Keuangan, membawahi :

- a. Unit Perencanaan;
- b. Unit Perpajakan;
- c. Kuangan;
- d. Bendahara;
- e. Kasir.

Bagian Kedua

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.

Bagian Ketiga

Pengangkatan dan Pemberhentian Direktur, Kepala Seksi
dan Kepala Sub Bagian

Pasal 14

- (1) Direktur, Kepala Seksi dan Kepala Sub Bagian diangkat dan diberhentikan oleh Wali Kota.
- (2) Direktur, Kepala Seksi dan Kepala Sub Bagian bertanggung jawab kepada Wali Kota melalui Kepala Dinas Kesehatan.

- (3) Untuk diangkat menjadi Direktur wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut :
- berkewarganegaraan Indonesia
 - seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria, kemampuan, keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitan;
 - berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan;
- (4) Untuk diangkat menjadi Kepala Sub Administrasi Umum dan Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- seseorang dengan latar belakang minimal Pendidikan Strata 1 (S1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman di bidang administrasi, keuangan dan/atau akuntansi;
 - berstatus Pegawai Negari Sipil;
 - Memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan.
- (5) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Kepala Seksi Penunjang Medik wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut :
- seseorang tenaga kesehatan yang memenuhi kriteria keahlian, integritas dan kepemimpinan;
 - berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan.

Pasal 15

- (1) Direktur, Kepala Seksi dan Kepala Sub Bagian dapat diberhentikan karena :
- meninggal dunia;
 - memasuki usia pensiun bagi Pegawai Negeri Sipil;
 - berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
 - tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
 - melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah ditetapkan;
 - mengundurkan diri;
 - promosi dan/atau mutasi jabatan; dan
 - terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum.

(2) Apabila salah satu atau beberapa direksi berhalangan tetap mejalankan pekerjaannya atau apabila terdapat kekosongan jabatan dan penggantinya belum ada, maka kekosongan jabatan tersebut dilaksanakan oleh direksi lainnya yang ditunjuk sementara oleh Wali Kota.

(3) Apabila semua Anggota Direksi berhalangan tetap melakukan pekerjaannya, maka sementara pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit dijalankan oleh pejabat yang ditunjuk oleh Wali Kota.

Bagian Keempat
Rapat

Pasal 16

(1) Rapat direksi adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur, Kepala Sub Bagian, dan Kepala Seksi untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan rumah sakit.

(2) Dalam rapat tertentu yang bersifat khusus, direksi dapat mengundang Dewan Pengawas.

(3) Untuk setiap rapat direksi dibuat daftar hadir, risalah, dan berita acara rapat oleh Bagian Umum selaku Notulis.

(4) Rapat Direksi terdiri dari :

- Rapat Rutin;
- Rapat Tahunan; dan
- Rapat Khusus.

Pasal 17

(1) Rapat Rutin diselenggarakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam seminggu.

(2) Dalam rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal yang berhubungan dengan kegiatan rumah sakit sesuai tugas, kewenangan dan kewajibannya.

Pasal 18

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

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

Pasal 19

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

BAB V

DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu

Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 20

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

Pasal 21

- (1) Dewan Pengawas berjumlah 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur-unsur :
- a. pejabat pada Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan Pengelolaan Keuangan BLUD.
 - b. pejabat yang bertanggung jawab terhadap kebijakan kesehatan;
 - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit;
 - d. organisasi profesi;
 - e. asosiasi perumahsakitan; dan
 - f. tokoh masyarakat.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu :
- a. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya.

- b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau Komisaris atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah dihukum melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
- c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Bagian Kedua
Pembentukan, Pemberhentian dan Penggantian
Pasal 22

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

Pasal 23

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

- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf e, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Wali Kota.

Pasal 24

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (2), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Pasal 25

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

Bagian Ketiga Fungsi, tugas, Kewajiban dan Wewenang

Pasal 26

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

(4) Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim Ad-hoc.

(5) Pembentukan komite audit atau Tim Ad- hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (4) hanya dapat dilakukan untuk keperluan investigasi.

(6) Selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud ayat (2), Dewan Pengawas juga menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

(7) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada pemilik rumah sakit paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-sewaktu atas permintaan Wali Kota.

Pasal 27

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 Dewan Pengawas berkewajiban :

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

Pasal 28

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

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan rumah sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal rumah sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direksi dan/ atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit non struktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam Menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) untuk ditetapkan oleh Wali Kota;
- f. menghadiri rapat Direksi dan memberikan pandangan-pandangan untuk perbaikan terhadap pengelolaan rumah sakit;
- g. memberikan saran, pertimbangan atau bantuan kepada Direksi/ Pejabat Pengelola dalam melakukan perbuatan hukum tertentu.

Pasal 29

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

Bagian Keempat
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 30

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas.

- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun mengikuti masa jabatan Dewan Pengawas dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Bagian Kelima
Rapat Dewan Pengawas
Pasal 31

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

Pasal 32

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (2) huruf a, merupakan rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direksi Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di rumah sakit.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 4 (empat) kali dalam setahun pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, direksi, Komite Medik dan pihak lain untuk dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu;
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (apabila ada).

Pasal 33

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (2) huruf b merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; dan
 - b. ada permintaan yang harus ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 34

- (1) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) huruf c, merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
- (2) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun kalender.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat tahunan kepada peserta rapat paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sebelum rapat tahunan diselenggarakan.
- (4) Dalam rapat tahunan Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan rumah sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 35

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

Pasal 36

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

Pasal 37

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

Pasal 38

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

BAB VI

SATUAN PENGAWAS INTERNAL

Pasal 39

- (1) Dalam upaya membantu Direktur di bidang pengawasan internal di bentuk SPI.

- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) di bentuk 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.
- (7) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 40

- (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 pada ayat (1) sekurang-kurangnya meliputi kegiatan pengelolaan keuangan, pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis yang sehat dan pengelolaan administrasi umum lainnya.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) SPI berfungsi:
 - a. merancang sistem pemeriksaan dan sistem pengendalian internal;
 - b. melaksanakan pemeriksaan/ audit keuangan dan audit manajemen operasional;

- c. melakukan identifikasi risiko sebagai upaya membantu Direksi mencegah terjadinya penyimpangan;
 - d. memberikan konsultasi dan pembinaan tentang manajemen risiko terkait dengan pengendalian internal;
 - e. melakukan hubungan dengan Eksternal Auditor.
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), SPI menyelenggarakan fungsi :
- a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
 - d. mendorong dipatuhiannya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat.

Pasal 41

- (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 Diploma 3 (D-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;
 - 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 Pegawai Negeri Sipil (PNS) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VII
KOMITE DAN INSTALASI
Bagian Kesatu
Komite
Pasal 42

- (1) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis Komite ditetapkan oleh Direktur setelah pengkajian menurut kebutuhan rumah sakit.
- (3) Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis ke pada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah.
- (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 43

- (1) Komite sebagaimana dimaksud pada Pasal 42 ayat (1) terdiri dari:
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan;
 - c. Komite Etik dan Hukum;
 - d. Komite Tenaga Kesehatan lainnya;
 - e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
 - f. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - g. Komite Farmasi dan Terapi;
 - h. serta komite lain nya yang dibutuhkan oleh rumah sakit.
- (2) Tiap-tiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Ketua dan Anggota Komite dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya apabila terbukti :
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/ atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan rumah sakit.

- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
- (5) Setiap Komite akan dijabarkan dalam bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya.

Bagian Kedua
Instalasi
Pasal 44

- (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 Kepala Dinas Kesehatan.
- (3) Dalam melaksanakan kegiatan operasional, pelayanan instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang, seksi dan instalasi terkait lainnya.

Pasal 45

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

BAB VII
KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 46

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (1) huruf a 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) Komite Medik memiliki masa bakti selama 3 (tiga) tahun;
- (5) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Wakil Ketua;
 - c. Sekretaris; dan
 - d. Anggota yang terbagi dalam Sub Komite :
 - 1. Subkomite Kredensial;
 - 2. Subkomite Mutu Profesi; dan
 - 3. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- (6) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (7) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (8) Masukan Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (7) di atas berupa usulan dari kepanitiaan pemilihan Ketua Komite Medik yang di bentuk oleh Direktur.
- (9) Kepanitiaan dimaksud ayat (8) dibentuk oleh Direktur selambat - lambatnya 2 (dua) bulan sebelum berakhirnya masa bakti kepengurusan Komite Medik
- (10) Wakil Ketua, Sekretaris Komite Medik dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan masukan dari Ketua Komite Medik.
- (11) Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh Personalia Komite Medik oleh Direktur.
- (12) Untuk mencapai tujuan sebagaimana pada ayat (2) di atas Komite Medik menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur.

Pasal 47

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari para Staf Medik.

(2) Persyaratan Ketua Komite Medik :

- a. berstatus sebagai Staf Medis purna waktu;
- b. mempunyai kemampuan memimpin dan kredibilitas yang tinggi dalam profesi;
- c. menguasai segi ilmu profesi dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
- d. peka terhadap perkembangan perumahsakitan;
- e. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
- f. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesi;
- g. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi; dan
- h. tidak memegang jabatan struktural di Rumah Sakit.

(3) Pengunduran diri:

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

Bagian Kedua
Tugas, Fungsi dan Kewenangan Komite Medik
Pasal 48

(1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:

- a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medik di rumah sakit;
- b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
- c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi medik.

(2) Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;

- b. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
 - c. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - d. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - e. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - f. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - g. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf b, staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka Pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf c, staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit;
 - 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*);
 - h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Bagian Ketiga
Rapat Komite Medik

Pasal 49

- (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 Komite Medik RSUD Kelas D yang ditandatangani oleh Direktur.

Bagian Keempat
Pengorganisasian Subkomite Komite Medik

Pasal 50

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

Bagian Kelima
Subkomite Kredensial
Pasal 51

Sub Komite Kredensialing sebagaimana dimaksud dalam Pasal 50 ayat (1) huruf a mempunyai tugas dan wewenang sebagai berikut:

- 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 mimpi;
 - 3. perilaku;
 - 4. etika profesi.
- c. mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/ P3KGB) tenaga medis;
- d. mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
- e. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
- f. melakukan proses re -kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

Pasal 52

- (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. Psikimotor.
 - 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 53

- (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 tergan ggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Dalam proses rekredensialing 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 54

SubKomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 50 ayat (1) huruf b mempunyai tugas dan wewenang sebagai berikut :

- 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 (P2KB)/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis;
- d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis rumah sakit;

- e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan;
- f. memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.

Pasal 55

- (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 56

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

- (6) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

Pasal 57

- (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 58

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam pasal 50 ayat (1) huruf c, mempunyai tugas sebagai berikut:

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

Pasal 59

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 60

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

Pasal 61

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 62

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

BAB IX KOMITE KEPERAWATAN Bagian Kesatu Umum Pasal 63

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (1) huruf b merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur rumah sakit 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 kesehatan perawat dan bidan melalui mekanisme-kredensial, memelihara mutu profesi, dan menjaga disiplin, etika serta perilaku profesi.

Bagian Kedua
Pengorganisasian Komite Keperawatan
Pasal 64

- (1) Kepengurusan Komite Keperawatan dibentuk melalui Keputusan Direktur;
- (2) Komite Keperawatan memiliki masa bakti selama 3 (tiga) tahun;
- (3) Susunan Kepengurusan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sebagai berikut:
 - a. Ketua;
 - b. Wakil Ketua;
 - c. Sekretaris;
 - d. Sub komite kredensial keperawatan/kebidanan;
 - e. Sub komite mutu profesi keperawatan/kebidanan;
 - f. Sub komite etik dan disiplin.

Bagian Ketiga
Tugas Komite Keperawatan
Pasal 65

Secara umum Komite Keperawatan mempunyai tugas dan fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang menjalankan praktik 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 professional 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 66

Komite Keperawatan memiliki kewenangan meliputi:

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis yang berupa Surat penugasan Kerja Klinis (SPKK);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
- f. memberikan rekomendasi Pendidikan keperawatan dan Pendidikan kebidanan berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

BAB X
KOMITE ETIK DAN HUKUM
Bagian Kesatu
Umum
Pasal 67

- (1) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 ayat (1) huruf c 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 68

- (1) Kepengurusan Komite Etik dan Hukum dibentuk melalui Keputusan Direktur;
- (2) Komite Etik dan Hukum memiliki masa bakti selama 3 (tiga) tahun;
- (3) Susunan Kepengurusan Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud ayat sebagai berikut :
 - a. ketua;
 - b. wakil ketua;
 - c. Sekretaris;
 - d. 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 69

Komite Etik dan Hukum melaksanakan tugas sebagai berikut :

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

BAB XI
KOMITE TENAGA KESEHATAN LAINNYA
Bagian Kesatu
Umum
Pasal 70

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 ayat (1) huruf d merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit 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 71

- (1) Kepengurusan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dibentuk melalui Surat Keputusan Direktur.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki masa bakti selama 3 (tiga) tahun;
- (3) Susunan Kepengurusan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud ayat (1), sebagai berikut:
 - a. Ketua;
 - b. Wakil Ketua;
 - c. Sekretaris;
 - d. Sub Komite Kredensial;
 - e. Sub Komite Mutu;
 - f. Sub Komite Etik dan Disiplin.

Bagian Ketiga
Tugas Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
Pasal 72

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 73

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;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

BAB XII
KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI
Bagian Kesatu
Umum
Pasal 74

Komite PPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (1) huruf e 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 75

(1) Kepengurusan Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi dibentuk melalui Surat Keputusan Direktur;

- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi memiliki masa bakti selama 3 (tiga) tahun;
- (3) Susunan Kepengurusan Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud ayat sebagai berikut:
- Ketua;
 - Wakil Ketua;
 - Sekretaris;
 - Anggota;
- (4) Komite atau Tim PPI bertugas melaksanakan kegiatan kegiatan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, dan pembinaan.

Bagian Ketiga
Tugas dan Fungsi Komite PPI
Pasal 76

- (1) Tugas dan fungsi Komite PPI sebagai berikut:
- menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI;
 - melaksanakan sosialisasi kebijakan PPIRS, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit;
 - membuat SPO PPI;
 - menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;
 - bekerja sama dengan Tim PPI dalam melakukan investigasi masalah atau KLB *Healthcare Associated Infections* (HAI's);
 - memberikan usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI;
 - mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;
 - mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan SDM rumah sakit dalam PPI;
 - melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan;
 - menerima laporan dari Tim PPI dan membuat laporan kepada Direktur;
 - berkoordinasi dengan unit terkait;
 - memberikan usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pemantauan kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarkan luaskan data resistensi antibiotika;
 - 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 pemprosesan 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 tindakantindakan yang menyimpang dari standar prosedur/ monitoring surveilans prose;
- t. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

(2) Hasil pelaksanaan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud dalam ayat (5) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.

(3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB XIII
KOMITE MUTU
Bagian Kesatu
Umum
Pasal 77

Komite Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (1) huruf f dibentuk untuk menyelenggarakan tata kelola Mutu yang baik agar meningkatkan mutu pelayanan medis di rumah.

Bagian Kedua
Pengorganisasian Komite Mutu

Pasal 78

- (1) Komite Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (1) huruf t dibentuk dengan Keputusan Direktur.
- (2) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien memiliki masa bakti selama 3 (tiga) tahun.

- (3) Kepengurusan Komite Mutu dibentuk melalui Surat Keputusan Direktur.
- (4) Susunan Kepengurusan Komite Mutu sebagaimana dimaksud ayat sebagai berikut:
- a. Ketua;
 - b. Wakil Ketua;
 - c. Sekretaris;
 - d. Anggota;

Bagian Ketiga
Tugas dan Fungsi Komite Mutu
Pasal 79

- (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 dibidang 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 Ilmu dan Teknologi 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 ayat (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 XIV
KOMITE FARMASI DAN TERAPI
Bagian Kesatu
Umum
Pasal 80

Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (1) huruf g dibentuk untuk menyelenggarakan tata kelola Farmasi dan Terapi yang baik agar meningkatkan mutu pelayanan di rumah.

Bagian Kedua
Pengorganisasian Komite Farmasi dan Terapi
Pasal 81

- (1) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (1) huruf t dibentuk dengan Keputusan Direktur;
- (2) Komite Farmasi dan Terapi memiliki masa bakti selama 3 (tiga) tahun;
- (3) Kepengurusan Farmasi dan Terapi dibentuk melalui Surat Keputusan Direktur;
- (4) Susunan Kepengurusan Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud ayat sebagai berikut:
 - a. Ketua;
 - b. Wakil Ketua;
 - c. Sekretaris;
 - d. Anggota;

Bagian Ketiga
Tugas dan Fungsi Komite Farmasi dan Terapi
Pasal 82

- (1) Tugas Komite Farmasi dan Terapi adalah :
 - a. menerbitkan kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat yang aman, bermanfaat dan bermutu bagi masyarakat dengan harga yang terjangkau;
 - b. menyusun draft standar pelayanan farmasi;
 - c. menyelenggarakan lokakarya dan menyempurnakan draft setelah mendapat masukan dari Lokakarya, segenap staf medis dan pihak - pihak lain terkait guna mendapat hasil yang maksimal;
 - d. Komite Farmasi dan Terapi harus mengadakan rapat secara teratur sedikitnya 2 (dua) bulan sekali;
 - e. segala sesuatu yang berhubungan dengan rapat Komite Farmasi dan Terapi diatur oleh Sekretaris;

- f. membina hubungan kerja dengan panitia lain di rumah sakit yang sasarannya berhubungan dengan penggunaan obat.

(2) Fungsi Komite Farmasi dan Terapi adalah :

- a. Mengembangkan formularium di rumah sakit dan merevisinya. Pemilihan obat untuk dimasukan 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 ayat (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 XV
PENGORGANISASIAN STAF MEDIS
Bagian Kesatu
Umum
Pasal 83

(1) Peraturan Internal Staf Medis bertujuan untuk:

- a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi dengan berbasis keselamatan pasien (*patient safety*);
- b. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional;
- c. menyediakan forum bagi pembahasan isu - isu menyangkut staf medis; dan

- d. mengontrol dan menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan Pemilik serta peraturan perundang-undangan.
- (2) Staf Medis dalam menjalankan tugas profesi/ praktik kedokteran di lingkungan 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 84

- (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;
 - 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.

Bagian Ketiga
Tugas, Fungsi dan Tanggung Jawab
Pasal 85

(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 (dua puluh empat)jam;
- d. membuat resume medis pasien rawat jalan IGD pada saat pasien pulang, dirujuk keluar rumah sakit atau meninggal;
- e. membuat resume medis pasien rawat inap paling lambat 1 x 24 jam setelah pasien pulang, dirujuk keluar rumah sakit atau meninggal;
- f. melakukan visite pasien rawat inap.

(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 86

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 87

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 88

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

Pasal 89

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

Bagian Kelima
Kelompok Staf Medis
Pasal 90

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

- (2) Secara administratif manajerial, KSM berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Seksi Pelayanan Medis.
- (3) KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beranggotakan paling sedikit 2 (dua) orang Staf Medis.
- (4) Dalam hal tidak terdapat Staf Medis dengan profesi dan keahlian yang sama maka dapat dilakukan penggabungan Staf Medis dengan profesi dan keahlian yang berbeda dalam satu KSM.
- (5) KSM terdiri dari :
 - a. KSM Anak ;
 - b. KSM Obstetri dan Ginekologi;
 - c. KSM Penyakit Dalam dan Gizi Klinik;
 - d. KSM Bedah Umum;
 - e. KSM Paru;
 - f. KSM Penyakit Dalam;
 - g. KSM Patologi Klinik;
 - h. KSM Anestesi ;
 - i. KSM Saraf ;
 - j. KSM Rehabilitasi Medik;
 - k. KSM Dokter Umum;
 - l. KSM Dokter Gigi Umum;
 - m. KSM Dokter Gigi Spesialis (Konservasi).
- (6) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan Kelompok Staf Medis dapat dilakukan sesuai peraturan yang berlaku dan lebih lanjut diatur dalam Keputusan Direktur.

Pasal 91

- (1) Kelompok Staf Medik dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota staf medis.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua KSM dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 kali masa jabatan dengan mempertimbangkan masukan dari anggota staf medis.
- (3) Pemilihan Calon Ketua KSM dilakukan sesuai prosedur yang telah ditetapkan oleh Direktur;
- (4) Ketua KSM bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medis;

- (5) Tugas Ketua KSM adalah mengkoordinasikan semua kegiatan, menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja anggota kelompok staf medis;
- (6) Anggota KSM yang mendapat tugas dalam jabatan non struktural dalam rumah sakit tetap menjadi anggota KSM dengan mengutamakan tugas dalam jabatan tersebut;
- (7) Anggota KSM yang mendapat tugas dalam jabatan struktural maka wajib mengundurkan diri dari anggota KSM;
- (8) Apabila Ketua KSM diangkat menjadi Ketua Komite Medik maka wajib mengundurkan diri dari jabatan Ketua KSM dan Direktur menetapkan Ketua KSM yang baru sebagai penggantinya.

Pasal 92

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

Bagian Keenam
Mitra Bestari

Pasal 93

- (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 lafin, perhimpunan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, kolegium dokter/ dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/ atau institusi pendidikan kedokteran/ kedokteran gigi.
- (3) Mitra Bestari yang berasal dari luar rumah sakit dapat ditunjuk sebagai Panitia *Adhoc* untuk membantu Komite Medik melakukan kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di Rumah Sakit.
- (4) Penetapan Mitra Bestari sebagai Panitia *Adhoc* sebagaimana ayat (3) ditetapkan dengan keputusan Direktur atas usulan Ketua Komite Medik.

Bagian Ketujuh
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Pasal 94

- (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 95

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

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

Pasal 96

- (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, diagnose 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. mila diperlukan, DPJP melakukan presentasi kasus medis yang ditanganinya di hadapan Komite Medik;
 - e. membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran dalam pendidikan klinis dirumah sakit.
- (3) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut diluar kompetensi DPJP utama, Direktur dapat mengalihrawatkan kepada staf medis yang mempunyai kompeten sesuai dengan kondisi pasien.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ditetapkan oleh Direktur.

BAB XVI
KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)

Pasal 97

- (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 Klinik diberikan oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- (4) Penentuan Kewenangan Klinik didasarkan atas jenis ijazah/ sertifikat, kompetensi dan pengalaman staf medis yang bersangkutan.
- (5) Kewenangan Klinis setiap staf medis fungsional dapat berbeda walaupun memiliki spesialisasi/ keahlian yang sama.
- (6) Dalam hal terdapat Kewenangan Klinis yang dapat dilakukan oleh lebih dari satu Kelompok Staf Medik, maka keputusan penentuan Kewenangan Klinik ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Komite Medik.
- (7) Pemberian Kewenangan Klinis tersebut diatas dapat ditinjau ulang dengan melakukan Rekredensial untuk menentukan apakah dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut oleh Direktur.

Pasal 98

- (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 99

- (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 100

- (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 101

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

Pasal 102

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

Pasal 103

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

BAB XVII
PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)

Pasal 104

- (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*); dan
 - 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 kepegawaiannya sesuai peraturan yang berlaku; atau
 - g. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak (mengundurkan diri) dengan rumah sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
- (5) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketetapan dan/ atau kontrak kerja yang berlaku (bagi tenaga kontrak, tenaga honorer, tamu dan konsultan

BAB XVIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 105

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan 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 56