



**BUPATI SITUBONDO**  
**PROVINSI JAWA TIMUR**

**PERATURAN BUPATI SITUBONDO**  
**NOMOR 52 TAHUN 2017**

**TENTANG**  
**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**  
**ASEMBAGUS SITUBONDO**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI SITUBONDO,**

- Menimbang** : a. bahwa guna mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional maka perlu dibentuk Peraturan Internal pada rumah sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan sebagai pelaksanaan ketentuan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*), dipandang perlu menetapkan Peraturan Bupati Situbondo tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Situbondo;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Timur (Lembaran Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara republik Indonesia Nomor 41) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang

- Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Timur (Lembaran Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara republik Indonesia Nomor 2730);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
  3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
  5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
  6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
  7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
  8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
11. Peraturan Presiden Nomor 87 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan BLUD;
13. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 109/PMK.05/2007 tentang Dewan Pengawas Badan Layanan Umum;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) di Rumah Sakit;
19. Peraturan Bupati Situbondo Nomor 20 Tahun 2015 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Situbondo;
20. Peraturan Bupati Situbondo Nomor 39 Tahun 2017 Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi Unit Pelaksana Teknis RSUD Asembagus Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo.

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ASEMBAGUS SITUBONDO.**

**BAB I****KETENTUAN UMUM****Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Situbondo.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Situbondo.
3. Bupati adalah Bupati Situbondo.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus yang selanjutnya disebut rumah sakit adalah RSUD Asembagus Kabupaten Situbondo.
5. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) di lingkungan Pemerintah Kabupaten Situbondo yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
6. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
7. Peraturan Internal adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.

8. 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 medis di rumah sakit.
9. Peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
10. Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
11. Direktur adalah pimpinan tertinggi di rumah sakit yang diangkat menjadi Direktur oleh Pemilik rumah sakit atau yang mewakili.
12. Komite Medis 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.
13. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan medicoetikolegal dan etika pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan "Hospital By Laws" dan "medical staf by laws", gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di rumah sakit.
14. Satuan Pemeriksa Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di rumah sakit.
15. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di rumah sakit.
16. Dokter adalah dokter umum, dokter gigi dan dokter spesialis yang melakukan pelayanan di rumah sakit.

17. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medis, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usul Komite Medis.
18. 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*).
19. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
20. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
21. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
22. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
23. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
24. Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien yang selanjutnya disingkat UPMKP adalah Unit kerja yang menjalankan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.
25. Keselamatan Pasien Rumah Sakit Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia yang selanjutnya disingkat KPRS PERSI adalah institusi keselamatan rumah sakit dari perhimpunan rumah sakit seluruh indonesia
26. Surat Penugasan Klinis yang selanjutnya disingkat SPK adalah surat yang diterbitkan oleh direktur sebagai dasar penugasan klinis staf medis dan keperawatan.

**BAB II**  
**RUANG LINGKUP**

**Pasal 2**

Ruang lingkup Peraturan Bupati ini adalah :

- a. Peraturan internal institusi (*Hospital By Laws*);
- b. Peraturan internal staf medis (*Medical Staff By Laws*).

**BAB III**

**PERATURAN INTERNAL INSTITUSI**  
**(INTERNAL CORPORATE)**

**Bagian Kesatu**

**Nama, Visi Dan Misi, Nilai Dan Filosofi, Motto, Tujuan,  
Strategi Dan Program**

**Paragraf 1**

**Nama**

**Pasal 3**

Nama rumah sakit adalah RSUD Asembagus Situbondo.

**Paragraf 2**

**Visi dan Misi**

**Pasal 4**

- (1) Visi rumah sakit adalah :  
**“Menjadi rumah sakit dengan pelayanan terbaik, bermutu, berteknologi tinggi serta humanis”.**
- (2) Misi rumah sakit adalah :
  - a. memberikan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu, mengutamakan keselamatan dan kepuasan masyarakat, berteknologi tinggi, humanis dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup yang sehat, sejahtera dan berkeadilan;
  - b. meningkatkan kualitas SDM yang beriman, berkualitas, berintegritas, terampil, kompeten, profesional, berprestasi dan aktif dalam pembangunan;
  - c. menciptakan lingkungan kerja yang sehat, dinamis dan berwawasan lingkungan;

- d. meningkatkan sarana dan prasarana secara berkelanjutan;
- e. meningkatkan tata kelola yang baik dalam penyelenggaraan pemerintahan;
- f. memiliki pelayanan kesehatan unggulan yang menjadi rujukan dan memberikan manfaat yang banyak kepada masyarakat.

### **Paragraf 3**

#### **Motto, Tujuan, Strategi dan Program**

### **Pasal 5**

- (1) Motto RSUD Asembagus yaitu :

**“PAKAR PELAYANAN KESEHATAN ANDA”**

yang kepanjangannya :

P = PROFESIONAL

A = AKURAT

K = KOMPETEN

A = AMANAH

R = RAMAH

Dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat

- (2) Tujuan rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang didasarkan pada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial.
- (3) Strategi rumah sakit adalah mengoptimalkan potensi Sumber Daya Manusia yang didukung oleh *stake holder* serta status sebagai PPK-BLUD untuk memenuhi standar pelayanan yang ditentukan sehingga terwujud pelayanan yang bermutu, prima dan unggul guna mempertahankan dan meningkatkan kepercayaan pelanggan (pasien) yang semakin sadar dan mampu dalam memelihara kesehatan.
- (4) Dalam rangka mewujudkan tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) rumah sakit mempunyai program-program indikatif sebagai berikut :
- a. peningkatan kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit BLUD;



- b. pengadaan dan peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit;
- c. standarisasi pelayanan kesehatan;
- d. promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat; dan
- e. pembinaan lingkungan sosial.

**Bagian Kedua**  
**Kedudukan Dan Status Rumah Sakit**

**Paragraf 1**  
**Kedudukan**

**Pasal 6**

RSUD Asembagus berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah dan merupakan unsur pendukung atas tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan.

**Pasal 7**

Rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

**Pasal 8**

Rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 merupakan Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

**Paragraf 2**  
**Status Rumah Sakit**

**Pasal 9**

Rumah sakit adalah Unit Pelaksana Teknis Pada Dinas Kesehatan yang menerapkan PPK-BLUD.

**Bagian Ketiga**  
**Wewenang dan Tanggung Jawab**  
**Pemerintah Daerah**

**Pasal 10**

Wewenang Pemerintah Daerah meliputi :

- a. menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola, Peraturan Internal Rumah Sakit, dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit beserta perubahannya;
- b. mengangkat, menetapkan, dan memberhentikan Dewan Pengawas dan Pejabat Pengelola sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;
- c. memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi dan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku.

**Pasal 11**

Tanggung Jawab Pemerintah Daerah meliputi :

- a. menyediakan rumah sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat;
- b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di rumah sakit bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. membina dan mengawasi penyelenggaraan rumah sakit;
- d. memberikan perlindungan kepada rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab;
- e. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian rumah sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
- g. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
- h. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa;

- i. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan
- j. mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.

#### **Bagian Keempat**

#### **Organisasi Rumah Sakit**

#### **Pasal 12**

- (1) Susunan Organisasi rumah sakit terdiri dari :
  - a. Direktur;
  - b. Sub Bagian Tata Usaha;
  - c. Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan;
  - d. Seksi Penunjang Medis dan Non Medis;
  - e. Komite-komite; dan
  - f. Kelompok Staf Medis.
- (2) Susunan Organisasi rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.

#### **Bagian Kelima**

#### **Dewan Pengawas**

#### **Paragraf 1**

#### **Umum**

#### **Pasal 13**

- (1) Dewan Pengawas dibentuk oleh Bupati atas usulan Direktur.
- (2) Dewan Pengawas bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD yang dilakukan oleh pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas berkewajiban :
  - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Strategi Bisnis dan Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan BLUD, dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD;

- c. melaporkan kepada Bupati apabila terdapat gejala menurunnya kinerja BLUD;
  - d. memberikan nasehat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan pengelolaan BLUD;
  - e. memberikan masukan, saran, atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja BLUD kepada pejabat pengelola;
  - f. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelola BLUD; dan
  - g. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Dewan Pengawas diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.

## **Paragraf 2 Tata Kerja**

### **Pasal 14**

- (1) Rapat rutin diselenggarakan sesuai jadwal rapat yang diselenggarakan Dewan Pengawas, tidak termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, mencari pemecahan masalah atau alternatif solusi berbagai masalah di rumah sakit.
- (3) Setiap rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihadiri oleh Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola rumah sakit, Komite Medis, dan pihak lain yang ada di lingkungan rumah sakit atau dari luar lingkungan rumah sakit apabila diperlukan.
- (4) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (5) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola rumah sakit, Komite Medis dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat dilaksanakan.

- (6) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan :
- a. 1 (satu) salinan agenda;
  - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
  - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

### **Pasal 15**

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

### **Pasal 16**

- (1) Rapat Tahunan diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun.
- (2) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
- (3) Rapat Tahunan diselenggarakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.

- (4) Dewan Pengawas memberikan masukan, saran atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja BLUD kepada Pejabat Pengelola, melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelola BLUD.

### **Pasal 17**

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

### **Pasal 18**

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memenuhi syarat apabila dihadiri oleh  $\frac{2}{3}$  (dua per tiga) dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Bila kuorum tidak tercapai dalam waktu 30 (tiga puluh) menit dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada tempat, hari, dan jam yang sama minggu berikutnya.
- (4) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu 30 (tiga puluh) menit dari waktu rapat yang telah ditentukan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), maka rapat tetap dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

### **Pasal 19**

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (2) telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

**Pasal 20**

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan/ditandatangani oleh ketua Dewan Pengawas dalam waktu maksimal 14 (empat belas) hari setelah rapat diselenggarakan.
- (3) Segala putusan dalam risalah rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yang berupa rekomendasi wajib dilaksanakan oleh rumah sakit.

**Pasal 21**

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

**Pasal 22**

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

**Bagian Keenam**

**Direktur**

**Paragraf 1**

**Umum**

**Pasal 23**

- (1) Pimpinan rumah sakit adalah Direktur.
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (3) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dari pejabat fungsional dokter/dokter gigi yang diberikan tugas tambahan, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.
- (4) Direktur membantu Bupati dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
- (5) Direktur bertanggung jawab terhadap kegiatan pelayanan dan pengelolaan rumah sakit termasuk staf medis fungsional.

**Pasal 24**

Tugas Pokok dan Fungsi Direktur diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.

**Paragraf 2**

**Wewenang Direktur**

**Pasal 25**

Direktur mempunyai wewenang untuk :

- a. memimpin dan mengelola rumah sakit sesuai dengan tujuan rumah sakit dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. menggunakan, memelihara dan mengelola aset rumah sakit;
- c. mewakili rumah sakit baik di dalam dan di luar Pengadilan;
- d. menetapkan kebijakan anggaran modal dan operasional rumah sakit;
- e. menetapkan Kebijakan dan prosedur, menyetujui pendidikan, penelitian dan pengembangan para profesional di bidang kesehatan;



- f. pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh Pemerintah Daerah;
- g. menyiapkan Rencana Jangka Panjang dan Rencana Bisnis dan Anggaran rumah sakit;
- h. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai dengan kelaziman yang berlaku bagi rumah sakit;
- i. mengusulkan Organisasi dan Tata Kerja rumah sakit lengkap dengan susunan jabatan dan rincian tugasnya untuk disetujui oleh Bupati;
- j. menyetujui kebijakan dan prosedur serta menyetujui pendidikan para profesional kesehatan dan penelitian;
- k. mengangkat dan memberhentikan tenaga honorer dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- l. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban tenaga honorer dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- m. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala.

### **Paragraf 3**

### **Persyaratan Direktur**

### **Pasal 26**

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :

- a. seorang dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di rumah sakit;
- e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Aparatur Sipil Negara.

**Bagian Ketujuh**  
**Satuan Pemeriksa Internal**

**Pasal 27**

- (1) SPI dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (2) Tugas dan tanggung jawab SPI adalah :
  - a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi rumah sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
  - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan rumah sakit;
  - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :
    1. informasi penting rumah sakit terjamin keamanannya;
    2. fungsi sekretariat rumah sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif;
    3. penyajian laporan-laporan rumah sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan;
  - d. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2), SPI mempunyai fungsi :
  - a. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset rumah sakit;
  - b. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
  - c. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan rumah sakit.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) SPI bertanggungjawab langsung kepada Direktur.

- (5) Pelaporan hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) merupakan bahan pertimbangan dan disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

#### **BAB IV**

### **PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (MEDICAL STAFF BYLAWS)**

#### **Bagian Kesatu**

#### **Nama, Maksud, dan Tujuan**

#### **Pasal 28**

- (1) Nama staf medis rumah sakit adalah staf medis RSUD Asembagus.
- (2) Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Medis adalah agar Komite Medis dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- (3) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medis meliputi :
  - a. tercapainya kerjasama yang baik antara staf medis dengan Bupati dan antara staf medis dengan Direktur;
  - b. tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
  - c. terciptanya tanggung jawab staf medis terhadap mutu pelayanan medis di rumah sakit;
  - d. untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medis yang dilandasi semangat bahwa hanya staf medis yang kompeten dan berperilaku professional saja yang dapat melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
- (4) Tujuan pengorganisasian staf medis :
  - a. agar semua pasien menerima pelayanan medis yang terbaik;
  - b. agar masalah medico-administratif diselesaikan bersama dengan pihak Manajemen;
  - c. mengupayakan dan mempertahankan *self government*; dan

- d. melaksanakan kegiatan Pendidikan dan mempertahankan Standar Pendidikan.

**Bagian Kedua**

**Kategori Staf Medis**

**Paragraf 1**

**Umum**

**Pasal 29**

Staf medis berdasarkan hubungan kerja dengan rumah sakit terbagi ke dalam kategori :

- a. dokter tetap;
- b. dokter kontrak.

**Pasal 30**

- (1) Dokter tetap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 huruf a terdiri dari dokter umum, dokter gigi dan dokter spesialis yang bekerja penuh waktu di rumah sakit.
- (2) Dokter kontrak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 huruf b terdiri dari dokter umum dan/dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak di rumah sakit dan ditetapkan dengan keputusan Direktur untuk jangka waktu tertentu.

**Paragraf 2**

**Hak Staf Medis**

**Pasal 31**

- (1) Dokter tetap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 huruf a mempunyai hak untuk :
  - a. dipilih dan memilih pada berbagai jabatan staf medis;
  - b. berbicara dalam pertemuan staf medis;
  - c. berpartisipasi aktif mengikuti berbagai kegiatan staf medis serta menghadiri pertemuan-pertemuan staf medis;
  - d. melaksanakan kegiatan pelayanan medis di kelompok staf medis sesuai penempatannya;
  - e. menganamnesa, memeriksa dan menegakan diagnosa terhadap pasien;

- f. menganjurkan pemeriksaan penunjang untuk mempertajam diagnosa kerja; dan
  - g. memeriksa pasien baru dan lama yang dirawat untuk menentukan tindakan/terapi sesuai keadaan saat tersebut.
- (2) Dokter Kontrak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 huruf b mempunyai hak untuk :
- a. dipilih dan memilih pada berbagai jabatan staf medis;
  - b. berbicara pada pertemuan staf medis;
  - c. berpartisipasi aktif mengikuti berbagai kegiatan staf medis serta menghadiri pertemuan-pertemuan staf medis;
  - d. melaksanakan kegiatan pelayanan medis di kelompok staf medis sesuai penempatannya;
  - e. menganamnesa, memeriksa dan menegakan diagnosa terhadap pasien;
  - f. menganjurkan pemeriksaan penunjang untuk mempertajam diagnosa kerja;
  - g. memeriksa pasien baru dan lama yang dirawat untuk menentukan tindakan/terapi sesuai keadaan saat tersebut.

### **Paragraf 3**

#### **Kewajiban Staf Medis**

#### **Pasal 32**

Staf medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 memiliki kewajiban sebagai berikut :

- a. memiliki Surat Ijin Praktek di rumah sakit;
- b. memberikan pelayanan terbaik sesuai dengan kompetensi;
- c. bekerja sesuai waktu dan ketentuan yang berlaku;
- d. memperbaharui/meningkatkan pengetahuan di bidang medis dengan mengikuti kegiatan-kegiatan ilmiah, seminar, maupun diskusi.

**Paragraf 4****Tanggungjawab Staf Medis****Pasal 33**

Staf medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 memiliki tanggung jawab untuk :

- a. mematuhi seluruh ketentuan kepegawaian yang berlaku pada Pemerintah Daerah dan rumah sakit;
- b. menunjukkan komitmen untuk mewujudkan visi dan misi RSUD;
- c. memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat sesuai kemampuan yang dimilikinya sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- d. mematuhi Standar Pelayanan Medis dan standar lain yang diterapkan rumah sakit;
- e. memakai tanda pengenal sebagai staf medis RSUD pada saat memberikan pelayanan medis;
- f. berpartisipasi dalam pertemuan-pertemuan baik pertemuan untuk membahas masalah medis, perencanaan atau pertemuan lain untuk meningkatkan kinerja pelayanan medis rumah sakit;
- g. mematuhi segala ketentuan yang tercantum dalam perjanjian kerja antara direktur dan staf medis.

**Bagian Ketiga****Kewenangan Klinis****Paragraf 1****Umum****Pasal 34**

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur.
- (2) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).
- (3) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medis melalui Subkomite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota KSM.
- (4) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada seorang anggota KSM untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.

- (5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) adalah Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di rumah sakit, dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di rumah sakit kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Subkomite Kredensial pada Komite Medis.

## **Paragraf 2**

### **Rekomendasi Kewenangan Klinis**

#### **Pasal 35**

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (3) adalah :

- a. Pendidikan, yaitu :
  - 1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi; dan
  - 2. menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
- b. perizinan (lisensi), yaitu :
  - 1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
  - 2. memiliki ijin praktek yang diterbitkan oleh Perangkat Daerah yang menangani urusan perizinan yang masih berlaku.
- c. kegiatan penjagaan mutu profesi, yaitu :
  - 1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
  - 2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. kualifikasi personal, yaitu :
  - 1. riwayat disiplin dan etika profesi;
  - 2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
  - 3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
  - 4. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
  - 5. memiliki asuransi proteksi profesi.

- e. pengalaman di bidang keprofesian, yaitu :
1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
  2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

### **Paragraf 3**

### **Pembatasan Kewenangan Klinis**

#### **Pasal 36**

- (1) Apabila dipandang perlu, Komite Medis dapat memberi rekomendasi kepada Direktur agar Kewenangan Klinis anggota KSM dibatasi berdasarkan keputusan dari Subkomite Kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dipertimbangkan apabila dalam pelaksanaan tugasnya anggota KSM tersebut dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis serta dari sudut hukum.
- (3) Subkomite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota KSM setelah terlebih dahulu :
  - a. ketua KSM mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medis;
  - b. komite Medis meneruskan permohonan tersebut kepada Subkomite Kredensial untuk meneliti kinerja klinik, etika dan disiplin profesi medis anggota KSM yang bersangkutan;
  - c. subkomite Kredensial berhak memanggil anggota KSM yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan;
  - d. subkomite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.



**Paragraf 4**  
**Pencabutan Kewenangan Klinis**

**Pasal 37**

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medis, berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan apabila :
  - a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - b. adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; dan
  - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medis.

**Paragraf 5**  
**Pengakhiran Kewenangan Klinis**

**Pasal 38**

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medis, berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (SPK) :
  - a. habis masa berlakunya;
  - b. dicabut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 ayat (2).

**Bagian Keempat**  
**Komite-Komite**

**Pasal 39**

- (1) Dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah professional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medis, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), farmasi dan terapi serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.

- (2) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
- a. Komite Medis;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
  - d. Komite Farmasi dan Terapi; dan
  - e. Komite-komite lainnya yg diperlukan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- (3) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

**Bagian Kelima  
Komite Medis**

**Paragraf 1  
Umum**

**Pasal 40**

- (1) Komite Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 ayat (2) huruf a merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit.
- (2) Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.

**Paragraf 2  
Organisasi dan Keanggotaan Komite Medis**

**Pasal 41**

- (1) Komite Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 ayat (2) huruf a dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Subkomite, yang terdiri dari :
    1. Sub Komite Kredensial;
    2. Sub Komite Mutu Profesi;
    3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (3) Keanggotaan Komite Medis ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.

- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.
- (5) Anggota Komite Medis terbagi kedalam Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Huruf c.

### **Paragraf 3**

#### **Pemilihan Komite Medis**

#### **Pasal 42**

- (1) Ketua Komite Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (2) huruf a ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sekretaris Komite Medis dan Ketua-Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medis dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di rumah sakit.

### **Paragraf 4**

#### **Tugas, Fungsi dan Wewenang Komite Medis**

#### **Pasal 43**

- (1) Komite Medis mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Komite Medis memiliki fungsi sebagai berikut :
  - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari KSM berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian dalam bidang :
    1. kompetensi;
    2. kesehatan fisik dan mental;
    3. perilaku;
    4. etika profesi.

- c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
  - e. penilaian dan pemutusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan penyampaian rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medis;
  - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medis;
  - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan Rekomendasi Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b Komite Medis 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;
  - d. proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c Komite Medis memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di rumah sakit;
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
- (5) Komite medis memiliki wewenang untuk :
- 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*);

- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

### **Paragraf 5**

#### **Hubungan Komite Medis dan Direktur**

#### **Pasal 44**

- (1) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medis.
- (2) Ketua komite medis bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite medis wajib memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukan kepada direktur.
- (4) Direktur bersama komite medis menyusun pengaturan layanan medis (*medical staff rules and regulations*) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk rumah sakit hingga keluar dari rumah sakit.

### **Paragraf 6**

#### **Panitia Adhoc**

#### **Pasal 45**

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medis dapat dibantu oleh panitia adhoc.
- (2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur berdasarkan usulan ketua komite medis.
- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.

- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

**Paragraf 7**  
**Sub Komite**

**Pasal 46**

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medis dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite Medis yang ada di rumah sakit terdiri dari:
- a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi;
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

**Pasal 47**

Komite Medis melalui Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf a memiliki peran untuk melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf medis di rumah sakit guna memproteksi masyarakat.

**Pasal 48**

- (1) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf a terdiri dari :
- a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- (3) Sub Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur.

- (4) Instrumen sebagaimana dimaksud pada ayat (3) paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan Kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan.
- (5) Pada akhir proses kredensial, Komite Medis menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (6) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

#### **Pasal 49**

- (1) Staf medis mengajukan permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur kepada Komite Medis.
- (3) Sub Komite Kredensial melakukan kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (4) Pengkajian oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:
  - a. kompetensi:
    1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
    2. kognitif;
    3. afektif;
    4. psikomotor;
  - b. kompetensi fisik;
  - c. kompetensi mental/perilaku; dan
  - d. perilaku etis.
- (5) Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (6) Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara :
  - a. menyusun daftar Kewenangan Klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap KSM;

- b. mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
  - c. mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
- (7) Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medis berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (8) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa :
- 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; dan
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (9) Bagi staf medis yang ingin memulihkan Kewenangan Klinis yang dikurangi atau menambah Kewenangan Klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medis melalui Direktur, selanjutnya, Komite Medis menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

### **Pasal 50**

Komite Medis melalui Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf b mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis untuk menjaga mutu profesi para staf medis.

### **Pasal 51**

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf b terdiri dari :

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.



**Pasal 52**

- (1) Pelaksanaan audit medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 50 memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu :
  - 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 Medis dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*);
  - d. sebagai dasar bagi Komite Medis dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), adalah :
  - a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
  - b. penetapan standar dan kriteria;
  - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
  - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
  - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
  - f. menerapkan perbaikan;
  - g. rencana reaudit.
- (3) Subkomite Mutu Profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis, yaitu:
  - a. menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing KSM dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
  - b. pertemuan sebagaimana dimaksud pada huruf a dapat berupa pembahasan kasus antara lain meliputi :
    1. kasus kematian (*death case*),
    2. kasus sulit; dan/atau
    3. kasus langka.
  - c. setiap pertemuan ilmiah harus disertai dengan notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;

- d. notulensi dan daftar hadir sebagaimana dimaksud pada huruf c menjadi dokumen/arsip Sub Komite Mutu Profesi;
  - e. sub Komite Mutu Profesi bersama-sama dengan KSM menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Sub Komite Mutu Profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
  - f. setiap KSM wajib menentukan paling sedikit 1 (satu) kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan bersama dengan Sub Komite Mutu Profesi setiap tahun;
  - g. sub Komite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
  - h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
  - i. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Manajemen.
- (4) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan, dengan cara :
- a. menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis;
  - b. komite medis berkoordinasi dengan Direktur untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

### **Pasal 53**

Komite Medis melalui Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf c mempunyai peran dalam upaya pendisiplinan staf medis.

#### **Pasal 54**

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Displin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf c terdiri dari:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

#### **Pasal 55**

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Etika dan Displin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf c memiliki semangat yang berlandaskan :
  - a. peraturan internal rumah sakit;
  - b. peraturan internal staf medis;
  - c. etika rumah sakit; dan
  - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika.
- (2) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu :
  - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - b. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar Kewenangan Klinis di rumah sakit;
  - d. kode etik kedokteran Indonesia;
  - e. pedoman perilaku professional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
  - f. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
  - g. pedoman pelayanan medis/klinik; dan
  - h. standar prosedur operasional asuhan medis.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (4) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri dari 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil yang berasal dari unsur :
  - a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika 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 Medis dengan persetujuan Direktur atau Direktur terlapor.

- (5) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut :
- a. sumber laporan, dibedakan menjadi :
    1. perorangan :
      - a) manajemen rumah sakit;
      - b) staf medis lain;
      - c) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
      - d) pasien atau keluarga pasien.
    2. Non perorangan :
      - a) hasil konferensi kematian;
      - b) hasil konferensi klinis.
  - b. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal sebagai berikut :
    1. kompetensi klinis;
    2. penatalaksanaan kasus medis;
    3. pelanggaran disiplin profesi;
    4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit;
    5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.
  - c. Pemeriksaan :
    1. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
    2. melalui proses pembuktian;
    3. dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medis;
    4. terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
    5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
    6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.
  - d. Keputusan panel diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidaknya pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit.
  - e. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru;
  - f. Keputusan Panel bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Medis;

- g. Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi di rumah sakit berupa :
    - 1. peringatan tertulis;
    - 2. limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
    - 3. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
    - 4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.
  - h. Keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur oleh Ketua Komite Medis sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur rumah sakit melakukan eksekusi;
  - i. Pemeriksaan dilakukan dengan segera yaitu dalam waktu 1x24 jam maksimal 6 (enam) hari kerja sejak masuknya laporan.
- (6) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran.
- (7) Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, symposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medis.
- (8) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

### **Paragraf 8**

### **Rapat Komite Medis**

### **Pasal 56**

Rapat Komite Medis terdiri dari :

- a. Rapat rutin bulanan dilaksanakan bersama staf medis setiap 1 (satu) bulan sekali;
- b. Rapat koordinasi dilaksanakan bersama dengan pejabat pengelola rumah sakit paling sedikit 3 (tiga) bulan sekali;
- c. Rapat khusus; dan
- d. Rapat tahunan.

**Pasal 57**

- (1) Rapat Rutin bulanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 huruf a dipimpin oleh Ketua Komite Medis.
- (2) Apabila Ketua Komite Medis tidak dapat hadir pada Rapat Rutin Bulanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) maka Rapat dipimpin oleh Sekretaris Komite Medis.
- (3) Rapat Rutin Bulanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medis.
- (4) Dalam hal kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak tercapai, maka Rapat Rutin Bulanan dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 (lima belas) menit, dan selanjutnya rapat dianggap kuorum.

**Pasal 58**

- (1) Rapat Koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 huruf b dipimpin oleh Ketua Komite Medis.
- (2) Apabila Ketua Komite Medis tidak dapat hadir pada Rapat Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) maka Rapat dipimpin oleh Sekretaris Komite Medis.
- (3) Rapat Koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 huruf b dihadiri oleh seluruh ketua atau perwakilan ketua KSM bersama dengan pejabat pengelola rumah sakit.
- (4) Rapat Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) jumlah ketua atau perwakilan Ketua Staf Medik (KSM) dan pejabat pengelola rumah sakit.
- (5) Dalam hal kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tidak tercapai, maka Rapat Koordinasi dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 (lima belas) menit, dan selanjutnya rapat dianggap kuorum.
- (6) Undangan rapat Koordinasi harus disampaikan oleh ketua komite medis kepada seluruh Ketua atau Perwakilan Ketua KSM dan pejabat pengelola rumah sakit paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan.
- (7) Undangan rapat Koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.

**Pasal 59**

- (1) Rapat Khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 huruf c diadakan apabila :
  - a. adanya permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota staf medis;
  - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh komite medis.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medis.
- (3) Dalam hal kourum sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (4) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua komite medis kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan.
- (5) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (6) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilaksanakan 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

**Pasal 60**

- (1) Setiap Rapat Khusus dan Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 huruf c dan huruf d wajib dihadiri oleh pejabat pengelola rumah sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.
- (2) Keputusan pada rapat komite medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 didasarkan atas suara terbanyak.
- (3) Dalam hal jumlah suara sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yang diperoleh adalah sama maka Ketua Komite Medis berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (4) Perhitungan suara sebagaimana dimaksud pada ayat (2) hanyalah berasal dari anggota Komite Medis yang hadir.

- (5) Direktur dapat mengusulkan perubahan dan/atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin.
- (6) Perubahan dan/atau pembatalan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilakukan pada Rapat Khusus, dengan syarat usul perubahan dan/atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (7) Dalam hal usulan perubahan dan/atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.
- (8) Rapat Tahunan Komite Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 huruf d diselenggarakan 1 (satu) kali dalam setahun.
- (9) Komite Medis wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

**Bagian Keenam**  
**Komite Keperawatan**

**Paragraf 1**  
**Umum**

**Pasal 61**

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 ayat (2) huruf b merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.



**Paragraf 2**  
**Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan**

**Pasal 62**

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite.
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan terbagi kedalam Subkomite.

**Paragraf 3**  
**Pemilihan Pengurus Komite Keperawatan**

**Pasal 63**

- (1) Ketua Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 ayat (2) huruf a ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit.

**Paragraf 4**  
**Tugas, Fungsi dan Wewenang Komite Keperawatan**

**Pasal 64**

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas membantu Direktur dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan menyelenggarakan fungsi :
  - a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
  - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
  - c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;

- d. penggalian inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
  - e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki;
  - f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.
- (3) Wewenang Komite Keperawatan adalah :
- a. membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan yang merupakan Panitia *Ad Hoc* secara mandiri maupun bersama seksi Keperawatan;
  - b. mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
  - c. mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
  - d. membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir; dan
  - e. memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

## **Paragraf 5 Sub Komite**

### **Pasal 65**

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite terdiri atas :
- a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi;
  - c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.

**Pasal 66**

- (1) Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 ayat (2) huruf a, mempunyai tugas :
  - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
  - b. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
  - c. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
  - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
  - e. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun;
  - f. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya Tim *ad hoc*, kepada semua komite keperawatan.

**Pasal 67**

- (1) Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 ayat (2) huruf b mempunyai tugas :
  - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit asuhan keperawatan;
  - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya Tim *ad hoc* kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

**Pasal 68**

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 ayat (2) huruf c mempunyai tugas :
  - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;

- c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
  - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
  - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan atau surat penugasan klinis;
  - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d dan huruf e, komite keperawatan membentuk Tim *ad hoc* baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja Tim *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

## **Paragraf 6**

### **Rapat Komite Keperawatan**

#### **Pasal 69**

- (1) Komite Keperawatan dan Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
- a. Rapat Kerja;
  - b. Rapat Rutin;
  - c. Rapat Pleno; dan
  - d. Sidang Tahunan.

#### **Pasal 70**

- (1) Rapat Kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (2) huruf a dilaksanakan 1 (satu) kali dalam setahun dan bersifat terbuka.
- (2) Rapat Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, sub komite, panitia-panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan.
- (3) Agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan untuk 5 (lima) tahun.

**Pasal 71**

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (2) huruf b dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali, dan diikuti oleh Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota Komite Keperawatan.
- (2) Agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah Keperawatan.
- (3) Rapat rutin dipimpin oleh Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan atau Ketua Komite Keperawatan.

**Pasal 72**

- (1) Rapat pleno sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (2) huruf c diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan.
- (2) Rapat pleno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, dan Sub Komite.
- (3) Agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.

**Pasal 73**

- (1) Sidang tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (2) huruf d diadakan 1 (satu) kali dalam setahun.
- (2) Sidang Tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Panitia-Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan.
- (3) Agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan 1 (satu) tahun yang lalu.
- (4) Keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 (dua pertiga) peserta yang hadir pada Sidang Tahunan.
- (5) Dalam hal kourum sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tidak tercapai maka sidang tahunan dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.

**Bagian Ketujuh**  
**Komite Pencegahan**  
**Dan Pengendalian Infeksi (PPI)**

**Pasal 74**

- (1) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (3) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Pejabat Struktural rumah sakit.
- (4) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
  - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
  - b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit;
  - c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi rumah sakit;
  - d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
  - e. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medis, non medis dan tenaga lainnya serta pengguna jasa rumah sakit;
  - h. menerima laporan atas kegiatan tim PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktur.

**Bagian Kedelapan**  
**Komite Farmasi Dan Terapi**

**Pasal 75**

- (1) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para pejabat struktural rumah sakit.
- (4) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas :
  - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
  - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
  - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
  - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait di dalam rumah sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
  - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
  - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus;
  - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.

**Bagian Kesembilan**  
**Pengorganisasian Staf Medis**

**Pasal 76**

- (1) Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis yang bekerja di unit pelayanan rumah sakit wajib menjadi anggota staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikelompokkan sesuai keahliannya atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus.
- (3) Setiap kelompok staf medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter.
- (4) Pengelompokan staf medis berdasarkan keahlian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah Tenaga Dokter dengan spesialisasi/keahlian yang sama dikelompokkan ke dalam 1 (satu) kelompok staf medis.
- (5) Pengelompokan staf medis dengan cara lain dengan pertimbangan khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut :
  - a. penggabungan Tenaga Dokter Spesialis dengan Spesialis/Keahlian yang berbeda;
  - b. Penggabungan Tenaga Dokter Spesialis dengan memperhatikan tugas dan kewenangan Dokter Spesialis;
  - c. Pembentukan staf medis untuk Dokter Umum;
  - d. Dokter Gigi dapat membentuk kelompok staf medis tersendiri atau bergabung dengan kelompok staf medis bidang atau kelompok staf medis Dokter Umum Gigi.
- (6) penggabungan Tenaga Dokter Spesialis dengan Spesialis/Keahlian yang berbeda sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a dilakukan karena jumlah Dokter Spesialis tersebut kurang dari 2 (dua) orang sehingga tidak memungkinkan untuk membentuk staf medis sendiri dan harus memperhatikan kemiripan disiplin ilmu serta wajib diikuti dengan pembagian tugas, wewenang yang jelas yang dituangkan di dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis Rumah Sakit.



- (7) Penggabungan Tenaga Dokter Spesialis dengan memperhatikan tugas dan kewenangan Dokter Spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf b dilakukan karena jumlah Dokter Spesialis yang sangat terbatas sehingga tidak memungkinkan masing-masing jenis spesialisasi/keahlian membentuk kelompok staf medis tersendiri.
- (8) Rumah Sakit membentuk 2 (dua) kelompok staf medis yang terdiri dari Kelompok Staf Medis Bedah dan Kelompok Staf Medis Non Bedah.
- (9) Dokter Spesialis yang melakukan tindakan medis operatif (misalnya Dokter Bedah, Dokter Obygyn, Dokter Mata, Dokter THT, dan lain sebagainya) dikelompokkan ke dalam kelompok Staf Medis Bedah, Sedangkan Tenaga Dokter yang hanya melaksanakan tindakan medis non operatif dikelompokkan ke dalam kelompok Staf Medis Non Bedah.
- (10) Pembentukan staf medis untuk Dokter Umum sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf c dapat dilakukan dengan membentuk kelompok Staf Medis Dokter Umum sendiri atau bergabung dengan kelompok staf medis dimana Dokter Umum tersebut memberikan pelayanan.
- (11) Penggabungan Dokter Umum dan Dokter Spesialis dapat dilakukan apabila jumlah Dokter Spesialis masih kurang, sehingga tidak memungkinkan membentuk kelompok staf medis sendiri.
- (12) Penggabungan Dokter Umum dan Dokter Spesialis harus diikuti dengan pembagian tugas dan kewenangan yang jelas dituangkan dalam kebijakan dan prosedur pelayanan Medis Rumah Sakit.
- (13) Penggabungan dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf d dilakukan apabila jumlah Dokter Gigi kurang dari 2 (dua) orang.
- (14) Penggabungan Dokter Gigi dengan Bidang Spesialis lainnya wajib diikuti dengan pembagian tugas dan wewenang yang jelas yang dituangkan di dalam kebijakan dan prosedur pelayanan Medis Rumah Sakit.

- (15) Berdasarkan cara pengelompokan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), rumah sakit digolongkan ke dalam Rumah Sakit Pemerintah Daerah Tipe D yang mempunyai 8 (delapan) Spesialis dan Sub Spesialis yakni :
- a. Kelompok Staf Medis Penyakit Dalam;
  - b. Kelompok Staf Medis Ilmu Kesehatan Anak;
  - c. Kelompok Staf Medis Kebidanan dan Kandungan;
  - d. Kelompok Staf Medis Bedah;
  - e. Kelompok Staf Medis Anestesi;
  - f. Kelompok Staf Medis Telinga Hidung dan Tenggorokan;
  - g. Kelompok Staf Medis Radiologi;
  - h. Kelompok Staf Medis Mata.
- (16) Dalam hal Kelompok Staf Medis masih belum mencukupi, maka pembentukan kelompok staf medis perlu disesuaikan dengan jumlah Dokter Spesialis dan kebutuhan.

**Bagian Kesepuluh**  
**Kelompok Staf Medis (KSM)**

**Paragraf 1**  
**Umum**

**Pasal 77**

- (1) KSM adalah kelompok dokter yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) KSM mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya KSM menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

**Paragraf 2**  
**Tugas KSM**

**Pasal 78**

Tugas Kelompok Staf Medis adalah :

- a. memberikan pelayanan medis bermutu kepada pasien sesuai dengan standar pelayanan medis yang telah ditentukan oleh KSM dan disahkan oleh Direktur Rumah Sakit, dan menghormati hak pasien sesuai dengan kode etik dan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- b. melaksanakan penelitian ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran;
- c. memberikan pendidikan dan pelatihan kepada peserta didik yang ada dalam program KSM atau Rumah Sakit;
- d. melaksanakan tugas lain yang telah ditentukan oleh Direktur.

**Paragraf 3**  
**Kewajiban KSM**

**Pasal 79**

(1) KSM berkewajiban menyusun Standar Operasional Pelayanan Medis yang terdiri dari :

- a. Standar Prosedur Operasional (SPO) bidang administrasi dan manajerial antara lain:
  - 1) pengaturan tugas rawat jalan;
  - 2) pengaturan tugas rawat inap;
  - 3) pengaturan tugas jaga;
  - 4) pengaturan tugas rawat intensif;
  - 5) pengaturan tugas di kamar operasi, kamar bersalin dan lain sebagainya;
  - 6) pengaturan visite atau ronde;
  - 7) pertemuan klinik;
  - 8) presentasi kasus (*kasus kematian, kasus sulit, kasus langka, kasus penyakit tertentu*),
  - 9) prosedur konsultasi dan lain-lain.
- b. Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan medis bidang keilmuan atau keprofesian yakni masing-masing kelompok menyusun standar pelayanan medis minimal untuk 10 (sepuluh) jenis penyakit.

- (2) Penyusunan SPO bidang administrasi dan manajerial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a berada di bawah koordinasi Direktur/Manager Medis.
- (3) Penyusunan SPO bidang pelayanan medis bidang keilmuan atau keprofesian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b berada di bawah koordinasi Komite medis.
- (4) KSM juga menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggota.

**Paragraf 4**  
**Kewenangan KSM**

**Pasal 80**

Kewenangan KSM yaitu :

- a. memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota KSM baru dan penempatan ulang anggota KSM kepada Direktur melalui Ketua Komite Medis;
- b. melakukan evaluasi kinerja anggota KSM di dalam kelompoknya dan bersama-sama dengan komite klinis bidang medis menentukan Kompetensi dari anggota KSM tersebut;
- c. melakukan evaluasi dan revisi (bila diperlukan) terhadap Peraturan Internal Staf Medis, Standar Pelayanan Medis, SPO Tindakan Medis.

**Paragraf 5**  
**Tanggungjawab KSM**

**Pasal 81**

- (1) Secara administratif, KSM berada dibawah Direktur Rumah Sakit, namun secara fungsional sebagai profesi, anggota Kelompok Staf Medis bertanggungjawab kepada Komite Medis melalui ketua KSM.
- (2) KSM mempunyai tanggungjawab yang berkaitan dengan mutu, etik dan pengembangan pendidikan staf medis, yakni :
  - a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di Rumah Sakit berdasarkan Surat Keputusan Direktur;

- b. melakukan evaluasi penampilan kinerja praktik dokter berdasarkan data yang komprehensif yang dilakukan melalui *peer review*, audit medis atau program *quality improvement*;
- c. memberikan rekomendasi kepada Direktur melalui Ketua Komite Medis terhadap penempatan ulang dokter di Rumah Sakit;
- d. memberikan kesempatan bagi para dokter untuk mengikuti '*Countinuing Profesional Development*' (CPD);
- e. memberikan masukan kepada Direktur melalui Ketua Komite Medis mengenai hal-hal yang terkait dengan praktek kedokteran, misalnya perkembangan ilmu teknologi kedokteran, temuan terapi yang baru, dan lain-lain;
- f. memberikan laporan kepada Direktur melalui Ketua Komite Medis minimal 1 (satu) tahun sekali antara lain meliputi hasil pemantauan indikator mutu klinis, hasil evaluasi kinerja praktek klinis, pelaksanaan program pengembangan staf dan lain-lain;
- g. melakukan perbaikan (*up-dating*) Standar Operasional dan dokumen terkait sehingga sesuai dengan situasi dan kondisi;
- h. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis penderita yang menjadi tanggung jawabnya dalam tempo 2 x 24 jam, sesuai prosedur pelayanan yang berlaku;
- i. bertanggungjawab atas pelayanan medis yang dilakukannya terhadap pasien.

### **Bagian Kesebelas Instalasi**

#### **Pasal 82**

- (1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya terdiri dari :
  - a. Instalasi Rawat Jalan;
  - b. Instalasi Rawat Inap;
  - c. Instalasi Gawat Darurat;
  - d. Instalasi Farmasi;

- e. Instalasi Bedah Sentral;
  - f. Instalasi Radiologi;
  - g. Instalasi Laboratorium.
- (3) Setiap penyusunan dan tata kerja instalasi rumah sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya maupun dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.
  - (4) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
  - (5) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh Kepala Instalasi.
  - (6) Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dalam pelaksanaan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
  - (7) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan.
  - (8) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

## **BAB V**

### **KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL**

#### **Pasal 83**

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri atas sejumlah tenaga dalam jenjang jabatan fungsional yang terbagi dalam berbagai kelompok sesuai dengan bidang keahliannya.
- (2) Setiap kelompok dipimpin oleh seorang tenaga fungsional senior yang diangkat oleh Bupati.
- (3) Jenis jenjang dan jumlah jabatan fungsional ditetapkan oleh Bupati berdasarkan kebutuhan dan beban kerja sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Pembinaan terhadap tenaga fungsional dilakukan sesuai Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

**BAB VI**  
**UNIT PENJAMIN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**  
**(UPMKP)**

**Bagian Kesatu**  
**Organisasi dan Keanggotaan**

**Pasal 84**

- (1) UPMKP dibentuk oleh Direktur.
- (2) UPMKP terdiri dari :
  - a. ketua UPMKP; dan
  - b. koordinator, yang terdiri dari :
    1. koordinator mutu klinik;
    2. koordinator mutu manajemen;
    3. koordinator keselamatan pasien.
- (3) Masa tugas UPMKP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Dalam pelaksanaan tugasnya, UPMKP bertanggungjawab kepada Direktur.

**Bagian Kedua**  
**Tugas UPMKP**

**Pasal 85**

- (1) Ketua UPMKP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (2) huruf a mempunyai tugas :
  - a. menyusun kebijakan dan strategi serta membuat program Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien rumah sakit;
  - b. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
  - c. mengevaluasi terhadap implementasi Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan dan administrasi, program penjamin mutu serta menjalankan peran dan melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, monitoring, evaluasi, terhadap implementasi program keselamatan pasien rumah sakit;
  - d. menyusun dan mensosialisasikan laporan hasil pencapaian program penjamin mutu dan keselamatan pasien;

- e. menyusun jadwal besar kegiatan akreditasi nasional dan internasional;
  - f. memfasilitasi kegiatan terkait penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
  - g. melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/komite/unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus pada pasien dan manajemen;
  - h. bersama-sama dengan bagian diklat rumah sakit melakukan pelatihan internal mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
  - i. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan/atau seminar terkait pengembangan mutu klinik dan manajemen baik internal maupun rumah sakit;
  - j. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam RCA (*Root Cause Analysis*) dan FMEA (*Failure Mode Effect Analysis*);
  - k. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKPRS PERSI;
  - l. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait:
    1. Kondisi Potensial Cedera (KPC);
    2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC);
    3. Kejadian Tidak Cedera (KTC);
    4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD); dan
    5. Kejadian Sentinel.
- (2) Koordinator Mutu Klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (2) huruf b angka 1 mempunyai tugas :
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Klinik;
  - b. mengevaluasi implementasi Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan;
  - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu klinik;
  - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu klinik;
  - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator mutu klinik;
  - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian indikator mutu klinik;
  - g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan/atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal atau eksternal rumah sakit;



- h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
  - i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
  - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (3) Koordinator Mutu Manajemen sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (2) huruf b angka 2 mempunyai tugas :
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Manajemen;
  - b. mengevaluasi implementasi Standar Prosedur Operasional (SPO) administrasi dan sumber daya;
  - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu manajemen;
  - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu manajemen;
  - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator manajemen;
  - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen;
  - g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan/atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal maupun eksternal rumah sakit;
  - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
  - i. mengkoordinasi penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali;
  - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (4) Koordinator Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (2) huruf b angka 3 mempunyai tugas :
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Keselamatan Pasien rumah sakit;
  - b. melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;

- c. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KPRS PERSI;
- d. mengkoordinir investigasi terhadap permasalahan terkait Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
- e. secara berkala membuat laporan kegiatan kepemimpinan rumah sakit.

## **BAB VII**

### **TATA KERJA**

#### **Pasal 86**

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi, setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan rumah sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*cross function approach*) secara vertikal dan horisontal baik dalam lingkungan rumah sakit maupun dengan instansi lain di luar rumah sakit sesuai dengan tugas pokoknya masing-masing.
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib membimbing, mengawasi dan memberikan petunjuk dalam pelaksanaan tugas bawahannya masing-masing dan bila terjadi penyimpangan agar mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab pada atasannya masing-masing serta menyampaikan laporan berkala tepat waktu.
- (4) Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan satuan organisasi dari bawahannya sebagaimana dimaksud pada ayat (3), wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan untuk penyusunan laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahannya.
- (5) Dalam menyampaikan laporan kepada atasan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), tembusan laporan wajib disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.
- (6) Kepala Seksi, Kepala Sub Bagian dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

**BAB VIII**  
**PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA**

**Bagian Kesatu**  
**Tujuan Pengelolaan**

**Pasal 87**

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia di rumah sakit yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

**Bagian Kedua**  
**Pegawai RSUD Asembagus**

**Pasal 88**

- (1) Pegawai rumah sakit dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan pegawai rumah sakit yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomi, dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai rumah sakit yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**Pasal 89**

- (1) Perpindahan Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil di lingkungan rumah sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Perpindahan pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
  - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
  - b. masa kerja di unit tertentu;
  - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
  - d. kegunaannya dalam menunjang karir; dan
  - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

**Pasal 90**

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut :
  - a. mengundurkan diri atas permintaan sendiri;
  - b. meninggal dunia;
  - c. berakhir masa kontrak;
  - d. tidak dapat melaksanakan tugas pekerjaan yang dibebankan; atau
  - e. tidak dapat melaksanakan kewajiban dan melanggar larangan.

**Bagian Ketiga****Penugasan Klinis****Pasal 91**

- (1) Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki SPK dari Direktur berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap staf medis yang direkomendasikan Komite Medis.
- (2) Seorang staf medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (*member*) staf medis tanpa SPK sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

**Bagian Keempat****Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis****Pasal 92**

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan aturan-aturan profesi bagi staf medis secara tersendiri diluar Peraturan Internal Staf Medis.
- (2) Aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tersebut antara lain :
  - a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;

- b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai;
- c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

### **Bagian Kelima**

#### **Tata Cara Review dan Perbaikan Peraturan Internal Staf Medis**

##### **Pasal 93**

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis dapat dilakukan apabila ada perubahan peraturan perundang-undangan yang mendasarinya.
- (2) Waktu perubahan peraturan internal staf medis dilakukan paling lama 3 (tiga) tahun.
- (3) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medis rumah sakit.
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis dan staf manajemen terkait melalui lokakarya dan terakhir disahkan oleh Direktur.

### **BAB IX**

#### **KERAHASIAAN INFORMASI MEDIS**

##### **Bagian Kesatu Kerahasiaan Pasien**

##### **Pasal 94**

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan direktur/Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan.

**Bagian Kedua**  
**Informasi Medis**

**Pasal 95**

Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai :

- a. keadaan kesehatan pasien;
- b. rencana terapi dan alternatifnya;
- c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
- d. prognosis; dan
- e. kemungkinan komplikasi

**Bagian Ketiga**  
**Hak dan Kewajiban Pasien**

**Pasal 96**

- (1) Hak pasien meliputi :
- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
  - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
  - c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi;
  - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
  - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
  - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
  - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar rumah sakit;
  - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;

- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q. menggugat dan/atau menuntut rumah sakit apabila diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar, baik secara perdata ataupun pidana.

(2) Kewajiban Pasien meliputi :

- a. mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di rumah sakit;
- b. memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
- c. mengikuti rencana pengobatan yang diadvikan oleh dokter termasuk intruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai dokter;
- d. memberlakukan staf rumah sakit dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan rumah sakit;
- e. menghormati privasi orang lain dan barang milik rumah sakit;
- f. tidak membawa alkohol dan obat-obat yang tidak mendapat persetujuan dan senjata ke dalam rumah sakit;
- g. menghormati bahwa rumah sakit adalah area bebas rokok;
- h. mematuhi jam kunjungan di rumah sakit;

- i. meninggalkan barang berharga di Rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di rumah sakit;
- j. melunasi/membayar retribusi atas pelayanan rumah sakit sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
- k. bertanggung jawab atas tindakannya sendiri apabila mereka menolak pengobatan atau advis dokternya; dan
- l. memenuhi hal-hal yang telah disepakati dalam perjanjian yang telah dibuat.

### **Bagian Keempat**

### **Hak dan Kewajiban Dokter**

#### **Pasal 97**

- (1) Hak dokter meliputi :
  - a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional (SPO);
  - b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional (SPO);
  - c. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
  - d. menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
- (2) Kewajiban Dokter meliputi :
  - a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
  - b. merujuk pasien ke dokter lain, bila tidak mampu menangani;
  - c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
  - d. melakukan pertolongan darurat, kecuali apabila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
  - e. menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran.



**Bagian Kelima****Hak dan Kewajiban Rumah Sakit****Pasal 98**

- (1) Hak rumah sakit meliputi :
- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit;
  - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
  - d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
  - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
  - g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
  - h. mendapatkan insentif pajak.
- (2) Kewajiban rumah sakit meliputi :
- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan kepada masyarakat;
  - b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
  - c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
  - d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
  - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
  - f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;

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

## **BAB X**

### **KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR**

#### **Pasal 99**

- (1) Kebijakan, pedoman/panduan, dan prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi rumah sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan regulasi tertinggi di rumah sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO).

- (3) Direktur berwenang melakukan review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya sebelum diterbitkan.
- (4) Direktur berwenang melakukan review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan sebelum diterbitkan.
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan/atau apabila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Sub Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali.
- (7) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarkhi struktural.
- (8) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan di tempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (9) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan dokumen melalui catatan formulir Master List Dokumen Eksternal.
- (10) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur tentang Retensi Dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (11) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan master list yang dikelola oleh Sub Bagian Tata Usaha.

**BAB XI****KERJASAMA/KONTRAK****Pasal 100**

- (1) Direktur menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen guna memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan perjanjian kerjasama/kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yaitu :
  - a. Perusahaan (Penyedia Barang atau Jasa);
  - b. Perangkat Daerah/Instansi pendidikan;
  - c. Lembaga/Organisasi;
  - d. Perorangan (Klinis dan Manajerial).
- (4) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat dilanjutkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerjasama/kontrak yang paling sedikit memuat :
  - a. subjek kerja sama/kontrak;
  - b. objek kerja sama/kontrak;
  - c. ruang lingkup kerja sama/kontrak;
  - d. hak dan kewajiban para pihak;
  - e. jangka waktu kerja sama/kontrak;
  - f. pengakhiran kerja sama/kontrak;
  - g. keadaan memaksa; dan
  - h. penyelesaian perselisihan.
- (5) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat para pejabat yang berwenang yaitu :
  - a. Kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi pelayanan. Direktur berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis;
  - b. Kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjejang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi administrasi sumber daya, Wakil Administrasi Sumber Daya Rumah Sakit berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen.

- (6) Setelah dibubuhi paraf/fiat pada kedua belah pihak dilanjutkan dengan pemberian nomor oleh para pihak.
- (7) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (8) Hasil kerja sama/kontrak dapat berupa :
  - a. uang;
  - b. surat berharga;
  - c. barang;
  - d. hasil pelayanan;
  - e. pengobatan;
  - f. laboratorium;
  - g. jasa lainnya; dan/atau
  - h. nonmaterial berupa keuntungan.
- (9) Hasil kerja sama/kontrak yang berupa uang sebagaimana dimaksud pada ayat (8) huruf a harus menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (10) Hasil kerja sama/kontrak yang berupa barang sebagaimana dimaksud pada ayat (8) huruf b harus dicatat sebagai aset rumah sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (11) Hasil kerja sama/kontrak yang berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat(8) huruf d, huruf e, huruf f, dan huruf g harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerja sama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
- (12) Evaluasi kerja sama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarkhi pejabat yang berwenang.
- (13) Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

**BAB XII**  
**PEMBINAAN, PENGAWASAN, EVALUASI**  
**DAN PENILAIAN KINERJA**

**Bagian Kesatu**  
**Pembinaan dan Pengawasan**

**Pasal 101**

- (1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (3) Pengawasan Operasional rumah sakit dilakukan oleh SPI sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur.
- (4) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh Bupati, PPKD, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas BLUD.

**Bagian Kedua**

**Evaluasi dan Penilaian Kinerja**

**Pasal 102**

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi rumah sakit.
- (2) Review/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik rumah sakit.
- (3) Review/perubahan Visi dan Misi rumah sakit diajukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi rumah sakit.
- (4) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Bupati dan dipublikasikan oleh Kepala Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur dilaksanakan melalui Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas BLUD terhadap aspek keuangan dan non keuangan.

- (7) Evaluasi dan penilaian kinerja bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan rumah sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan Rencana Bisnis Anggaran.
- (8) Hasil pengukuran kinerja rumah sakit dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun dan disampaikan kepada Bupati.

### **BAB XIII**

#### **TUNTUTAN HUKUM**

##### **Pasal 103**

- (1) Rumah sakit tidak bertanggungjawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif.
- (2) Rumah sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.
- (3) Rumah sakit bertanggungjawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit.

##### **Pasal 104**

- (1) Apabila pegawai rumah sakit mengalami tuntutan pidana, karena kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka rumah sakit bertanggungjawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu karena tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan, maka kesalahan tersebut tidak menjadi tanggung jawab rumah sakit.

**BAB XIV****KETENTUAN LAIN-LAIN****Pasal 105**

Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini ditetapkan dengan Keputusan Direktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**BAB XV****KETENTUAN PENUTUP****Pasal 106**

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahui, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Situbondo.

Ditetapkan di Situbondo  
pada tanggal 29 Desember 2017

**BUPATI SITUBONDO,**

**ttd**

**DADANG WIGIARTO**

Diundangkan di Situbondo  
pada tanggal 29 Desember 2017

**SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN SITUBONDO,**

**ttd**

**SYAIFULLAH**

**BERITA DAERAH KABUPATEN SITUBONDO TAHUN 2017 NOMOR 56**