



BUPATI PASURUAN
PROVINSI JAWA TIMUR
PERATURAN BUPATI PASURUAN
NOMOR 10 TAHUN 2024
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT PADA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL KABUPATEN PASURUAN
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI PASURUAN,

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas Pelayanan Kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan;
- b. bahwa untuk mengatur tata kelola organisasi dan hubungan kerja, sumber daya serta pelayanan rumah sakit sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat berjalan secara efektif, efisien dan berkualitas;
- c. bahwa sesuai ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit pada Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur (Berita Negara Tahun 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 12 Tahun 1965 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

3. 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) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang-undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 141, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6897);
7. 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);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);

10. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumaha-sakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
11. Peraturan Presiden Nomor 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Tahun 2015 Nomor 159);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 157);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 857);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1291);
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1291);
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;

21. Peraturan Daerah Kabupaten Pasuruan Nomor 16 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Pasuruan Nomor 8 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Nomor 16 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah;
22. Peraturan Bupati Pasuruan Nomor 142 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Pasuruan Nomor 178 Tahun 2023 tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Pasuruan Nomor 142 Tahun 2021;
23. Peraturan Bupati Pasuruan Nomor 133 Tahun 2022 tentang Tata Kelola pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Pasuruan Nomor 118 Tahun 2023;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL KABUPATEN PASURUAN.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Kabupaten adalah Kabupaten Pasuruan.
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Pasuruan.
3. Bupati adalah Bupati Pasuruan.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan.
5. Rumah Sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Daerah yang telah ditetapkan sebagai BLUD dan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD yang beralamat di Jl. Raya Raci Bangil Pasuruan.

7. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital byLaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit meliputi Peraturan Organisasi Rumah Sakit, Peraturan Staf Medis Rumah Sakit, Peraturan Staf Keperawatan Rumah Sakit, Peraturan Staf Profesional Kesehatan Lain dan Peraturan Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit.
8. Peraturan Organisasi Rumah Sakit adalah aturan yang mengatur hubungan antara Pemilik atau yang mewakili dengan Direktur Rumah Sakit.
9. Peraturan Staf Medik Rumah Sakit adalah aturan mengenai tata kelola klinis (*Clinical Governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di Rumah Sakit.
10. Peraturan Staf Keperawatan Rumah Sakit adalah aturan mengenai tata kelola klinis (*Clinical Governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Keperawatan di Rumah Sakit.
11. Peraturan Staf Profesional Kesehatan Lain Rumah Sakit adalah aturan mengenai tata kelola klinis (*Clinical Governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Profesional Kesehatan Lain di Rumah Sakit.
12. Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD yang dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
13. Direktur adalah pimpinan tertinggi RSUD yang diangkat oleh Bupati Pasuruan dan bertindak sebagai Pejabat Pengelola RSUD.
14. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah nonstruktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
15. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
16. Komite Keperawatan adalah wadah nonstruktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dan kebidanan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, serta pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
17. Komite Tenaga Kesehatan Lain adalah wadah nonstruktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lain melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, serta pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
18. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan tinggi yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
19. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah sekumpulan staf medis dengan spesialisasi dan/atau keahlian yang sejenis atau hampir sejenis.

20. Staf Medis adalah Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, Dokter Gigi Spesialis dan Dokter Subspesialis yang memiliki kompetensi dan izin praktik di bidang kedokteran yang telah terikat kerja dengan RSUD dan oleh karenanya diberi kewenangan untuk melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya di RSUD.
21. Staf Klinis adalah tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memberikan asuhan langsung kepada pasien.
22. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang Staf Klinis untuk melakukan sekelompok pelayanan klinis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).
23. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang Staf Klinis untuk melakukan sekelompok pelayanan klinis di Rumah Sakit berdasarkan daftar Kewenangan Klinis yang telah ditetapkan baginya.
24. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap Staf Medis untuk menentukan kelayakan diberikan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*).
25. Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap Staf Medis yang telah memiliki Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis tersebut.
26. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan kepada Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
27. Surat Izin Praktik yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan kepada Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
28. Mitra Bestari (*Peer Group*) adalah sekelompok staf medis atau staf kesehatan dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi tenaga medis dan tenaga kesehatan.
29. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
30. Standar Prosedur Operasional, yang selanjutnya disingkat SPO adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja tim tertentu.
31. Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif yang selanjutnya disebut BERAKHLAK adalah panduan perilaku bagi pegawai dan sebagai nilai dasar yang harus dijalankan dengan penuh tanggung jawab, dan menjadi fondasi budaya kerja pegawai RSUD.
32. Kerja Sama adalah kegiatan untuk mencapai tujuan bersama atas dasar kesepakatan antara RSUD dengan pihak lain dalam lingkup tugas dan fungsi.
33. Perjanjian Kerja Sama yang selanjutnya disingkat PKS adalah dokumen kerja sama antara RSUD dengan mitra kerja sama/pihak lain yang berisi kesepakatan tentang apa yang akan dilakukan oleh para pihak selama periode kerja sama.

BAB II
MAKSUD, TUJUAN DAN RUANG LINGKUP

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkan Peraturan Bupati ini yaitu untuk meningkatkan harmonisasi hubungan antara pemilik atau yang mewakili, Direktur, staf medis dan staf lainnya sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas.
- (2) Tujuan Peraturan Internal Rumah Sakit adalah:
 - a. dimilikinya suatu peraturan dasar yang mengatur pemilik rumah sakit atau yang mewakili, Direktur, staf medis dan staf lainnya serta tata hubungan kerja;
 - b. sebagai acuan dalam pembuatan regulasi atau kebijakan teknis operasional rumah sakit; dan
 - c. dimilikinya pedoman dalam pengaturan staf klinis.

Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Internal Rumah Sakit, meliputi:

- a. Maksud, Tujuan dan Ruang Lingkup;
- b. Peraturan Organisasi Rumah Sakit;
- c. Peraturan Staf Medik Rumah Sakit;
- d. Peraturan Staf Keperawatan Rumah Sakit;
- e. Peraturan Staf Profesional Kesehatan Lain Rumah Sakit;
- f. Peraturan Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit;
- g. Kebijakan, Pedoman, Panduan dan Prosedur;
- h. Kerjasama atau Kontrak;
- i. Pembinaan, Pengawasan dan Penilaian Kinerja; dan
- j. Tuntutan Hukum.

BAB III
PERATURAN ORGANISASI RUMAH SAKIT
(CORPORATE BY LAWS)

Bagian Kesatu
Identitas

Pasal 4

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan.
- (2) Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum.
- (3) Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Kelas B.
- (4) Kepemilikan Rumah Sakit adalah milik Pemerintah Kabupaten Pasuruan.
- (5) Alamat Rumah Sakit adalah Jalan Raya Raci Kecamatan Bangil Pasuruan, telepon 0343-744900, website : www.rsudbangil.pasuruankab.go.id.

Bagian Kedua Visi dan Misi

Pasal 5

- (1) Visi RSUD mengacu pada visi Bupati yaitu “Menuju Kabupaten Pasuruan Yang Sejahtera, Maslahat dan Berdaya Saing”.
- (2) Misi RSUD mengacu pada misi Bupati yang ke-5 (kelima) yaitu “Meningkatkan pelayanan dasar terutama pelayanan kesehatan, permukiman dan pendidikan dengan mengintegrasikan pendidikan formal dan nonformal sebagai wujud afirmasi pendidikan karakter di Kabupaten Pasuruan”.
- (3) Untuk melaksanakan misi Bupati sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka RSUD menetapkan tujuan strategis yaitu:
 - a. sinkronisasi antara kebijakan nasional dan daerah;
 - b. meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialisik dan tenaga kesehatan disertai dengan peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan;
 - c. mengembangkan, menambah dan memelihara sarana dan prasarana peralatan medis (*medical equipment*), utamanya yang berkaitan dengan teknologi tinggi;
 - d. meningkatkan pelayanan dengan membuka spesialis/subspesialis dan melengkapi sarana dan prasarana secara mencukupi;
 - e. peningkatan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efisiensi serta melakukan kerjasama dengan pelayanan kesehatan lokal dan nasional;
 - f. melakukan efisiensi dan efektifitas pelayanan pada semua unit kerja dan kegiatan; dan
 - g. melaksanakan akuntabilitas pelayanan dengan secara berkesinambungan melakukan audit medis, audit keuangan serta gugus kendali mutu dan kendali biaya.

Bagian Ketiga Falsafah, Nilai Dasar dan Moto

Pasal 6

Falsafah RSUD adalah “keikhlasan, berbakti, mengabdikan dan berbudi, mewujudkan pelayanan kesehatan yang mumpuni, peduli dan manusiawi”.

Pasal 7

- (1) Nilai dasar pegawai RSUD berlandaskan pada Nilai Dasar ASN yang terdiri atas:
 - a. berorientasi pelayanan;
 - b. akuntabel;
 - c. kompeten;
 - d. harmonis;
 - e. loyal;
 - f. adaptif; dan
 - g. kolaboratif.

- (2) Nilai dasar ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dijabarkan dalam kode etik dan kode perilaku ASN sebagai berikut:
- a. berorientasi pelayanan, yaitu komitmen memberikan pelayanan prima demi kepuasan masyarakat, meliputi:
 1. memahami dan memenuhi kebutuhan masyarakat;
 2. ramah, cekatan, solutif, dan dapat diandalkan; dan
 3. melakukan perbaikan tiada henti.
 - b. akuntabel, yaitu bertanggung jawab atas kepercayaan yang diberikan, meliputi:
 1. melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin, dan berintegritas tinggi;
 2. menggunakan kekayaan dan barang milik negara secara bertanggung jawab, efektif, dan efisien; dan
 3. tidak menyalahgunakan kewenangan jabatan.
 - c. kompeten, yaitu terus belajar dan mengembangkan kapabilitas, meliputi:
 1. meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah;
 2. membantu orang lain belajar; dan
 3. melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik.
 - d. harmonis, yaitu saling peduli dan menghargai perbedaan, meliputi:
 1. menghargai setiap orang tanpa membedakan latar belakang;
 2. suka menolong; dan
 3. membangun lingkungan kerja yang kondusif.
 - e. loyal, yaitu berdedikasi dan mengutamakan kepentingan bangsa dan negara, meliputi:
 1. memegang teguh ideologi Pancasila, Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, setia kepada Negara Kesatuan Republik Indonesia, dan pemerintahan yang sah;
 2. menjaga nama baik ASN, RSUD Bangil, dan negara; dan
 3. menjaga rahasia jabatan dan negara.
 - f. adaptif, yaitu terus berinovasi dan antusias dalam menggerakkan serta menghadapi perubahan, meliputi:
 1. cepat menyesuaikan diri menghadapi perubahan;
 2. terus berinovasi dan mengembangkan kreativitas; dan
 3. bertindak proaktif.
 - g. Kolaboratif, yaitu membangun kerja sama yang sinergis, yaitu:
 1. memberi kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi;
 2. terbuka dalam bekerja sama untuk menghasilkan nilai tambah; dan
 3. menggerakkan pemanfaatan berbagai sumber daya untuk tujuan bersama.

Pasal 8

Moto RSUD adalah “Peduli dan Berkualitas dalam Pelayanan”.

Bagian Keempat Logo dan Mars

Pasal 9

(1) Bentuk Logo RSUD adalah sebagai berikut:



(2) Makna Logo sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:

- a. bentuk “b” melambangkan bahwa b adalah huruf awal dari nama Rumah Sakit Umum Darah Bangil;
- b. bentuk “B” melambangkan nilai dasar BerAKHLAK, melambangkan bahwa RSUD Bangil merupakan layanan kesehatan yang memiliki nilai dasar BerAKHLAK yaitu Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif dan Kolaboratif;
- c. tulisan “RUMAH SAKIT UMUM DAERAH”, merupakan layanan kesehatan rumah sakit yang berada di wilayah kerja daerah milik Pemerintah Daerah;
- d. tulisan “KABUPATEN PASURUAN”, menunjukkan bahwa RSUD Bangil berada di wilayah Kabupaten Pasuruan;
- e. palang hijau melambangkan bahwa RSUD bangil memberikan layanan kesehatan dengan mengutamakan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan kompetensi pemberi pelayanan dan senantiasa meningkatkan kompetensinya sesuai kebutuhan pelayanan;
- f. logo Kabupaten Pasuruan menunjukkan bahwa RSUD Bangil merupakan rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Pasuruan;
- g. tulisan “RSUD BANGIL PEDULI & BERKUALITAS DALAM PELAYANAN” sebagai moto dan pedoman dalam pelayanan di RSUD Bangil;
- h. warna kuning melambangkan bahwa RSUD Bangil memiliki sikap optimis, tegas dalam mengambil tindakan, serta memberikan kesejahteraan kepada karyawannya;
- i. warna biru melambangkan bahwa RSUD Bangil bersikap profesional dalam memberikan pelayanan yang aman, nyaman, menenangkan untuk masyarakat;
- j. warna ungu melambangkan bahwa RSUD Bangil memiliki loyalitas yang tinggi dalam bekerja, kreatif dan inovatif;
- k. warna hijau melambangkan bahwa RSUD Bangil adalah layanan kesehatan yang memiliki konsep green hospital yang menciptakan rumah sakit yang ramah lingkungan untuk seluruh masyarakat yang ada di dalamnya menuju masyarakat yang sehat, produktif, bahagia dan sejahtera; dan

1. warna putih melambangkan bahwa RSUD Bangil selalu memberikan pelayanan yang tulus dan ikhlas dengan mengedepankan nilai-nilai agamis.

Pasal 10

- (1) Mars RSUD Bangil merupakan lagu resmi RSUD yang diciptakan oleh drg. Dyah Retno Andayani P., M.Si.
- (2) Lirik Mars RSUD Bangil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:

Terimalah salam hangat kami
Keluarga besar RSUD Bangil
Kami ikhlas berbakti, mengabdikan dan berbudi
Itulah falsafah kami

Siapa dharma baktikan segala potensi
Kembangkan pelayanan yang terintegrasi
Peduli berkualitas menjadi moto kami
Terus maju kembangkan diri

Semangat laksanakan semua misi
Demi wujudkan visi sesuai akreditasi
Profesional dan selalu berinovasi
Utamakan mutu dan *patient safety*

Semangat laksanakan semua misi
Demi wujudkan visi sesuai akreditasi
Profesional dan selalu berinovasi
Utamakan mutu dan *patient safety*.

Bagian Kelima

Kedudukan, Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 11

- (1) RSUD adalah fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah Kabupaten Pasuruan dengan karakteristik dan organisasi yang bersifat khusus untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan Daerah.
- (2) RSUD berkedudukan sebagai unsur pendukung atas tugas Dinas Kesehatan di bidang pelayanan kesehatan.
- (3) RSUD dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (4) Bentuk pertanggungjawaban sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui penyampaian laporan pelaksanaan pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian RSUD.

Pasal 12

- (1) RSUD mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
- (2) RSUD harus menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik.

Pasal 13

- (1) RSUD mempunyai fungsi menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dalam bentuk spesialisik dan/atau subspecialistik serta dapat memberikan pelayanan kesehatan dasar.
- (2) Selain menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) RSUD dapat menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan.

Bagian Keenam Kewajiban dan Hak Rumah Sakit

Pasal 14

Untuk menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 RSUD mempunyai kewajiban:

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat;
- b. memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu dan miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan bagi pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan kejadian luar biasa (KLB), atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. membuat, melaksanakan dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, tempat parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak dan lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;

- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. melaksanakan etika rumah sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit;
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Pasal 15

Untuk menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 RSUD mempunyai hak:

- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit;
- b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam 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; dan
- g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketujuh Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

Pasal 16

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab untuk:
 - a. menyediakan rumah sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat dalam rangka meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan;
 - b. meningkatkan dan mengembangkan kemampuan pelayanan kesehatan spesialisik dan/atau subspecialistik;
 - c. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di rumah sakit bagi fakir miskin atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - d. memberikan perlindungan kepada rumah sakit dan masyarakat pengguna jasa pelayanan rumah sakit;

- e. menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian rumah sakit sesuai dengan kemampuan pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
 - f. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
 - g. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit akibat kejadian luar biasa, wabah, atau bencana;
 - h. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan
 - i. mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.
- (2) Tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan berdasarkan kewenangan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedelapan Dewan Pengawas

Paragraf 1 Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas dibentuk oleh Bupati sebagai representasi dari Bupati selaku pemilik RSUD.
- (2) Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural yang bersifat independen yang berkedudukan di luar pengelola Rumah Sakit dan bertanggung jawab kepada Bupati.

Pasal 18

- (1) Susunan Dewan Pengawas terdiri dari Ketua dan Anggota.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas rumah sakit dapat terdiri dari unsur-unsur:
 - a. pejabat OPD yang membidangi kegiatan BLUD mewakili pemilik rumah sakit;
 - b. pejabat OPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah;
 - c. tenaga ahli/tokoh masyarakat yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit;
 - d. asosiasi perumahsakit; dan
 - e. organisasi profesi.
- (3) Jumlah Anggota Dewan Pengawas ditetapkan paling banyak 5 (lima) orang, terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (4) Persyaratan menjadi Dewan Pengawas adalah:
 - a. warga negara Indonesia;
 - b. sehat jasmani dan rohani;
 - c. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan rumah sakit;
 - d. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
 - e. memiliki pengetahuan yang memadai tentang tugas dan fungsi BLUD RSUD;

- f. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- g. berijazah paling rendah S-1 (strata satu);
- h. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, kecuali dari unsur tenaga ahli/tokoh masyarakat, asosiasi perumahsakitian dan organisasi profesi berusia paling tinggi 65 (enam puluh lima) tahun;
- i. tidak pernah menjadi anggota direksi, Dewan Pengawas atau komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
- j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- k. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah, atau calon wakil kepala daerah dan/atau calon anggota legislatif.

Paragraf 2

Pengangkatan dan Pemberhentian Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Dewan Pengawas diangkat oleh Bupati.
- (2) Dewan Pengawas diangkat untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan ketua atau anggota ditengah suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka dapat diangkat seorang pengganti untuk sisa masa jabatan hingga saat penetapan susunan Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 20

- (1) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir;
 - c. mengundurkan diri; dan
 - d. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (2) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d karena:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap; dan
 - e. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada RSUD, negara, dan/atau daerah.

Paragraf 3
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 21

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, diangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas oleh Direktur dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. bertanggung jawab dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas;
 - b. mengatur dan menyiapkan rapat Dewan Pengawas;
 - c. membuat notulen rapat;
 - d. menyebarkan risalah rapat; dan
 - e. mengkoordinir pemenuhan kebutuhan data untuk pelaporan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas mengikuti masa jabatan Dewan Pengawas.

Paragraf 4
Fungsi, Tugas, Tanggung Jawab dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 22

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai Badan Pemerintah (*governing body*) rumah sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal.
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegal.

Pasal 23

- (1) Dalam melaksanakan fungsinya, Dewan Pengawas bertugas:
 - a. memantau perkembangan kegiatan BLUD;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
 - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - d. memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya;
 - e. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - g. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit;
 - h. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
 - i. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai:

1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
 3. kinerja BLUD.
- (2) Dewan Pengawas secara berkala, melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan/atau sewaktu-waktu dibutuhkan.

Pasal 24

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai tanggung jawab mencakup:
- a. memberikan persetujuan secara periodik untuk mengevaluasi misi rumah sakit dan menjamin bahwa masyarakat sadar dengan misi tersebut;
 - b. persetujuan berbagai renstra dan operasional rumah sakit dan kebijakan serta prosedur yang diperlukan untuk operasional rumah sakit;
 - c. persetujuan partisipasi rumah sakit dalam pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian pengawasan program mutu;
 - d. persetujuan penyediaan modal dan anggaran operasional dan sumber daya lain untuk operasional rumah sakit sesuai dengan kebutuhan misi dan renstra rumah sakit;
 - e. menyelenggarakan evaluasi tahunan terhadap kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
 - f. persetujuan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - g. mengkaji laporan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus ditindaklanjuti dan hasilnya dievaluasi kembali dalam pertemuan selanjutnya secara tertulis;
 - h. melakukan pengkajian terhadap laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan menyusun umpan balik untuk diperbaiki dan hasilnya dievaluasi kembali dalam pertemuan berikutnya secara tertulis; dan
 - i. menunjuk atau menyetujui Direktur dan memberikan evaluasi tahunan kinerja direksi menggunakan kriteria dan proses yang telah ditetapkan.
- (2) Tanggung jawab Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan agar rumah sakit:
- a. memiliki kepemimpinan yang jelas;
 - b. beroperasi secara efisien; dan
 - c. memberikan pelayanan kesehatan bermutu tinggi.

Pasal 25

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:
- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan RSUD dari Direktur;

- b. melihat buku-buku, surat-surat dan dokumen-dokumen lainnya, serta memeriksa kas untuk keperluan verifikasi dan memeriksa kekayaan rumah sakit;
- c. meminta penjelasan dari pengelola dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengurusan dan pengelolaan rumah sakit;
- d. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan tata kelola rumah sakit (*hospital by laws*);
- e. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di rumah sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan tata kelola rumah sakit (*hospital by laws*);
- f. berkoordinasi dengan dalam menyusun tata kelola rumah sakit (*hospital by laws*), untuk ditetapkan oleh Bupati;
- g. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan rumah saki;
- h. menerima laporan hasil pemeriksaan atau hasil pelaksanaan tugas satuan pemeriksaan internal rumah sakit dan hasil pemeriksaan eksternal dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- i. menyetujui program mutu dan keselamatan pasien rumah sakit setahun sekali;
- j. menerima laporan program mutu dan keselamatan pasien, termasuk laporan kejadian tidak diharapkan dan kejadian sentinel serta melakukan tindak lanjut tiga bulan sekali;
- k. meminta pengelola dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
- l. pendelegasian wewenang apabila ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dapat didelegasikan kepada anggota lainnya (tidak hanya pada rapat Dewan Pengawas);
- m. menghadiri undangan rapat Direktur dan memberikan pandangan terhadap hal-hal yang dibicarakan;
- n. memberikan persetujuan atau bantuan kepada pengelola dalam melakukan perbuatan hukum tertentu, termasuk kerja sama operasional dengan pihak lain;
- o. untuk melaksanakan tugas-tugas pengawasan huruf a dan b, Dewan Pengawas dapat dibantu oleh auditor eksternal yang bersertifikasi BPK RI;
- p. memantau perkembangan kegiatan BLUD;
- q. memberikan persetujuan dalam pelaksanaan kerjasama operasional dengan pihak lain;
- r. menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
- s. memonitor hasil tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
- t. memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan

- u. memberikan pendapat dan saran kepada daerah mengenai:
 - 1) RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola; dan
 - 2) permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan kinerja BLUD.
- (2) Penilaian kinerja keuangan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) huruf r, diukur paling sedikit meliputi:
 - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja sama dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Penilaian kinerja nonkeuangan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) huruf r, diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses bisnis internal, pembelajaran dan pertumbuhan.

Paragraf 5
Etika Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 26

- (1) Etika berkaitan dengan keteladanan adalah Dewan Pengawas harus mendorong terciptanya perilaku etis dan menjunjung etos kerja di RSUD, salah satu caranya dengan menjadikan dirinya sebagai tauladan yang baik bagi Direksi dan Pegawai RSUD.
- (2) Etika berkaitan dengan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan adalah Dewan Pengawas wajib mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku dan panduan *good corporate governance* serta kebijakan RSUD.
- (3) Etika berkaitan dengan peluang bisnis RSUD adalah selama menjabat, Dewan Pengawas tidak diperkenankan untuk:
 - a. mengambil peluang bisnis RSUD untuk dirinya sendiri ataupun kepentingan orang lain; dan
 - b. menggunakan aset RSUD, informasi RSUD atau jabatannya selaku anggota Dewan Pengawas untuk kepentingan orang lain, yang bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan serta kebijakan RSUD.
- (4) Etika berkaitan dengan keterbukaan dan kerahasiaan informasi adalah Dewan Pengawas harus mengungkapkan informasi dan selalu menjaga kerahasiaan informasi yang dipercayakan kepadanya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku serta kebijakan RSUD.
- (5) Etika berkaitan dengan benturan kepentingan (*conflict of interest*) adalah suatu kondisi tertentu dimana kepentingan Anggota Dewan Pengawas bertentangan dengan kepentingan RSUD untuk meraih laba, meningkatkan nilai mencapai tujuan, yang pada akhirnya akan merugikan RSUD. Atas hal tersebut maka anggota Dewan Pengawas hendaknya senantiasa:
 - a. menghindari terjadinya benturan kepentingan;

- b. berpedoman untuk tidak memanfaatkan jabatan bagi kepentingan pribadi atau bagi kepentingan orang atau pihak lain yang terkait yang bertentangan dengan kepentingan RSUD;
- c. menghindari setiap aktivitas yang dapat memengaruhi independensinya dalam melaksanakan tugas; dan
- d. melakukan pengungkapan dalam hal terjadi benturan kepentingan dan anggota Dewan Pengawas yang bersangkutan tidak boleh melibatkan diri dalam proses pengambilan keputusan RSUD yang berkaitan dengan hal tersebut.

Paragraf 6

Evaluasi Kinerja Dewan Pengawas

Pasal 27

- (1) Kebijakan Umum.
 - a. kinerja Dewan Pengawas dan anggota Dewan Pengawas akan dievaluasi oleh Bupati.
 - b. secara umum, kinerja Dewan Pengawas ditentukan berdasarkan tugas kewajiban yang tercantum dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku dan amanat Bupati selaku pemilik. Kriteria evaluasi formal disampaikan secara terbuka kepada anggota Dewan Pengawas sejak tanggal pengangkatannya.
 - c. hasil evaluasi terhadap kinerja Dewan Pengawas secara keseluruhan dan kinerja masing-masing anggota Dewan Pengawas secara individual akan merupakan bagian tak terpisahkan dalam skema kompensasi dan pemberian insentif bagi anggota Dewan Pengawas.
 - d. hasil evaluasi kinerja masing-masing anggota Dewan Pengawas secara individual merupakan salah satu dasar pertimbangan bagi Bupati selaku pemilik untuk pemberhentian dan/atau menunjuk kembali anggota Dewan Pengawas yang bersangkutan. hasil evaluasi kinerja tersebut merupakan sarana penilaian serta peningkatan efektifitas Dewan Pengawas.
- (2) Evaluasi kinerja Dewan Pengawas dilakukan dengan menggunakan kriteria evaluasi kinerja dewan dan individu anggota Dewan Pengawas untuk ditetapkan dengan setidak-tidaknya sebagai berikut:
 - a. tingkat kehadirannya dalam rapat Dewan Pengawas;
 - b. kontribusinya dalam proses pengawasan dan penasihat;
 - c. keterlibatannya dalam penugasan-penugasan tertentu;
 - d. komitmennya dalam memajukan kepentingan RSUD; dan
 - e. ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku serta kebijakan RSUD.

Paragraf 7
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 28

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasehat kepada pengelola.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri atas:
 - a. Rapat Rutin;
 - b. Rapat Khusus; dan
 - c. Rapat Tahunan.

Pasal 29

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 ayat (2) huruf a adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di rumah sakit.
- (3) Rapat rutin Dewan Pengawas dilaksanakan paling sedikit 4 (empat) kali dalam setahun dengan interval yang tetap pada waktu yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Undangan rapat rutin disampaikan oleh Sekretariat Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat rutin dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (4) harus melampirkan:
 - a. satu salinan agenda;
 - b. satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. satu salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).
- (6) Setiap rapat rutin Dewan Pengawas selain dihadiri oleh ketua, sekretaris, anggota Dewan Pengawas serta Direksi dan apabila diperlukan sesuai agenda rapat dapat mengundang bidang/bagian, komite/tim, instalasi dan pihak lain yang ada di rumah sakit atau dari luar rumah sakit.

Pasal 30

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 ayat (2) huruf b adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan atau ada permintaan yang ditandatangani paling sedikit oleh 2/3 (dua per tiga) anggota Dewan Pengawas.

- (3) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (4) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.
- (5) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara khusus.

Pasal 31

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (2) huruf c diselenggarakan sekali dalam satu tahun kalender antara tanggal 1 Juli sampai 31 Desember.
- (2) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan rumah sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.
- (3) Undangan rapat tahunan disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat tahunan diselenggarakan.

Pasal 32

- (1) Setiap rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.
- (2) Dalam hal ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka dalam hal kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih pejabat ketua untuk memimpin rapat.
- (3) Pejabat ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Paragraf 8

Kuorum Rapat Dewan Pengawas

Pasal 33

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila tercapai kuorum.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua per tiga) dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat pada waktu dan hari yang sama minggu berikutnya.
- (4) Dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Paragraf 9
Risalah Rapat Dewan Pengawas

Pasal 34

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus ditandatangani oleh seluruh anggota Dewan Pengawas dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Paragraf 10
Putusan Rapat Dewan Pengawas

Pasal 35

- (1) Pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara dengan tata cara sebagai berikut:
 - a. setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan, atau apabila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
 - b. putusan Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
 - c. dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka ketua berwenang untuk memutuskan putusan rapat; dan
 - d. suara yang diperhitungkan hanyalah berasal dari anggota Dewan Pengawas yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 36

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana yang ditentukan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Corporate By Laws*).
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Paragraf 11
Stempel Dewan Pengawas

Pasal 37

- (1) Setiap dokumen yang dikeluarkan oleh Dewan Pengawas harus dibubuhi stempel Dewan Pengawas.
- (2) Stempel Dewan Pengawas dapat digunakan untuk naskah dinas yang dikeluarkan oleh Dewan Pengawas termasuk yang tercantum dalam risalah rapat.

Paragraf 12
Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 38

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 65 (enam puluh lima) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 65 (enam puluh lima) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Paragraf 13
Pendanaan Dewan Pengawas

Pasal 39

- (1) Pendanaan Dewan Pengawas bersumber dari anggaran RSUD.
- (2) Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi serta honorarium Dewan Pengawas yang dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran.

Paragraf 14
Peran Terhadap Kelompok Staf Medis

Pasal 40

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam upaya memberdayakan KSM untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran terhadap KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus-menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam Organisasi Komite Medik Rumah Sakit melalui Subkomite Kredensial, Subkomite Mutu Profesi serta Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

Bagian Kesembilan
Direksi

Paragraf 1
Susunan

Pasal 41

- (1) Susunan direksi RSUD terdiri atas:
 - a. Direktur
 - b. Wakil Direktur Pelayanan
 - c. Wakil Direktur Umum dan Keuangan
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bertanggung jawab kepada Kepala Dinas yang dilaksanakan melalui penyampaian laporan keuangan, laporan penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah dan laporan bidang kepegawaian.
- (3) Wakil Direktur Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dan Wakil Direktur Umum dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c bertanggung jawab kepada Direktur sesuai bidang tugas masing-masing.

Pasal 42

- (1) Susunan Direksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan susunan Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati.

Paragraf 2
Penggangkatan

Pasal 43

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Direksi ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (3) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (4) Direksi diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

Paragraf 3
Persyaratan Direksi

Pasal 44

Unsur pimpinan rumah sakit dijabat oleh:

- a. tenaga medis;
 - b. tenaga kesehatan; atau
 - c. tenaga profesional,
- yang memiliki kompetensi manajemen rumah sakit.

Pasal 45

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:

- a. tenaga medis, tenaga kesehatan atau tenaga profesional bidang perumahsakititan yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakititan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- d. tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit; dan
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit.

Paragraf 4

Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Wewenang Direktur

Pasal 46

- (1) Direktur mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.
- (2) Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur mempunyai fungsi:
 - a. koordinasi pelaksanaan tugas dan fungsi unsur rumah sakit;
 - b. penetapan kebijakan penyelenggaraan rumah sakit sesuai dengan kewenangannya;
 - c. penyelenggaraan tugas dan fungsi rumah sakit;
 - d. pembinaan, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit; dan
 - e. evaluasi, pencatatan dan pelaporan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas, dan fungsinya, Direktur bertanggung jawab kepada Bupati melalui Dewan Pengawas dalam hal pengelolaan dan pengawasan Rumah Sakit.

Pasal 47

- (1) Direktur mempunyai tanggung jawab:
 - a. mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - b. menjalankan visi dan misi rumah sakit yang telah ditetapkan;

- c. menetapkan kebijakan rumah sakit;
 - d. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
 - e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
 - f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, renstra dan anggaran kepada representatif pemilik/dewan pengawas untuk mendapatkan persetujuan;
 - g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas rumah sakit;
 - h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada representasi pemilik/dewan pengawas; dan
 - i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada representasi pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.
- (2) Direktur mempunyai wewenang:
- a. mengangkat dan memberhentikan:
 - 1. Satuan Pengawas Internal (SPI);
 - 2. Organisasi pelaksana; dan
 - 3. Organisasi pendukung;
 - b. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
 - c. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di RSUD;
 - d. menetapkan kebijakan operasional RSUD;
 - e. menetapkan peraturan, pedoman, panduan dan prosedur;
 - f. mengusulkan, mengangkat, dan memberhentikan pegawai sesuai peraturan perundang-undangan;
 - g. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - h. memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi;
 - i. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - j. mengadakan kerja sama dengan tenaga ahli atau lembaga lain dalam rangka peningkatan pelayanan;
 - k. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya; dan
 - l. mengevaluasi laporan pelaksanaan tugas dari semua anggota direksi di bawah direktur.

Paragraf 5

Persyaratan, Tugas, dan Fungsi Wakil Direktur Pelayanan

Pasal 48

- (1) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan adalah:

- a. tenaga medis atau tenaga kesehatan S2 yang memenuhi kriteria keahlian, kemampuan dalam manajemen rumah sakit, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang pengalaman di lingkup pelayanan medik;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 - c. mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan medik;
 - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - e. berstatus Aparatur Sipil Negara; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Wakil Direktur Pelayanan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medis dan nonmedis serta kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien.
- (3) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Wakil Direktur Pelayanan mempunyai fungsi:
- a. penyusunan program pelayanan medik, keperawatan, dan penunjang;
 - b. perumusan kebijakan di bidang pelayanan medik, keperawatan, dan penunjang;
 - c. pengkoordinasian, pemantauan, pengendalian dan evaluasi pelaksanaan pelayanan medik, keperawatan, dan penunjang;
 - d. pemberian arahan pelaksanaan dan pengembangan pelayanan medik, keperawatan dan penunjang;
 - e. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medik, keperawatan, penunjang medis, dan penunjang nonmedis;
 - f. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsinya; dan
 - g. pelaksanaan fungsi-fungsi lain yang diberikan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan tugas, dan fungsinya, Wakil Direktur Pelayanan membawahi:
- a. Bidang Pelayanan Medik;
 - b. Bidang Pelayanan Keperawatan; dan
 - c. Bidang Pelayanan Penunjang.
- (5) Setiap bidang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dipimpin oleh seorang Kepala Bidang.

Paragraf 6

Persyaratan, Tugas, dan Fungsi Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Pasal 49

- (1) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur Umum dan Keuangan adalah:
- a. berlatar belakang pendidikan minimal S2 atau setara S2 yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman di lingkup administrasi rumah sakit, keuangan dan/atau akuntansi;

- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
 - c. mampu memimpin, mengarahkan melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan keuangan Rumah Sakit;
 - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - e. tidak pernah menjadi pengelola dan/atau penanggung jawab keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
 - f. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
 - g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan administrasi umum, keuangan, sumber daya manusia dan pengembangan serta kendali mutu dan biaya
- (3) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai fungsi:
- a. penyusunan program pengelolaan administrasi umum, keuangan, serta sumber daya manusia dan pengembangan;
 - b. perumusan kebijakan di bidang administrasi umum, keuangan, serta sumber daya manusia dan pengembangan;
 - c. pengkoordinasian, pemantauan, pengendalian dan evaluasi pelaksanaan pengelolaan administrasi umum, keuangan, serta sumber daya manusia dan pengembangan;
 - d. pemberian arahan pelaksanaan dan peningkatan pengelolaan administrasi umum, keuangan, serta sumber daya manusia dan pengembangan;
 - e. pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya di bagian administrasi umum, keuangan, serta sumber daya manusia dan pengembangan;
 - f. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsinya; dan
 - g. pelaksanaan fungsi-fungsi lain yang diberikan oleh Direktur.
- (4) Wakil Direktur Umum dan Keuangan membawahi:
- a. Bagian Umum;
 - b. Bagian Keuangan; dan
 - c. Bagian Sumber Daya Manusia dan Pengembangan.
- (5) Setiap bagian sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dipimpin oleh seorang Kepala Bagian.

Paragraf 7

Pemberhentian Direksi

Pasal 50

Direksi dapat diberhentikan karena:

- a. meninggal dunia;
- b. memasuki usia pensiun;
- c. memiliki keterbatasan fisik dan psikis yang permanen sehingga dapat menghalangi tugasnya;
- d. melanggar kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut;
- f. promosi dan/atau mutasi jabatan; dan
- g. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum.

Paragraf 8
Rapat-Rapat

Pasal 51

- (1) Rapat Direksi diselenggarakan untuk mendukung rencana atau membicarakan hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan Rumah Sakit sesuai dengan tugas dan fungsi.
- (2) Rapat Direksi terdiri atas:
 - a. Rapat Pimpinan;
 - b. Rapat Paripurna;
 - c. Rapat Struktural dan Instalasi;
 - d. Rapat Khusus; dan
 - e. Rapat Jajaran Direksi.
- (3) Semua keputusan baik profesional maupun administratif yang dihasilkan dalam berbagai rapat koordinasi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan kedokteran di Rumah Sakit, harus senantiasa didasari oleh komitmen mewujudkan visi Bupati.
- (4) Untuk setiap rapat harus dibuat risalah/notulen rapat.

Pasal 52

- (1) Rapat Pimpinan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf a merupakan rapat yang membicarakan hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan rumah sakit sesuai tugas dan fungsinya.
- (2) Rapat Pimpinan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihadiri oleh Direksi.
- (3) Dalam hal Rapat Pimpinan bersifat khusus, Direksi dapat mengundang Pejabat Eselon III terkait, yang disampaikan secara tertulis.
- (4) Rapat Pimpinan diselenggarakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali.
- (5) Penyelenggaraan setiap risalah/notulen rapat pimpinan menjadi tanggung jawab Sekretaris pimpinan.
- (6) Risalah/notulen rapat pimpinan ditandatangani oleh Direktur dalam waktu paling lama 3 (tiga) hari setelah rapat diselenggarakan dan segala putusan dalam risalah rapat dapat mulai dilaksanakan, kecuali dinyatakan langsung berlaku pada saat rapat pimpinan.

Pasal 53

- (1) Rapat Paripurna sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf b merupakan forum untuk membahas masalah kebijakan dan pelaksanaan kebijakan dalam rangka mencapai tujuan Rumah Sakit baik di bidang pelayanan, pendidikan, maupun penelitian, termasuk yang menyangkut penyelenggaraan profesi maupun bidang administrasi/manajemen.
- (2) Rapat Paripurna sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dihadiri oleh Direksi, para Pejabat Struktural Eselon III, Ketua Tim Kerja, Ketua SPI, para Ketua Komite, para Kepala Instalasi dan/atau para Ketua KSM.
- (3) Rapat Paripurna, diselenggarakan paling sedikit 2 (dua) kali dalam setahun.

Pasal 54

- (1) Rapat Struktural dan Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf c dilakukan oleh seluruh Pejabat Struktural Rumah Sakit dan para Kepala Instalasi serta Kepala SPI.
- (2) Rapat Struktural dan Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dalam rangka koordinasi dan evaluasi berbagai hal yang terkait dengan operasional pelayanan Rumah Sakit;
- (3) Rapat Struktural dan Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan paling sedikit 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun.

Pasal 55

- (1) Rapat Khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf d dilaksanakan dalam rangka menyelesaikan masalah yang bersifat penting dan segera.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihadiri oleh Direksi dan pejabat lain sesuai dengan kebutuhan.

Pasal 56

- (1) Rapat Jajaran Direksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf e merupakan rapat terbatas yang dihadiri oleh seluruh Wakil Direktur dan Pejabat Struktural Eselon III.
- (2) Rapat Jajaran Direksi dilaksanakan dalam rangka koordinasi dan evaluasi berbagai hal yang terkait dengan pelaksanaan tugas dan fungsi Jajaran Direksi tertentu.
- (3) Rapat Jajaran Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) minggu setiap hari Rabu.

Bagian Kesepuluh Organisasi Pelaksana

Pasal 57

- (1) Organisasi Pelaksana Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien dapat membentuk kelompok layanan, terdiri dari:
 - a. Komite;
 - b. Kelompok Jabatan Fungsional;
 - c. Instalasi; dan
 - d. Satuan.
- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, dapat terdiri atas:
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan
 - c. Komite Tenaga Kesehatan Lain;
 - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - e. Komite Etik dan Hukum;
 - f. Komite Mutu; dan
 - g. Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja.

- (3) Penambahan Komite dan/atau perubahan nama Komite ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 1
Komite Medik

Pasal 58

- (1) Komite medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 ayat (2) huruf a merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk oleh dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (3) Pengaturan lebih lanjut tentang Komite Medik tercantum dalam Bab Peraturan Staf Medis (*Medical Staff By Law*).

Paragraf 2
Komite Keperawatan

Pasal 59

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 ayat (2) huruf b merupakan wadah nonstruktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dan kebidanan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, serta pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Komite keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas:
 - a. melakukan proses kredensial dan rekredensial bagi seluruh tenaga keperawatan dan kebidanan yang akan melakukan pelayanan keperawatan/kebidanan di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan dan kebidanan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika serta perilaku profesi tenaga keperawatan dan kebidanan.

Paragraf 3
Komite Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 60

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 ayat (2) huruf c merupakan wadah nonstruktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lain melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, serta pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas:
 - a. melakukan proses kredensial dan rekredensial bagi seluruh tenaga kesehatan lain yang akan melakukan pelayanan di rumah sakit;

- b. memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lain; dan
- c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi tenaga kesehatan lain.

Paragraf 4

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 61

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 ayat (2) huruf d merupakan organisasi nonstruktural pada Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama menjalankan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk pencegahan infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa Tuberkulosis, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan infeksi menular lainnya.
- (2) Komite PPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas:
 - a. menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI.
 - b. melaksanakan sosialisasi kebijakan PPI, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan.
 - c. membuat Standar Prosedur Operasional PPI.
 - d. menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut.
 - e. melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa HAIs (*Healthcare Associated Infections*).
 - f. memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi.
 - g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI.
 - h. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan.
 - i. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dalam PPI.
 - j. melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan.
 - k. berkoordinasi dengan unit terkait lain dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit, antara lain:
 - 1. Tim Pengendalian Resistensi Antimikroba (TPRA) dalam penggunaan antibiotika yang bijak dirumah sakit berdasarkan pola kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarluaskan data resistensi antibiotika.
 - 2. Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) untuk menyusun kebijakan.
 - 3). Komite Mutu dalam menyusun kebijakan *clinical governance and patient safety*.
 - 1. mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit.

- m. memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI.
- n. menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi.
- o. melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur / monitoring surveilans proses.
- p. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Paragraf 5
Komite Etik dan Hukum

Pasal 62

- (1) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 ayat (2) huruf e merupakan unsur organisasi nonstruktural yang membantu direktur rumah sakit untuk penerapan etika rumah sakit dan hukum perumahsakit.
- (2) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas:
 - a. menyusun Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*);
 - b. menyusun pedoman Etika Pelayanan;
 - c. membina penerapan Etika Pelayanan, Etika Penyelenggaraan, dan hukum perumahsakit;
 - d. mengawasi pelaksanaan penerapan Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan;
 - e. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
 - f. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum; dan
 - g. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di Rumah Sakit.
 - h. memberikan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum; dan
 - i. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia rumah sakit.

Paragraf 6
Komite Mutu

Pasal 63

- (1) Komite Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 ayat (2) huruf f merupakan unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
- (2) Komite Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Komite Mutu memiliki fungsi:
 - a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutupelayanan Rumah Sakit;
 - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit;
 - c. pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
 - d. pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
 - e. pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
 - f. fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
 - g. fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
 - h. pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
 - i. koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pengawas internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf;
 - j. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;
 - k. pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
 - l. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu; dan
 - m. penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien, Komite Mutu memiliki fungsi:
 - a. penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;
 - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;

- c. pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;
 - d. motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
 - e. pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan *Root Cause Analysis* (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
 - f. pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - g. melaksanakan pelatihan keselamatan pasien; dan
 - h. penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.
- (5) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, Komite Mutu memiliki fungsi:
- a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
 - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;
 - c. pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
 - d. pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
 - e. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
 - f. pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
 - g. pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
 - h. pelaksanaan pelatihan manajemen risiko; dan
 - i. penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.
- (6) Selain melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), ayat (4) dan ayat (5), Komite Mutu juga melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit.

Paragraf 7

Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Pasal 64

- (1) Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 ayat (2) huruf g merupakan unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur Rumah Sakit untuk untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit.
- (2) Komite K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas
- a. menyusun dan mengembangkan kebijakan, pedoman, panduan, dan standar prosedur operasional K3RS;
 - b. menyusun dan mengembangkan program K3RS;
 - c. melaksanakan dan mengawasi pelaksanaan K3RS; dan
 - d. memberikan rekomendasi yang berkaitan dengan K3RS untuk bahan pertimbangan Direktur Rumah Sakit.

Paragraf 8
Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 65

- (1) Kelompok jabatan fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 ayat (1) huruf b merupakan wadah nonstruktural yang terdiri atas sejumlah pejabat fungsional yang terbagi dalam jenis dan jenjang jabatan.
- (2) Masing-masing pejabat fungsional sebagaimana dimaksud pada (1) berada di lingkungan unit kerja rumah sakit sesuai dengan kompetensinya.
- (3) Jenis, jenjang dan jumlah pejabat fungsional sebagaimana dimaksud pada (1) ditentukan berdasarkan beban kerja dan kebutuhan organisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Kelompok jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada (1) mempunyai tugas melakukan kegiatan jabatan fungsional masing-masing sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Kelompok jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. kelompok staf medis;
 - b. kelompok staf tenaga kesehatan; dan
 - c. kelompok staf nontenaga kesehatan.
- (6) Kelompok staf tenaga kesehatan lainnya meliputi:
 - a. kelompok staf keperawatan;
 - b. kelompok staf kebidanan;
 - c. kelompok staf kefarmasian;
 - d. kelompok staf kesehatan masyarakat;
 - e. kelompok staf kesehatan lingkungan;
 - f. kelompok staf gizi;
 - g. kelompok staf keterampilan fisik;
 - h. kelompok staf keteknisian medik;
 - i. kelompok staf biomedika; dan
 - j. kelompok staf lainnya.
- (7) Kelompok jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang/Bagian atau Direktur sesuai tingkatan jabatan fungsional.
- (8) Setiap kelompok jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dan ayat (6) dapat ditunjuk ketua untuk mengoordinir anggota staf fungsional.
- (9) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (8) dapat berasal dari tenaga fungsional senior atau penunjukan oleh anggota staf fungsional.
- (10) Ketentuan lebih lanjut mengenai kelompok jabatan fungsional diatur dalam Peraturan Direktur.

Paragraf 9
Instalasi

Pasal 66

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 ayat (1) huruf c merupakan wadah nonstruktural untuk mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur.
- (4) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang kepala.
- (5) Kepala sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh pejabat fungsional dan/atau pejabat pelaksana.
- (6) Kepala sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (7) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 67

- (1) Jumlah dan jenis Instalasi disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan rumah sakit.
- (2) Perubahan jumlah dan jenis Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Direktur.
- (3) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis Instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Dewan Pengawas.

Pasal 68

- (1) Kepala Instalasi mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan, pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Wakil Direktur yang membidangi.
- (2) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), instalasi melaksanakan fungsi:
 - a. penyusunan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta pelaporan kegiatan di instalasinya masing-masing;
 - b. penyusunan regulasi antara lain berupa pedoman, panduan, dan Standar Prosedur Operasional (SPO) sesuai dengan bidang tugasnya;
 - c. pelaksanaan koordinasi intra dan antar unit kerja;
 - d. pengelolaan program mutu dan keselamatan pasien serta kendali biaya; dan
 - e. pelaksanaan fungsi-fungsi lain yang diberikan oleh Wakil Direktur sesuai bidang tugasnya.

Paragraf 10
Satuan Pengawas Internal

Pasal 69

- (1) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 ayat (1) huruf d merupakan wadah nonstruktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang ketua.
- (3) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Satuan Pengawas Internal menyelenggarakan fungsi:
 - a. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit;
 - b. penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
 - c. peaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan internal yang ditugaskan oleh Direktur;
 - d. pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
 - e. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.
- (5) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesebelas
Tata Kerja

Pasal 70

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, pimpinan unit kerja harus:
 - a. menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi di dalam lingkungan masing-masing maupun dengan instansi lain di luar rumah sakit sesuai dengan tugas masing-masing;
 - b. menerapkan pengendalian internal di lingkungan masing-masing untuk mewujudkan terlaksananya mekanisme akuntabilitas public melalui penyusunan perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporan kinerja;
 - c. bertanggung jawab memimpin dan mengoordinasikan bawahan masing-masing dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan; dan
 - d. bertanggung jawab mengawasi pelaksanaan tugas bawahan masing-masing.

- (2) Dalam hal terjadi penyimpangan dalam pelaksanaan tugas bawahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, pimpinat unit kerja wajib mengambil langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 71

Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan digunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahannya.

Pasal 72

- (1) Kepala Bidang dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.
- (2) Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

BAB IV PERATURAN STAF MEDIS RUMAH SAKIT (*MEDICAL STAFF BY LAWS*)

Bagian Kesatu Umum

Pasal 73

- (1) Peraturan Staf Medis Rumah Sakit (*Medical Staff by Laws*) merupakan aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di Rumah Sakit.
- (2) Setiap rumah sakit wajib menyusun peraturan staf medis rumah sakit dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Peraturan staf medis rumah sakit berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh Komite Medik dan staf medis dalam melaksanakan tata Kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit.

Bagian Kedua Tujuan

Pasal 74

- (1) Peraturan Staf Medis Rumah Sakit (*Medical Staff by Laws*) bertujuan:
 - a. agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin;

- b. agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi;
 - c. untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik;
 - d. terwujudnya kerjasama yang baik antara staf medik dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili serta dengan Direktur;
 - e. terwujudnya sinergisme antara manajemen dan staf medis untuk kepentingan pasien; dan
 - f. terwujudnya tanggung jawab staf medis terhadap mutu pelayanan medis di rumah sakit.
- (2) Pengambilan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dilandasi semangat bahwa hanya staf medis yang kompeten dan berperilaku profesional sajalah yang boleh melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Bagian Ketiga Staf Medis

Pasal 75

- (1) Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis sebagai tenaga tetap dan tidak tetap yang bekerja secara penuh waktu di unit pelayanan medis rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas, staf medis dikelompokkan sesuai spesialisasi atau cara lain dengan pertimbangan khusus.
- (3) Setiap kelompok staf medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter.
- (4) Staf medis dengan spesialisasi yang sama dikelompokkan dalam 1 (satu) kelompok staf medis.
- (5) Pengelompokan staf medis dengan cara lain melalui pertimbangan khusus antara lain:
 - a. Penggabungan dokter spesialis dengan spesialisasi yang berbeda karena jumlah dokter spesialis kurang dari 2 (dua) orang. Penggabungan harus memperhatikan kemiripan disiplin ilmu spesialisasinya.
 - b. Pembentukan kelompok staf medis untuk dokter umum secara sendiri tidak bergabung dengan dokter spesialis.
 - c. Pembentukan kelompok staf medis dokter gigi untuk dokter gigi dan dokter gigi spesialis.
- (6) Penempatan staf medis ke dalam kelompok staf medis ditetapkan oleh Direktur.
- (7) Ketua kelompok staf medis dapat dijabat oleh tenaga medis sebagai tenaga tetap atau tidak tetap.

Bagian Keempat
Kewenangan Klinis

Paragraf 1
Umum

Pasal 76

- (1) Semua pelayanan medis yang terjadi di rumah sakit dan akibatnya menjadi tanggung jawab institusi rumah sakit sehingga rumah sakit harus mengatur seluruh pelayanan medis yang dilakukan staf medis agar aman bagi pasien.
- (2) Rumah sakit menetapkan proses yang seragam, objektif, dan berdasar bukti kepada staf medis untuk memberikan pelayanan medis kepada pasien sesuai dengan kualifikasinya.
- (3) Seorang staf medis telah diizinkan melakukan pelayanan medis dan prosedur klinis lainnya di rumah sakit apabila telah diberikan kewenangan klinis oleh rumah sakit.
- (4) Pemberian kewenangan klinis setiap staf medis merupakan pemberian hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk periode waktu tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis sesuai dengan kompetensinya yang nyata.
- (5) Pemberian kewenangan klinis staf medis harus melibatkan Komite Medik yang dibantu oleh mitra bestarinya sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.
- (6) Kewenangan klinis setiap staf medis dapat saling berbeda walaupun memiliki spesialisasi yang sama.

Pasal 77

- (1) Pemberian kewenangan klinis staf medis sebagaimana dimaksud dalam pasal 76 ayat (3) untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam keadaan tertentu, kewenangan klinis dapat diberikan dalam bentuk:
 - a. kewenangan klinis sementara, yaitu kewenangan klinis yang diberikan kepada staf medis tamu oleh Direktur berdasarkan kewenangan klinis yang dimiliki di rumah sakit tempat asal bekerja dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di rumah sakit;
 - b. kewenangan klinis dalam keadaan darurat, yaitu kewenangan klinis yang diberikan kepada semua staf medis untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimilikinya sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya dalam keadaan darurat, kejadian luar biasa (KLB), wabah atau bencana yang menimbulkan banyak korban; dan
 - c. Kewenangan klinis bersyarat, yaitu kewenangan klinis yang diberikan kepada staf medis untuk melakukan pelayanan medis tertentu dalam jangka waktu tertentu.

- (3) Pemberian kewenangan klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur rekredensial.
- (4) Kewenangan klinis berakhir apabila:
 - a. habis masa berlakunya;
 - b. dicabut/dihentikan oleh Direktur; dan
 - c. sudah tidak menjadi anggota staf medis rumah sakit.

Paragraf 2
Kategori Staf Medis

Pasal 78

- (1) Pemberian kewenangan setiap staf medis ditetapkan berdasarkan jenis kategori staf medis.
- (2) Jenis kategori staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Staf medis organik yaitu staf medis yang bergabung dengan rumah sakit secara purna waktu sebagai tenaga tetap atau tidak tetap, berkedudukan sebagai subordinasi yang bekerja untuk dan atas nama rumah sakit serta bertanggung jawab kepada rumah sakit dan diberikan kewenangan klinis selama staf medis bekerja di rumah sakit;
 - b. Staf medis mitra yaitu staf medis yang bergabung dengan rumah sakit sebagai mitra, berkedudukan sejajar dengan rumah sakit, bertanggung jawab secara mandiri dan proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di rumah sakit diberikan kewenangan klinis selama staf medis bekerja di rumah sakit;
 - c. Staf medis tamu yaitu staf medis dari luar rumah sakit yang karena reputasi dan/atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis yang ada di rumah sakit dan/atau untuk melakukan transfer keilmuan atau teknologi baru, diberikan kewenangan klinis sementara;
 - d. Staf medis konsultan adalah staf medis yang karena keahliannya direkrut oleh rumah sakit untuk memberikan konsultasi kepada staf medis lain yang memerlukan dan tidak menangani pasien secara langsung, diberikan kewenangan klinis bersyarat;
 - e. Staf medis relawan yaitu staf medis yang direkrut untuk penanganan kejadian luar biasa atau wabah dalam jangka waktu tertentu serta bertanggung jawab kepada rumah sakit dan diberikan kewenangan klinis dalam keadaan darurat;
 - f. Staf medis internsip yaitu staf medis yang bergabung dengan rumah sakit atas dasar penempatan oleh Pemerintah dalam jangka waktu tertentu serta bertanggung jawab kepada rumah sakit dan diberikan kewenangan klinis sementara;
 - g. Staf medis magang adalah staf medis yang mengabdikan secara sukarela bekerja untuk dan atas nama rumah sakit dalam jangka waktu tertentu serta bertanggung gugat sesuai ketentuan di rumah sakit diberikan kewenangan klinis selama staf medis magang di rumah sakit;

- h. Staf pengajar yaitu staf medis dengan status kepegawaian dari Fakultas Kedokteran yang ikut memberikan pelayanan medis kepada pasien, baik secara langsung maupun sebagai konsultan dapat diberikan kewenangan klinis selama bertugas di rumah sakit; dan
- i. Residen atau calon dokter spesialis yaitu Peserta Pendidikan Dokter Spesialis yang dikirim oleh Rumah Sakit Pendidikan Utama untuk dididik dan ikut memberikan pelayanan medis kepada pasien secara tidak terus-menerus bekerja di rumah sakit dan diberikan kewenangan klinis sementara.

Paragraf 3
Rincian Kewenangan Klinis

Pasal 79

- (1) Untuk membedakan kewenangan klinis setiap spesialisasi ilmu kedokteran harus dirinci lebih lanjut dalam bentuk rincian kewenangan klinis.
- (2) Rincian kewenangan klinis setiap spesialisasi di rumah sakit ditetapkan oleh Komite Medik dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (3) Proses pemberian rincian kewenangan klinis staf medis dilakukan dengan ketentuan:
 - a. terstandar, objektif, dan berdasar atas bukti;
 - b. terdokumentasi di kebijakan rumah sakit;
 - c. aktif dan berkelanjutan mengikuti perubahan kredensial staf medis;
 - d. diikuti semua anggota staf medis; dan
 - e. dapat dibuktikan bahwa prosedur yang digunakan efektif.
- (4) Komite Medik wajib menetapkan dan mendokumentasikan syarat-syarat yang terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan medis sesuai dengan ketetapan kolegium setiap spesialisasi ilmu kedokteran.
- (5) Dokumentasi syarat untuk melakukan pelayanan medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disebut sebagai buku putih (*white paper*).

Paragraf 4
Buku Putih (*White Paper*)

Pasal 80

- (1) Dalam pelaksanaan pelayanan medis, suatu pelayanan medis tertentu dapat dilakukan oleh para staf medis dari jenis spesialisasi yang berbeda.
- (2) Pelayanan medis tertentu dari spesialisasi yang berbeda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) didasarkan pada standar kompetensi yang dikeluarkan dari kolegium masing-masing dokter spesialis/dokter gigi spesialis.
- (3) Dalam kondisi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Komite Medik berhak menyusun buku putih untuk pelayanan medis tertentu dimaksud dengan melibatkan mitra bestari dari beberapa spesialisasi terkait.

- (4) Pemberian kewenangan klinis kepada staf medis yang akan melakukan tindakan tertentu tersebut akan didasarkan pada “buku putih” (*white paper*) yang telah disusun bersama.

Paragraf 5
Pertimbangan Pemberian Kewenangan Klinis

Pasal 81

- (1) Kewenangan klinis seorang staf medis tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilan saja, juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental dan perilaku staf medis.
- (2) Pertimbangan pemberian kewenangan klinis dilakukan pada:
- a. pengangkatan awal staf medis; dan
 - b. penugasan kembali/rekredensial

Pasal 82

- (1) Pertimbangan dalam pelaksanaan rekredensial untuk pemberian kewenangan klinis penugasan kembali sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 ayat (2) huruf b antara lain:
- a. Kelanjutan perizinan (lisensi);
 - b. Penilaian terkait terkena tindakan etik dan disiplin;
 - c. Dokumen untuk mendukung penambahan kewenangan klinis atau tanggung jawab di rumah sakit; dan
 - d. Penilaian kemampuan secara fisik dan mental dalam memberikan pelayanan medis tanpa supervisi.
- (2) Pertimbangan dalam pelaksanaan rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
- a. diberikan kewenangan tambahan berdasarkan pendidikan dan pelatihan lanjutan; dan
 - b. dilanjutkan, dibatasi, dikurangi atau dihentikan berdasarkan:
 1. hasil evaluasi praktik profesional berkelanjutan;
 2. batasan kewenangan yang dikenakan kepada staf oleh organisasi profesi, Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK), Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI), atau badan resmi lainnya;
 3. temuan rumah sakit dari analisis terhadap kejadian sentinel atau kejadian insiden lainnya;
 4. status kesehatan staf medis; dan
 5. permintaan dari staf medis.
- (3) Berdasarkan hasil rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, sebelum kewenangan klinis staf medis dibatasi, dikurangi atau dihentikan, terlebih dahulu dilakukan langkah-langkah berikut:
- a. Ketua Kelompok Staf Medis atau Mitra Bestari mengajukan surat untuk mempertimbangkan pembatasan/pengurangan/penghentian kewenangan klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;

- b. Ketua Komite Medik menugaskan Ketua Subkomite Kredensial untuk menindaklanjuti permohonan dimaksud dengan meneliti dokumen-dokumen sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b;
- c. Ketua Subkomite Kredensial berhak memanggil anggota staf medis bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan/atau pembelaan diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b;
- d. Ketua Subkomite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain atau para ahli.
- e. Hasil dengar pendapat sebagaimana dimaksud pada huruf c dan huruf d sebagai dasar pengambilan keputusan oleh Ketua Subkomite Kredensial untuk dilaporkan kepada Ketua Komite Medik.

Bagian Kelima
Penugasan Klinis

Pasal 83

- (1) Setiap Staf Medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan Klinis dari Direktur berdasarkan Rincian Kewenangan Klinis setiap Staf Medis yang direkomendasikan Komite Medik.
- (2) Dengan memiliki Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang staf medis dinyatakan tergabung menjadi anggota kelompok staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Pasal 84

- (1) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis seorangstaf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.
- (2) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Bagian Keenam
Komite Medik

Paragraf 1
Umum

Pasal 85

- (1) Komite Medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Komite Medik merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk di rumah sakit oleh direktur.

- (3) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.

Paragraf 2
Susunan Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 86

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur dengan susunan organisasi terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (2) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (3) Jumlah personil keanggotaan Komite Medik disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

Pasal 87

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sekretaris dan subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.

Pasal 88

- (1) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.

Paragraf 3
Tugas dan Fungsi

Pasal 89

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan 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 Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesistaf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasihat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 90

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis;
- 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 4
Hubungan Komite Medik dengan Direktur

Pasal 91

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumberdaya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik.
- (2) Komite Medik bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.

Paragraf 5
Panitia *Adhoc*

Pasal 92

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (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 6
Pendanaan

Pasal 93

- (1) Personalia Komite Medik berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Medik didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bagian Ketujuh
Rapat Komite Medik

Paragraf 1
Jenis Rapat

Pasal 94

- (1) Rapat Komite Medik adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Medik untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengambilan keputusan di bidang profesi.
- (2) Rapat Komite Medik terdiri atas:
 - a. Rapat Rutin;
 - b. Rapat Khusus; dan
 - c. Rapat Tahunan.

Pasal 95

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94 ayat (2) huruf a adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Komite Medik yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di bidang profesi staf medis.
- (3) Rapat rutin Komite Medik dilaksanakan paling sedikit 2 (dua) bulan sekali.
- (4) Undangan rapat rutin disampaikan oleh Sekretaris Komite Medik kepada peserta rapat paling lambat 1 (satu) hari sebelum rapat rutin dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. satu salinan agenda;
 - b. satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. satu salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).
- (6) Setiap rapat rutin Komite Medik selain dihadiri oleh ketua, sekretaris, dan ketua subkomite dan apabila diperlukan sesuai agenda rapat dapat mengundang Ketua Kelompok Staf Medis, anggota staf medis dan pihak lain yang ada di rumah sakit atau dari luar rumah sakit.

Pasal 96

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94 ayat (2) huruf b adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Medik yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan antara lain karena ada permintaan yang diajukan oleh paling sedikit 3 (tiga) staf medis atau adanya keadaan/situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera diselesaikan.
- (2) Komite Medik mengundang untuk rapat khusus dalam hal ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan atau ada permintaan yang ditandatangani paling sedikit oleh 2/3 (dua per tiga) Pengurus Inti Komite Medik.
- (3) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (4) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Komite Medik kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.

- (5) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara khusus.

Pasal 97

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94 ayat (2) huruf c diselenggarakan sekali dalam satu tahun kalender.
- (2) Komite Medik menyiapkan dan menyajikan laporan pencapaian program Komite Medik termasuk laporan kegiatan masing-masing subkomite.
- (3) Undangan rapat tahunan disampaikan oleh Sekretaris Komite Medik kepada peserta rapat paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat tahunan diselenggarakan.

Pasal 98

- (1) Setiap rapat Komite Medik dinyatakan sah bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh pengurus inti Komite Medik yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.
- (2) Dalam hal ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka dalam hal kuorum telah tercapai, anggota Komite Medik dapat memilih pejabat ketua untuk memimpin rapat.
- (3) Pejabat ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Komite Medik pada rapat berikutnya.

Paragraf 2

Kuorum Rapat Komite Medik

Pasal 99

- (1) Rapat Komite Medik hanya dapat dilaksanakan bila tercapai kuorum.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua per tiga) dari seluruh pengurus inti Komite Medik.
- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat pada waktu dan hari yang sama minggu berikutnya.
- (4) Dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Komite Medik berikutnya.

Paragraf 3

Risalah Rapat Komite Medik

Pasal 100

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Komite Medik menjadi tanggung jawab Sekretaris Komite Medik.
- (2) Risalah rapat Komite Medik harus ditandatangani oleh sekurang-kurangnya Ketua dan Sekretaris Komite Medik dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh pengurus inti Komite Medik yang hadir.

Paragraf 4
Putusan Rapat Komite Medik

Pasal 101

- (1) Pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara dengan tata cara sebagai berikut:
 - a. setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Komite Medik ditentukan dengan mengangkat tangan, atau apabila dikehendaki oleh para anggota Komite Medik, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
 - b. putusan Komite Medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
 - c. dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka ketua berwenang untuk memutuskan putusan rapat; dan
 - d. suara yang diperhitungkan hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 102

- (1) Komite Medik dapat mengubah atau membatalkan setiap keputusan 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 Komite Medik tidak diterima dalam rapat tersebut maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Kedelapan
Subkomite Kredensial

Paragraf 1
Keanggotaan

Pasal 103

- (1) Subkomite Kredensial terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite kredensial sekurang-kurangnya terdiri atas ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan dari Ketua Komite Medik.
- (3) Ketua Subkomite Kredensial bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Paragraf 2
Tujuan

Pasal 104

- (1) Tujuan umum dilakukan kredensial adalah untuk melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit kredibel.
- (2) Tujuan khusus kredensial sebagai berikut:
 - a. mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit
 - b. tersusunnya jenis-jenis kewenangan klinis (*clinical privilege*) bagi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi yang ditetapkan oleh Kolegium Kedokteran/Kedokteran Gigi Indonesia;
 - c. dasar bagi direktur rumah sakit untuk menerbitkan penugasan klinis (*clinical appointment*) bagi setiap staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - d. terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medis dan institusi rumah sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) rumah sakit lainnya.

Paragraf 3
Konsep Kredensial

Pasal 105

- (1) Proses kredensial dilakukan dengan alasan utama, yaitu:
 - a. banyak faktor yang mempengaruhi kompetensi seseorang mendapatkan sertifikat kompetensi dari kolegium; dan
 - b. keadaan kesehatan seseorang dapat saja menurun akibat penyakit tertentu atau bertambahnya usia sehingga mengurangi keamanan pelayanan medis yang dilakukan.
- (2) Faktor yang mempengaruhi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a antara lain:
 - a. perkembangan ilmu kedokteran untuk suatu pelayanan medis sangat pesat sehingga kompetensi yang diperoleh saat menerima sertifikat kompetensi bisa kedaluwarsa, bahkan dapat dianggap sebagai tindakan yang tidak aman bagi pasien; dan
 - b. lingkup suatu cabang ilmu kedokteran tertentu senantiasa berkembang sehingga suatu tindakan yang semula tidak diajarkan pada periode waktu tertentu dapat saja belakangan diajarkan dan dapat menjadi kemampuan yang standar.
- (3) Keadaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilakukan melalui uji kelaikan kesehatan fisik maupun mental

Paragraf 4
Mekanisme Kredensial

Pasal 106

- (1) Mekanisme kredensial dan rekredensial di rumah sakit merupakan tanggung jawab Komite Medik yang dilaksanakan oleh subkomite kredensial.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, objektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (3) Subkomite kredensial melakukan proses kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dengan serangkaian kegiatan sebagai berikut:
 - a. menyusun tim mitra bestari;
 - b. melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis yang meminta kewenangan klinis tertentu; dan
 - c. menyiapkan berbagai instrumen kredensial.
- (4) Instrumen kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c meliputi:
 - a. kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan kewenangan klinis;
 - b. pedoman penilaian kompetensi klinis;
 - c. formularium yang diperlukan;
 - d. daftar rincian kewenangan klinis untuk setiap spesialisasi medis;
 - e. daftar mitra bestari yang merepresentasikan tiap spesialisasi medis; dan
 - f. buku putih untuk setiap pelayanan medis.

Pasal 107

- (1) Tahapan pemberian kewenangan klinis bagi seorang staf medis sebagai berikut:
 - a. 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;
 - b. berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur kepada Komite Medik;
 - c. pengkajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon;
 - d. dalam melakukan kajian, subkomite kredensial dapat membentuk panel atau panitia ad-hoc dengan melibatkan mitra bestari dari disiplin yang sesuai dengan kewenangan klinis yang diminta berdasarkan buku putih (*white paper*);
 - e. subkomite kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panel atau panitia ad-hoc dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan;
 - f. pengkajian oleh subkomite kredensial meliputi elemen:
 1. kompetensi:
 - a) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;

- b) kognitif;
 - c) afektif;
 - d) psikomotor.
 - 2. kompetensi fisik;
 - 3. kompetensi mental/perilaku; dan
 - 4. perilaku etis (*ethical standing*);
 - g. Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik;
 - h. Daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) diperoleh dengan cara:
 - 1. menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
 - 2. mengkaji kewenangan klinis bagi Pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*); dan
 - 3. mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
 - i. Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- (2) Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam pemberian kewenangan klinis bagi seorang staf medis antara lain:
- a. Pendidikan;
 - b. Perizinan (lisensi)
 - c. Kegiatan penjagaan mutu;
 - d. Kualifikasi personal; dan
 - e. Pengalaman di bidang keprofesian.
- (3) Pendidikan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, meliputi:
- a. lulus dari institusi Pendidikan kedokteran yang terakreditasi; dan
 - b. menyelesaikan program pendidikan dengan dibuktikan adanya ijazah yang terverifikasi.
- (4) Perizinan (lisensi) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, meliputi:
- a. memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) yang sesuai dengan bidang profesinya dan masih berlaku serta terverifikasi; dan
 - b. memiliki izin praktik dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
- (5) Kegiatan penjagaan mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c, meliputi:
- a. bersedia menjadi anggota Komite Medik dan mitra bestari rumah sakit tempat bekerja; dan
 - b. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- (6) Kualifikasi personal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d, meliputi:
- a. riwayat disiplin dan etik profesi;
 - b. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
 - c. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
 - d. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
 - e. memiliki asuransi proteksi profesi.

- (7) Pengalaman di bidang keprofesian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e, meliputi:
- a. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi sebelumnya; dan
 - b. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Paragraf 5
Rekredensial

Pasal 108

- (1) Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dengan rekomendasi berupa:
 - a. kewenangan klinis dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis ditambah;
 - c. kewenangan klinis dikurangi;
 - d. kewenangan klinis dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis diubah/dimodifikasi; atau
 - f. kewenangan klinis diakhiri.
- (2) Bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang ditambah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b atau dikurangi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, staf medis dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur untuk selanjutnya Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).
- (3) Pelaksanaan proses rekredensial lebih sederhana dibandingkan dengan proses kredensial awal karena rumah sakit telah memiliki informasi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
- (4) Pelaksanaan rekredensial dilakukan secara berkala setiap 3 (tiga) tahun sekali.

Paragraf 6
Berakhirnya Kewenangan Klinis

Pasal 109

- (1) Kewenangan klinis staf medis dapat berakhir karena:
 - a. habis masa berlakunya; atau
 - b. dicabut oleh Direktur;
- (2) Pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b didasarkan pada:
 - a. kinerja profesi di lapangan seperti terganggu kesehatan fisik dan/atau mental; dan
 - b. terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi atau adanya tindakan disiplin dari Komite Medik.
- (3) Kewenangan klinis yang dicabut atau diakhiri dapat diberikan kembali bila staf medis dianggap telah pulih kompetensinya.

- (4) Dalam hal kewenangan klinis dicabut atau diakhiri sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Komite Medik akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
- (5) Setelah proses pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Komite Medik dapat merekomendasikan kepada Direktur untuk pemberian kembali kewenangan klinis tertentu.

Bagian Kesembilan
Subkomite Mutu Profesi

Paragraf 1
Keanggotaan

Pasal 110

- (1) Subkomite Mutu Profesi terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Subkomite Mutu Profesi sekurang-kurangnya terdiri atas ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan dari Ketua Komite Medik.
- (3) Ketua Subkomite Mutu Profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Paragraf 2
Tujuan

Pasal 111

- (1) Subkomite Mutu Profesi berperan dalam menjaga mutu profesi medis.
- (2) Tujuan menjaga mutu profesi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:
 - a. memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh staf medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
 - b. memberikan asas keadilan bagi staf medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi (*maintaining competence*) dan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - c. mencegah terjadinya kejadian yang tak diharapkan (*medical mishaps*); dan
 - d. memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*).

Paragraf 3
Konsep Mutu Profesi

Pasa 112

- (1) Mutu pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis sangat ditentukan oleh semua aspek kompetensi staf medis dalam melakukan penatalaksanaan asuhan medis.
- (2) Mutu suatu penatalaksanaan asuhan medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tergantung pada upaya staf medis memelihara kompetensi seoptimal mungkin.
- (3) Untuk mempertahankan mutu dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui:
 - a. memantau kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading*;
 - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Paragraf 4
Mekanisme Kerja Mutu Profesi

Pasal 113

- (1) Mekanisme kerja menjaga mutu profesi staf medis di rumah sakit merupakan tanggung jawab Komite Medik yang dilaksanakan oleh subkomite mutu profesi.
- (2) Dalam menjalankan mekanisme kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur bertanggung jawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan.
- (3) Kegiatan yang dapat dilakukan antara lain:
 - a. audit medis;
 - b. merekomendasikan Pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis; dan
 - c. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Pelaksanaan audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a harus dapat 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 Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
 - d. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

- (5) Pelaksanaan Pendidikan berkelanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b dilaksanakan dengan ketentuan berikut:
- a. subkomite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
 - b. pertemuan dapat berupa pembahasan kasus meliputi kasus kematian, kasus sulit atau kasus langka;
 - c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
 - d. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip dari subkomite mutu profesi;
 - e. Subkomite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
 - f. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan subkomite mutu profesi per tahun;
 - g. Subkomite mutu profesi bersama dengan pengelola pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
 - h. Subkomite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya; dan
 - i. Subkomite mutu profesi memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada direksi.
- (6) Pelaksanaan fasilitasi proses pendampingan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c dilaksanakan dengan ketentuan berikut:
- a. Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
 - b. Komite medik berkoordinasi dengan direktur rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

Bagian Kesepuluh
Subkomite Etika dan Disiplin Profesi

Paragraf 1
Keanggotaan

Pasal 114

- (1) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

- (2) Pengorganisasian Subkomite Etika dan Disiplin Profesi sekurang-kurangnya terdiri atas ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan dari Ketua Komite Medik.
- (3) Ketua Subkomite Etika dan Disiplin Profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Paragraf 2
Tujuan

Pasal 115

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dibentuk dengan tujuan:

1. melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat (*unqualified*) dan tidak layak (*unfit/unproper*) untuk melakukan asuhanklinis (*clinical care*); dan
2. memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medis di rumah sakit.

Paragraf 3
Konsep Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 116

- (1) Upaya peningkatan profesionalisme staf medis dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisiplinan berperilaku profesional staf medis di lingkungan rumah sakit.
- (2) Dalam penanganan asuhan medis tidak jarang dijumpai kesulitan dalam pengambilan keputusan etis sehingga diperlukan subkomite etika dan disiplin profesi yang dapat membantu memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis tersebut
- (3) Pengaturan dan penerapan penegakan disiplin profesi berdasarkan tolak ukur antara lain:
 - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
 - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
 - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;
 - e. kode etik kedokteran Indonesia;
 - f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
 - g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
 - h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
 - i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Paragraf 4
Mekanisme Kerja

Pasal 117

- (1) Direktur bertanggung jawab atas penetapan kebijakan dan prosedur kerja serta tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan subkomite etika dan disiplin profesi.
- (2) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh subkomite etika dan disiplin.
- (3) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas 3 (tiga) orang staf medis atau lebih yang jumlahnya ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa, dapat berasal dari dalam atau luar rumah sakit.
- (4) Pengikutsertaan mitra bestari dari luar rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b mengikuti ketentuan yang ditetapkan rumah sakit berdasarkan rekomendasi Komite Medik.
- (5) Mekanisme penegakan etika dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui:
 - a. upaya pendisiplinan perilaku professional;
 - b. pembinaan profesionalisme kedokteran; dan
 - c. pertimbangan keputusan etis.

Pasal 118

- (1) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 117 ayat (5) huruf a adalah sebagai berikut:
 - a. sumber laporan;
 - b. dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi;
 - c. pemeriksaan;
 - d. keputusan;
 - e. tindakan pendisiplinan perilaku profesional; dan
 - f. pelaksanaan keputusan.
- (2) Sumber laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a berasal dari:
 - a. Notifikasi (laporan) yang berasal dari perorangan seperti dari manajemen rumah sakit, staf medis lain, tenaga Kesehatan atau tenaga nonkesehatan serta pasien atau keluarga pasien; dan
 - b. Notifikasi (laporan) yang berasal dari non perorangan seperti dari hasil konferensi kematian dan hasil konferensi klinis.
- (3) Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b menyangkut hal-hal berikut:
 - a. kompetensi klinis;
 - b. penatalaksanaan kasus medis;
 - c. pelanggaran disiplin profesi;
 - d. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standarpelayanan kedokteran di rumah sakit; atau

- e. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.
- (4) Pemeriksaan yang dilakukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c antara lain dengan cara:
- a. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
 - b. melalui proses pembuktian;
 - c. dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik;
 - d. terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
 - e. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
 - f. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.
- (5) Keputusan yang diambil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d dengan ketentuan:
- a. diambil berdasarkan suara terbanyak untuk menentukan ada atau tidaknya pelanggaran disiplin profesi;
 - b. apabila terlapor keberatan, dapat mengajukan keberatan dengan memberikan bukti baru kepada subkomite etika dan disiplin profesi;
 - c. subkomite etika dan disiplin profesi membentuk panel baru untuk memeriksa bukti baru yang diajukan terlapor;
 - d. hasil pemeriksaan oleh panel baru merupakan keputusan yang bersifat final; dan
 - e. keputusan final dilaporkan kepada direktur melalui Komite Medik.
- (6) Tindakan pendisiplinan perilaku profesional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dapat berupa rekomendasi pemberian:
- a. peringatan tertulis;
 - b. limitasi (reduksi) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - c. bekerja di bawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut; atau
 - d. pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
- (7) Pelaksanaan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f diserahkan Ketua Komite Medik kepada Direktur sebagai rekomendasi untuk dilakukan eksekusi.

Pasal 119

- (1) Mekanisme pembinaan profesionalisme kedokteran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 117 ayat (5) huruf b dilakukan dengan:
- a. menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran; dan
 - b. menyelenggarakan ceramah, diskusi, simposium, lokakarya atau kegiatan sejenis.
- (2) Pelaksana pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan oleh Komite Medik, pengelola pendidikan dan pelatihan.

Pasal 120

Mekanisme pertimbangan keputusan etis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 117 ayat (5) huruf c dilakukan dengan cara:

- a. staf medis meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit kepada Komite Medik; dan
- b. subkomite etika dan disiplin mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Bagian Kesebelas
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 121

- (1) Peraturan pelaksanaan tata kelola klinis merupakan aturan-aturan profesi bagi staf medis secara tersendiri di luar Peraturan Staf Medis Rumah Sakit (*Medical Staff by Laws*).
- (2) Aturan-aturan profesi bagi staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
 - 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, dokter gigi atau dokter gigi spesialis dengan disiplin yang sesuai; dan
 - c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.
- (3) Aturan-aturan profesi bagi staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat merupakan bagian dari Peraturan Staf Medis Rumah Sakit dan/atau terpisah.

Bagian Keduabelas
Tata Cara Reviu dan Perbaikan Peraturan Staf Medis Rumah Sakit

Pasal 122

- (1) Reviu terhadap Peraturan Staf Medis Rumah Sakit dapat dilakukan apabila:
 - a. telah berlaku paling lama 3 (tiga) tahun;
 - b. adanya perubahan Peraturan Perundang-undangan yang mendasarinya; atau
 - c. kebutuhan rumah sakit.
- (2) Hasil reviu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. pencabutan; atau
 - b. perubahan;
- (3) Pencabutan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dapat berupa pencabutan sebagian atau seluruh materi peraturan.
- (4) Jika pencabutan dilakukan untuk seluruh materi peraturan maka harus diganti dengan peraturan yang baru.
- (5) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan dengan:
 - a. menyisip atau menambah materi ke dalam Peraturan; atau
 - b. menghapus atau mengganti sebagian materi Peraturan.
- (6) Rancangan pencabutan atau perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diajukan oleh Komite Medik kepada Direktur.

- (7) Terhadap usulan dari Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (6), Direktur dapat menelaah ulang sebelum diajukan dan ditetapkan oleh Bupati.

BAB V
PERATURAN STAF KEPERAWATAN RUMAH SAKIT
(*NURSING STAFF BY LAWS*)

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 123

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib menyusun peraturan internal staf keperawatan dengan mengacu pada peraturan internal rumah sakit dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Peraturan internal staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan.
- (3) Peraturan internal staf keperawatan disusun oleh Rumah Sakit dan disahkan oleh Bupati.
- (4) Peraturan internal staf keperawatan berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh Komite Keperawatan dan staf keperawatan dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik di Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Tujuan

Pasal 124

Penyelenggaraan Komite Keperawatan bertujuan untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dan kebidanan serta mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan keperawatan dan pelayanan kebidanan yang berorientasi pada keselamatan pasien di Rumah Sakit lebih terjamin dan terlindungi.

Bagian Ketiga
Staf Keperawatan

Pasal 125

- (1) Staf keperawatan dalam peraturan Staf Keperawatan Rumah Sakit meliputi:
 - a. tenaga keperawatan; dan
 - b. tenaga kebidanan.
- (2) Jenis tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas perawat vokasi, ners, dan ners spesialis.
- (3) Jenis tenaga kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas bidan vokasi dan bidan profesi.

Pasal 126

- (1) Tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud dalam pasal ayat (2) huruf a dalam upaya meningkatkan keberhasilan pemberian asuhan keperawatan dilakukan dengan cara meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan.
- (2) Peningkatan profesionalisme tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui pengembangan karir perawat.
- (3) Pengembangan karir profesional perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - a. Perawat klinis (PK);
 - b. Perawat manajer (PM);
 - c. Perawat pendidik (PP); dan
 - d. Perawat peneliti/riset (PR)
- (4) Pengembangan karir perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui penempatan perawat pada jenjang yang sesuai dengan kompetensinya.

Pasal 127

- (1) Pengembangan karir profesional perawat yang memilih sebagai sebagai perawat klinis (PK) yang melakukan praktik sebagai pemberi asuhan keperawatan di rumah sakit dikategorikan atas 5 (lima) level berikut:
 - a. perawat klinis I (PK I);
 - b. perawat klinis II (PK II);
 - c. perawat klinis III (PK III);
 - d. perawat klinis IV (PK IV); dan
 - e. perawat klinis V (PK V).
- (2) Sebagai perawat klinis dapat berpindah ke bidang lainnya dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. untuk menjadi perawat manajer I dipersyaratkan memiliki kompetensi perawat klinis II;
 - b. untuk menjadi perawat pendidik I dipersyaratkan memiliki kompetensi perawat klinis III; dan
 - c. untuk menjadi perawat riset I dipersyaratkan memiliki kompetensi perawat klinis IV.
- (3) Ketentuan mengenai jenjang karir profesional dan kompetensi setiap level perawat klinis sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kewenangan Klinis

Pasal 128

- (1) Semua asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi kewenangan klinis melalui proses kredensial.
- (2) Rumah sakit menetapkan proses yang seragam, objektif, dan berdasar bukti kepada staf keperawatan untuk memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien sesuai dengan kualifikasinya.

- (3) Seorang staf keperawatan telah diizinkan melakukan asuhan keperawatan dan kebidanan di rumah sakit apabila telah diberikan kewenangan klinis oleh rumah sakit.
- (4) Pemberian kewenangan klinis setiap staf keperawatan merupakan pemberian hak khusus seorang staf keperawatan untuk melakukan asuhan tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk periode waktu tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis sesuai dengan kompetensinya.
- (5) Pemberian kewenangan klinis staf keperawatan harus melibatkan Komite Keperawatan yang dibantu oleh mitra bestarinya sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.

Pasal 129

- (1) Pemberian kewenangan klinis staf keperawatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 128 ayat (3) untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam keadaan tertentu, kewenangan klinis dapat diberikan dalam bentuk:
 - a. kewenangan klinis sementara (*temporary clinical privilege*), yaitu kewenangan klinis yang diberikan kepada staf keperawatan tamu oleh Direktur berdasarkan kewenangan klinis yang dimiliki di rumah sakit tempat asal bekerja dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di rumah sakit;
 - b. kewenangan klinis dalam keadaan darurat (*emergency clinical privilege*), yaitu kewenangan klinis yang diberikan kepada semua staf keperawatan untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimilikinya sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya dalam keadaan darurat, kejadian luar biasa (KLB), wabah atau bencana yang menimbulkan banyak korban; dan
 - c. kewenangan klinis bersyarat (*provisional clinical privilege*), yaitu kewenangan klinis yang diberikan kepada staf keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan dan kebidanan tertentu dalam jangka waktu tertentu.
- (5) Pemberian kewenangan klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur rekredensial.
- (6) Kewenangan klinis berakhir apabila:
 - a. habis masa berlakunya;
 - b. dicabut/dihentikan oleh Direktur; dan
 - c. sudah tidak menjadi anggota staf medis rumah sakit.

Pasal 130

- (1) Dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan dan kebidanan, suatu pelayanan keperawatan dan kebidanan dapat dilakukan oleh para staf keperawatan sesuai dengan standar kompetensi.
- (2) Dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan untuk melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam bentuk buku putih (*white paper*).

- (3) Buku putih (*white paper*) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disusun Komite Keperawatan dengan melibatkan mitra bestari (*peer group*) dari berbagai unsur organisasi profesi keperawatan dan kebidanan, kolegium keperawatan/kebidanan serta unsur pendidikan tinggi keperawatan dan kebidanan.

Bagian Keempat Penugasan Klinis

Pasal 131

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis yang baik, semua asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh setiap tenaga keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit dilakukan atas Penugasan Klinis dari Direktur.
- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemberian Kewenangan Klinis tenaga keperawatan dan kebidanan oleh Direktur melalui penerbitan surat Penugasan Klinis kepada tenaga keperawatan dan kebidanan yang bersangkutan.
- (3) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diterbitkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (4) Dalam keadaan darurat Direktur dapat memberikan surat Penugasan Klinis secara langsung tidak berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (5) Rekomendasi Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan setelah dilakukan Kredensial dengan ketentuan bahwa Rumah Sakit merupakan tempat untuk melakukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut.

Bagian Kelima Pelimpahan Kewenangan

Pasal 132

- (1) Tenaga keperawatan dan kebidanan dalam menjalankan praktik profesinya dapat melakukan tindakan yang bersifat mandiri dan tindakan yang bersifat mandat atau delegatif.
- (2) Tindakan yang bersifat mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kompetensi utama dari profesi tenaga keperawatan dan kebidanan yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan.
- (3) Tindakan yang bersifat mandat atau delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pelimpahan kewenangan dari profesi lain kepada tenaga keperawatan dan kebidanan yang dibedakan atas:
 - a. pelimpahan secara mandat; dan
 - b. pelimpahan secara delegatif.
- (4) Pelimpahan wewenang secara mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a merupakan pelimpahan tindakan yang diberikan oleh tenaga medis kepada tenaga keperawatan dan kebidanan untuk melakukan tindakan medis di bawah pengawasan.

- (5) Tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang secara mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (4) berada pada pemberi pelimpahan wewenang.
- (6) Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b merupakan pelimpahan tindakan yang diberikan oleh tenaga medis kepada tenaga keperawatan dan kebidanan untuk melakukan tindakan medis disertai pelimpahan tanggung jawab.
- (7) Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (6) huruf b hanya dapat diberikan kepada *ners* atau perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang diperlukan.

Bagian Kedua
Komite Keperawatan

Paragraf 1
Umum

Pasal 133

- (1) Komite Keperawatan dibentuk dengan tujuan untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan serta mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan keperawatan dan pelayanan kebidanan yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Komite Keperawatan merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan dan tenaga kebidanaan.

Paragraf 2
Susunan Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 134

- (1) Susunan Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (3) Jumlah personil keanggotaan Komite Keperawatan disesuaikan dengan jumlah tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan di rumah sakit.

Pasal 135

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit.

- (2) Sekretaris dan subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan yang bekerja di rumah sakit.

Pasal 136

- (1) Anggota Komite Keperawatan terbagi ke dalam subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. subkomite kredensial yang bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan;
 - b. subkomite mutu profesi yang bertugas melakukan audit keperawatan dan kebidanan serta merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan; dan
 - c. subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Paragraf 3

Fungsi, Tugas dan Kewenangan

Pasal 137

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi setiap tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan;
 - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

Pasal 138

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:

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

Paragraf 4

Hubungan Komite Keperawatan dengan Direktur

Pasal 139

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumberdaya yang diperlukan untuk menjalankan fungsi dan tugas Komite Keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.

Paragraf 5

Panitia *Adhoc*

Pasal 140

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua Komite Keperawatan.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga keperawatan atau tenaga kebidanan yang tergolong sebagai mitra bestari.

- (4) Tenaga keperawatan atau tenaga kebidanan yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, organisasi profesi perawat atau organisasi profesi bidan, dan/atau institusi pendidikan keperawatan dan institusi pendidikan kebidanan.

Paragraf 6
Pendanaan

Pasal 141

- (1) Kepengurusan Komite Keperawatan berhak memperoleh insentif sesuai dengan kebijakan dan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Keperawatan didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bagian Ketiga
Rapat Komite Keperawatan

Paragraf 1
Jenis Rapat

Pasal 142

- (1) Rapat Komite Keperawatan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Keperawatan untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengambilan keputusan di bidang profesi.
- (2) Rapat Komite Keperawatan terdiri atas:
 - a. Rapat Rutin;
 - b. Rapat Khusus; dan
 - c. Rapat Tahunan.

Pasal 143

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 142 ayat (2) huruf a adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Komite Keperawatan yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di bidang profesi keperawatan atau kebidanan.
- (3) Rapat rutin Komite Keperawatan dilaksanakan paling sedikit 2 (dua) bulan sekali.
- (4) Undangan rapat rutin disampaikan oleh Sekretaris Komite Keperawatan kepada peserta rapat paling lambat 1 (satu) hari sebelum rapat rutin dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. satu salinan agenda;
 - b. satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. satu salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

- (6) Setiap rapat rutin Komite Keperawatan selain dihadiri oleh ketua, sekretaris, dan ketua subkomite dan apabila diperlukan sesuai agenda rapat dapat mengundang Kepala Ruang Keperawatan, staf keperawatan atau kebidanan dan pihak lain yang ada di rumah sakit atau dari luar rumah sakit.

Pasal 144

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam pasal 142 ayat (2) huruf b adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Keperawatan yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan antara lain karena ada permintaan yang diajukan oleh paling sedikit 3 (tiga) staf medis atau adanya keadaan/situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera diselesaikan.
- (2) Komite Keperawatan mengundang untuk rapat khusus dalam hal ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan atau ada permintaan yang ditandatangani paling sedikit oleh 2/3 (dua per tiga) Pengurus Inti Komite Keperawatan.
- (3) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (4) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Komite Keperawatan kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.
- (5) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara khusus.

Pasal 145

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 142 ayat (2) huruf c diselenggarakan sekali dalam satu tahun kalender.
- (2) Komite Keperawatan menyiapkan dan menyajikan laporan pencapaian program Komite Keperawatan termasuk laporan kegiatan masing-masing subkomite.
- (3) Undangan rapat tahunan disampaikan oleh Sekretaris Komite Keperawatan kepada peserta rapat paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat tahunan diselenggarakan.

Pasal 146

- (1) Setiap rapat Komite Keperawatan dinyatakan sah bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh pengurus inti Komite Keperawatan yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.
- (2) Dalam hal ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka dalam hal kuorum telah tercapai, anggota Komite Keperawatan dapat memilih pejabat ketua untuk memimpin rapat.
- (3) Pejabat ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Komite Keperawatan pada rapat berikutnya.

Paragraf 2
Kuorum Rapat Komite Keperawatan

Pasal 147

- (1) Rapat Komite Keperawatan hanya dapat dilaksanakan bila tercapai kuorum.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua per tiga) dari seluruh pengurus inti Komite Keperawatan.
- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat pada waktu dan hari yang sama minggu berikutnya.
- (4) Dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Komite Keperawatan berikutnya.

Paragraf 3
Risalah Rapat Komite Keperawatan

Pasal 148

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Komite Keperawatan menjadi tanggung jawab Sekretaris Komite Keperawatan.
- (2) Risalah rapat Komite Keperawatan harus ditandatangani oleh sekurang-kurangnya Ketua dan Sekretaris Komite Keperawatan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh pengurus inti Komite Keperawatan yang hadir.

Paragraf 4
Putusan Rapat Komite Keperawatan

Pasal 149

- (1) Pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara dengan tata cara sebagai berikut:
 - a. setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Komite Keperawatan ditentukan dengan mengangkat tangan, atau apabila dikehendaki oleh para anggota Komite Keperawatan, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
 - b. putusan Komite Keperawatan didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
 - c. dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka ketua berwenang untuk memutuskan putusan rapat; dan
 - d. suara yang diperhitungkan hanyalah berasal dari anggota Komite Keperawatan yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 150

- (1) Komite Keperawatan dapat mengubah atau membatalkan setiap keputusan 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 Komite Keperawatan tidak diterima dalam rapat tersebut maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Keempat Subkomite Kredensial

Paragraf 1 Keanggotaan

Pasal 151

- (1) Subkomite Kredensial terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang tenaga keperawatan dan/atau tenaga kebidanan yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite kredensial sekurang-kurangnya terdiri atas ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan dari Ketua Komite Keperawatan.
- (3) Ketua Subkomite Kredensial bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.

Paragraf 2

Tujuan

Pasal 152

Tujuan dilakukan kredensial bagi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan adalah:

- a. memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan di rumah sakit;
- b. melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan yang memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas; dan
- c. pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan yang berada di semua level pelayanan.

Paragraf 3
Tugas dan Kewenangan

Pasal 153

Subkomite kredensial mempunyai tugas adalah:

- a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
- b. menyusun buku putih (*white paper*) yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar kompetensinya. Buku putih disusun oleh Komite Keperawatan dengan melibatkan Mitra Bestari (*peer group*) dari berbagai unsur organisasi profesi keperawatan dan kebidanan, kolegium keperawatan, unsur pendidikan tinggi keperawatan dan kebidanan;
- c. menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial dari bagian SDM meliputi:
 1. ijazah;
 2. Surat Tanda Registrasi (STR);
 3. sertifikat kompetensi;
 4. *logbook* yang berisi uraian capaian kinerja;
 5. surat pernyataan telah menyelesaikan program orientasi Rumah Sakit atau orientasi di unit tertentu bagi tenaga keperawatan atau tenaga kebidanan baru;
 6. surat hasil pemeriksaan kesehatan sesuai ketentuan.
- d. merekomendasikan tahapan proses Kredensial:
 1. perawat dan/atau bidan mengajukan permohonan untuk memperoleh Kewenangan Klinis kepada Ketua Komite Keperawatan;
 2. ketua Komite Keperawatan menugaskan Subkomite Kredensial untuk melakukan proses Kredensial (dapat dilakukan secara individu atau kelompok);
 3. subkomite membentuk panitia *ad hoc* untuk melakukan reviu, verifikasi dan evaluasi dengan berbagai metode seperti portofolio, asesmen kompetensi;
 4. subkomite memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rapat menentukan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan.
- e. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan.
- f. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan.
- g. subkomite membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke direktur Rumah Sakit.

Pasal 154

Subkomite kredensial mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis untuk memperoleh surat penugasan klinis.

Paragraf 4
Mekanisme Kredensial

Pasal 155

- (1) Mekanisme kredensial dan rekredensial di rumah sakit merupakan tanggung jawab Komite Keperawatan yang dilaksanakan oleh subkomite kredensial.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, objektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (3) Subkomite kredensial melakukan proses kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan serangkaian kegiatan sebagai berikut:
 - a. mempersiapkan Kewenangan Klinis mencakup kompetensi sesuai area praktik yang ditetapkan oleh rumah sakit;
 - b. menyusun Kewenangan Klinis dengan kriteria sesuai dengan persyaratan Kredensial dimaksud;
 - c. melakukan asesmen Kewenangan Klinis dengan berbagai metode yang disepakati;
 - d. memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rekomendasi memperoleh Penugasan Klinis dari direktur Rumah Sakit;
 - e. memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis untuk memperoleh Penugasan Klinis dari direktur Rumah Sakit dengan cara:
 - 1) tenaga keperawatan atau tenaga kebidanan mengajukan permohonan untuk memperoleh Kewenangan Klinis kepada Ketua Komite Keperawatan;
 - 2) ketua Komite Keperawatan menugaskan subkomite Kredensial untuk melakukan proses Kredensial (dapat dilakukan secara individu atau kelompok);
 - 3) subkomite melakukan revidu, verifikasi dan evaluasi dengan berbagai metode seperti portofolio, asesmen kompetensi; dan
 - 4) subkomite memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rapat menentukan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan.
 - f. melakukan pembinaan dan pemulihan Kewenangan Klinis secara berkala;
 - g. melakukan Kredensial ulang (rekredensial) secara berkala setiap 3 (tiga) tahun sekali.

Paragraf 5
Rekredensial

Pasal 156

- (1) Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dengan rekomendasi berupa:
 - a. kewenangan klinis dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis ditambah;

- c. kewenangan klinis dikurangi;
 - d. kewenangan klinis dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis diubah/dimodifikasi; atau
 - f. kewenangan klinis diakhiri.
- (2) Bagi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang ditambah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b atau dikurangi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan dapat mengajukan permohonan kepada Komite Keperawatan melalui Direktur untuk selanjutnya Komite Keperawatan menyelenggarakan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).
- (3) Pelaksanaan proses rekredensial lebih sederhana dibandingkan dengan proses kredensial awal karena rumah sakit telah memiliki informasi setiap tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan yang melakukan asuhan keperawatan atau kebidanan di rumah sakit.

Paragraf 6
Berakhirnya Kewenangan Klinis

Pasal 157

- (1) Kewenangan klinis tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan dapat berakhir karena:
- a. habis masa berlakunya; atau
 - b. dicabut oleh Direktur;
- (2) Pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b didasarkan pada:
- a. kinerja profesi di lapangan seperti terganggu kesehatan fisik dan/atau mental; dan
 - b. terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi atau adanya tindakan disiplin dari Komite Keperawatan.
- (3) Kewenangan klinis yang dicabut atau diakhiri dapat diberikan kembali bila tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan dianggap telah pulih kompetensinya.
- (4) Dalam hal kewenangan klinis dicabut atau diakhiri sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Komite Keperawatan akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
- (5) Setelah proses pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Komite Keperawatan dapat merekomendasikan kepada Direktur untuk pemberian kembali kewenangan klinis tertentu.

Bagian Kelima
Subkomite Mutu Profesi

Paragraf 1
Keanggotaan

Pasal 158

- (1) Subkomite Mutu Profesi terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Subkomite Mutu Profesi sekurang-kurangnya terdiri atas ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan dari Ketua Komite Medik.
- (3) Ketua Subkomite Mutu Profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Paragraf 2

Tujuan

Pasal 159

Tujuan pembentukan subkomite mutu profesi adalah untuk memastikan mutu profesi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan yang berorientasi kepada keselamatan pasien sesuai kewenangannya.

Paragraf 3

Tugas dan Kewenangan

Pasal 160

Subkomite Mutu Profesi mempunyai tugas adalah:

- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan sesuai area praktik;
- b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan;
- c. melakukan audit asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan; dan
- d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

Pasal 161

Subkomite mutu profesi mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan, pendidikan keperawatan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan.

Paragraf 4

Mekanisme Kerja Mutu Profesi

Pasal 162

- (1) Mekanisme kerja menjaga mutu profesi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan di rumah sakit merupakan tanggung jawab Komite Keperawatan yang dilaksanakan oleh subkomite mutu profesi.

- (2) Dalam menjalankan mekanisme kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur bertanggung jawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan.
- (3) Mekanisme kerja Subkomite Mutu Profesi sebagai berikut:
 - a. koordinasi dengan Bidang Pelayanan Keperawatan untuk memperoleh data dasar tentang profil tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan di RS sesuai area praktiknya berdasarkan jenjang karir;
 - b. mengidentifikasi kesenjangan kompetensi yang berasal dari data subkomite Kredensial sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan perubahan standar profesi. Hal tersebut menjadi dasar perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan;
 - c. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan kepada pengelola pendidikan dan pelatihan rumah sakit;
 - d. koordinasi dengan praktisi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan dalam melakukan pendampingan sesuai kebutuhan;
 - e. melakukan audit keperawatan dan kebidanan dengan cara:
 - 1) pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
 - 2) penetapan standar dan kriteria;
 - 3) penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 - 4) membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 - 5) melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 - 6) menerapkan perbaikan; dan
 - 7) rencana reaudit.
 - f. menyusun laporan kegiatan subkomite untuk disampaikan kepada Ketua Komite Keperawatan.

Bagian Keenam
Subkomite Etika dan Disiplin Profesi

Paragraf 1
Keanggotaan

Pasal 163

- (1) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Subkomite Etika dan Disiplin Profesi sekurang-kurangnya terdiri atas ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan dari Ketua Komite Keperawatan.
- (3) Ketua Subkomite Etika dan Disiplin Profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.

Paragraf 2
Tujuan

Pasal 164

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dibentuk dengan tujuan:

- a. agar tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan menerapkan prinsip-prinsip etik dalam memberikan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
- b. melindungi pasien dari pelayanan yang diberikan oleh tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan yang tidak profesional; dan
- c. memelihara dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan.

Paragraf 3
Tugas dan Kewenangan

Pasal 165

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi mempunyai tugas adalah:

- b. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan;
- c. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan;
- d. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan;
- e. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
- f. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis dan/atau surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*); dan
- g. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.

Pasal 166

Subkomite etik dan disiplin profesi mempunyai kewenangan memberikan usul rekomendasi pencabutan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) tertentu, memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis (*delineation of clinical privilege*), serta memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 4
Mekanisme Kerja

Pasal 167

- (1) Direktur bertanggung jawab atas penetapan kebijakan dan prosedur kerja serta tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan subkomite etika dan disiplin profesi.

- (2) Mekanisme penegakan etika dan disiplin profesi antara lain:
- a. melakukan prosedur penegakan disiplin profesi dengan tahapan:
 - 1) mengidentifikasi sumber laporan kejadian pelanggaran etik dan disiplin di dalam rumah sakit; dan
 - 2) melakukan telaah atas laporan kejadian pelanggaran etik dan disiplin profesi.
 - b. membuat keputusan. Pengambilan keputusan pelanggaran etik profesi dilakukan dengan melibatkan panitia *Adhoc*.
 - c. melakukan tindak lanjut keputusan berupa:
 - 1) pelanggaran etik direkomendasikan kepada organisasi profesi keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit melalui Ketua Komite;
 - 2) pelanggaran disiplin profesi diteruskan kepada Kepala Bidang Keperawatan melalui Ketua Komite Keperawatan;
 - 3) rekomendasi pencabutan Kewenangan Klinis diusulkan kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada direktur Rumah Sakit.
 - d. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan, meliputi:
 - 1) pembinaan ini dilakukan secara terus menerus melekat dalam pelaksanaan praktik keperawatan dan kebidanan sehari-hari;
 - 2) menyusun program pembinaan, mencakup jadwal, materi/topik dan metode serta evaluasi; dan
 - 3) metode pembinaan dapat berupa diskusi, ceramah, lokakarya, *coaching*, simposium, *bedside teaching*, diskusi refleksi kasus dan lain-lain disesuaikan dengan lingkup pembinaan dan sumber yang tersedia.
 - e. menyusun laporan kegiatan subkomite untuk disampaikan kepada Ketua Komite Keperawatan.

Bagian Ketujuh
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 168

- (1) Peraturan pelaksanaan tata kelola klinis merupakan aturan-aturan profesi bagi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan secara tersendiri di luar Peraturan Staf Rumah Sakit (*Nursing Staff by Laws*).
- (2) Aturan-aturan profesi bagi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
 - a. pemberian asuhan keperawatan dan kebidanan dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional serta kebutuhan dasar pasien; dan
 - b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan yang lebih mampu.
- (3) Aturan-aturan profesi bagi tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat merupakan bagian dari Peraturan Staf Keperawatan Rumah Sakit dan/atau terpisah.

Bagian Kedelapan
Tata Cara Reviu dan Perbaikan Peraturan Staf Keperawatan Rumah Sakit

Pasal 169

- (1) Reviu terhadap Peraturan Staf Keperawatan Rumah Sakit dapat dilakukan apabila:
 - a. telah berlaku paling lama 3 (tiga) tahun;
 - b. adanya perubahan Peraturan Perundang-undangan yang mendasarinya; atau
 - c. kebutuhan rumah sakit.
- (2) Hasil reviu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. pencabutan; atau
 - b. perubahan;
- (3) Pencabutan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dapat berupa pencabutan sebagian atau seluruh materi peraturan.
- (4) Jika pencabutan dilakukan untuk seluruh materi peraturan maka harus diganti dengan peraturan yang baru.
- (5) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan dengan:
 - a. menyisip atau menambah materi ke dalam Peraturan; atau
 - b. menghapus atau mengganti sebagian materi Peraturan.
- (6) Rancangan pencabutan atau perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diajukan oleh Komite Keperawatan kepada Direktur.
- (7) Terhadap usulan dari Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (6), Direktur dapat menelaah ulang sebelum diajukan dan ditetapkan Bupati.

BAB VI

PERATURAN STAF PROFESIONAL KESEHATAN LAIN RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu
Penugasan Klinis

Pasal 170

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis yang baik, semua pelayanan dan asuhan pasien yang dilakukan oleh setiap staf profesional kesehatan lain di Rumah Sakit dilakukan atas Penugasan Klinis dari Direktur.
- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemberian Kewenangan Klinis staf profesional kesehatan lain oleh Direktur melalui penerbitan surat Penugasan Klinis kepada staf profesional kesehatan lain yang bersangkutan.
- (3) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diterbitkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (4) Dalam keadaan darurat Direktur dapat memberikan surat Penugasan Klinis secara langsung tidak berdasarkan rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lain.

- (5) Rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan setelah dilakukan Kredensial dengan ketentuan bahwa Rumah Sakit merupakan tempat untuk melakukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut.

Bagian Kedua
Komite Tenaga Kesehatan Lain

Paragraf 1
Umum

Pasal 171

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain dibentuk dengan tujuan untuk meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lain serta mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan tenaga kesehatan lain yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lain merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari:
 - a. tenaga psikologi klinis;
 - b. tenaga kefarmasian;
 - c. tenaga kesehatan lingkungan;
 - d. tenaga gizi;
 - e. tenaga keterampilan fisik;
 - f. tenaga keteknisian medis;
 - g. tenaga teknik biomedika; dan
 - h. tenaga kesehatan tradisional.
- (3) Jenis tenaga kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b terdiri atas tenaga vokasi farmasi, apoteker dan apoteker spesialis.
- (4) Jenis tenaga kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan dan entomolog kesehatan.
- (5) Jenis tenaga gizi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d terdiri atas nutrisisionis dan dietisien.
- (6) Jenis tenaga keterampilan fisik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e terdiri atas fisioterapis, terapis okupasional, terapis wicara dan akupunktur.
- (7) Jenis tenaga keteknisian medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf f terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknisi kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulur, dan audiologis.
- (8) Jenis tenaga teknik biomedika sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf g terdiri atas radiographer, elektromedis, tenaga teknisi laboratorium medik, fisikawan medik dan ortotik prostetik.
- (9) Jenis tenaga kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf h terdiri atas tradisional ramuan atau jamu, pengobat tradisional dan tradisional intercontinental.
- (10) Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari tenaga kesehatan lain.

Paragraf 2
Susunan Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 172

- (1) Susunan Komite Tenaga Kesehatan Lain sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lain ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (3) Jumlah personil keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lain disesuaikan dengan jumlah masing-masing jenis tenaga kesehatan lain.

Pasal 173

- (1) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga kesehatan lain yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sekretaris dan subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite K Tenaga Kesehatan Lain dengan memperhatikan masukan dari tenaga kesehatan lain yang bekerja di rumah sakit.

Pasal 174

- (1) Anggota Komite Tenaga Kesehatan Lain terbagi ke dalam subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. subkomitekredensial yang bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga tenaga kesehatan lain;
 - b. subkomite mutu profesi yang bertugas melakukan audit klinis serta merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lain; dan
 - c. subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Paragraf 3
Fungsi, Tugas dan Kewenangan

Pasal 175

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lain yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi setiap tenaga kesehatan lain di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lain; dan

- c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi tenaga kesehatan lain.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Komite Tenaga Kesehatan Lain memiliki tugas sebagai berikut:
- a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga kesehatan lain;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain untuk diteruskan kepada Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Tenaga Kesehatan Lain memiliki tugas sebagai berikut:
- a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan professional berkelanjutan tenaga kesehatan lain;
 - c. melakukan audit klinis; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi, Komite Tenaga Kesehatan Lain memiliki tugas sebagai berikut:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lain;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lain;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan/asuhan tenaga kesehatan lain;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam pelayanan/asuhan tenaga kesehatan lain.

Pasal 176

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit klinis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lain;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan; dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 4
Hubungan Komite Tenaga Kesehatan Lain dengan Direktur

Pasal 177

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumberdaya yang diperlukan untuk menjalankan fungsi dan tugas Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lain bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.

Paragraf 5
Panitia *Adhoc*

Pasal 178

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lain dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga kesehatan lain yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Tenaga kesehatan lain yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, organisasi profesi, dan/atau institusi pendidikan.

Paragraf 6
Pendanaan

Pasal 179

- (1) Kepengurusan Komite Tenaga Kesehatan Lain berhak memperoleh insentif sesuai dengan kebijakan dan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Tenaga Kesehatan Lain didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bagian Ketiga
Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain

Paragraf 1
Jenis Rapat

Pasal 180

- (1) Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Tenaga Kesehatan Lain untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengambilan keputusan di bidang profesi.

- (2) Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain terdiri atas:
 - a. Rapat Rutin;
 - b. Rapat Khusus; dan
 - c. Rapat Tahunan.

Pasal 181

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 180 ayat (2) huruf a adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Komite Tenaga Kesehatan Lain yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di bidang profesi tenaga kesehatan lain.
- (3) Rapat rutin Komite Tenaga Kesehatan Lain dilaksanakan paling sedikit 2 (dua) bulan sekali.
- (4) Undangan rapat rutin disampaikan oleh Sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lain kepada peserta rapat paling lambat 1 (satu) hari sebelum rapat rutin dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. satu salinan agenda;
 - b. satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. satu salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).
- (6) Setiap rapat rutin Komite Tenaga Kesehatan Lain selain dihadiri oleh ketua, sekretaris, dan ketua subkomite dan apabila diperlukan sesuai agenda rapat dapat mengundang Kepala Unit, pihak manajemen dan pihak lain yang ada di rumah sakit atau dari luar rumah sakit.

Pasal 182

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 180 ayat (2) huruf b adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Tenaga Kesehatan Lain yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan antara lain karena ada permintaan yang diajukan oleh paling sedikit 3 (tiga) tenaga kesehatan lain atau adanya keadaan/situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera diselesaikan.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lain mengundang untuk rapat khusus dalam hal ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan atau ada permintaan yang ditandatangani paling sedikit oleh 2/3 (dua per tiga) Pengurus Inti Komite Tenaga Kesehatan Lain yaitu Ketua, Sekretaris dan Ketua Subkomite.
- (3) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (4) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lain kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.
- (5) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara khusus.

Pasal 183

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 180 ayat (2) huruf c diselenggarakan sekali dalam satu tahun kalender.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lain menyiapkan dan menyajikan laporan pencapaian program Komite Tenaga Kesehatan Lain termasuk laporan kegiatan masing-masing subkomite.
- (3) Undangan rapat tahunan disampaikan oleh Sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lain kepada peserta rapat paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat tahunan diselenggarakan.

Pasal 184

- (1) Setiap rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain dinyatakan sah bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh pengurus inti Komite Tenaga Kesehatan Lain yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.
- (2) Dalam hal ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka dalam hal kuorum telah tercapai, anggota Komite Tenaga Kesehatan Lain dapat memilih pejabat ketua untuk memimpin rapat.
- (3) Pejabat ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain pada rapat berikutnya.

Paragraf 2

Kuorum Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 185

- (1) Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain hanya dapat dilaksanakan bila tercapai kuorum.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri paling sedikit $\frac{2}{3}$ (dua per tiga) dari seluruh pengurus inti Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat pada waktu dan hari yang sama minggu berikutnya.
- (4) Dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain berikutnya.

Paragraf 3

Risalah Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 186

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain menjadi tanggung jawab Sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lain.

- (2) Risalah rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain harus ditandatangani oleh sekurang-kurangnya Ketua dan Sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lain dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh pengurus inti Komite Tenaga Kesehatan Lain yang hadir.

Paragraf 4

Putusan Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 187

- (1) Pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara dengan tata cara sebagai berikut:
 - a. setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain ditentukan dengan mengangkat tangan, atau apabila dikehendaki oleh para anggota Komite Tenaga Kesehatan Lain, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
 - b. putusan Komite Tenaga Kesehatan Lain didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
 - c. dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka ketua berwenang untuk memutuskan putusan rapat; dan
 - d. suara yang diperhitungkan hanyalah berasal dari anggota Komite Tenaga Kesehatan Lain yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 188

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain dapat mengubah atau membatalkan setiap keputusan 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 Komite Tenaga Kesehatan Lain tidak diterima dalam rapat tersebut maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolakny usulan tersebut.

Bagian Keempat

Subkomite Kredensial

Paragraf 1

Keanggotaan

Pasal 189

- (1) Subkomite Kredensial terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang tenaga kesehatan lain yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

- (2) Pengorganisasian subkomite kredensial sekurang-kurangnya terdiri atas ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan dari Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (3) Ketua Subkomite Kredensial bertanggung jawab kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.

Paragraf 2
Tujuan

Pasal 190

Tujuan dilakukan kredensial bagi tenaga kesehatan lain adalah:

- a. memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga kesehatan lain di rumah sakit;
- b. melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan/asuhan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas; dan
- c. pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga kesehatan lain yang berada di semua level pelayanan.

Paragraf 3
Tugas dan Kewenangan

Pasal 191

Subkomite kredensial mempunyai tugas adalah:

- a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
- b. menyusun buku putih (*white paper*) yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan/asuhan sesuai dengan standar kompetensinya. Buku putih disusun oleh Komite Tenaga Kesehatan Lain dengan melibatkan Mitra Bestari (*peer group*) dari berbagai unsur organisasi profesi, kolegium, unsur pendidikan tinggi;
- c. menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial dari bagian SDM meliputi:
 1. ijazah;
 2. Surat Tanda Registrasi (STR);
 3. sertifikat kompetensi;
 4. *logbook* yang berisi uraian capaian kinerja;
 5. surat pernyataan telah menyelesaikan program orientasi Rumah Sakit atau orientasi di unit tertentu bagi tenaga kesehatan lain baru;
 6. surat hasil pemeriksaan kesehatan sesuai ketentuan.
- d. merekomendasikan tahapan proses Kredensial:
 1. tenaga kesehatan lain mengajukan permohonan untuk memperoleh Kewenangan Klinis kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain;
 2. ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain menugaskan Subkomite Kredensial untuk melakukan proses Kredensial (dapat dilakukan secara individu atau kelompok);

3. subkomite membentuk panitia *ad hoc* untuk melakukan revidu, verifikasi dan evaluasi dengan berbagai metode seperti portofolio, asesmen kompetensi;
 4. subkomite memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rapat menentukan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga kesehatan lain.
- e. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga kesehatan lain.
 - f. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan.
 - g. subkomite membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain untuk diteruskan ke direktur Rumah Sakit.

Pasal 192

Subkomite kredensial mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis untuk memperoleh surat penugasan klinis.

Paragraf 4

Mekanisme Kredensial

Pasal 193

- (1) Mekanisme kredensial dan rekredensial di rumah sakit merupakan tanggung jawab Komite Tenaga Kesehatan Lain yang dilaksanakan oleh subkomite kredensial.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, objektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (3) Subkomite kredensial melakukan proses kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan serangkaian kegiatan sebagai berikut:
 - a. mempersiapkan Kewenangan Klinis mencakup kompetensi sesuai area praktik yang ditetapkan oleh rumah sakit;
 - b. menyusun Kewenangan Klinis dengan kriteria sesuai dengan persyaratan Kredensial dimaksud;
 - c. melakukan asesmen Kewenangan Klinis dengan berbagai metode yang disepakati;
 - d. memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rekomendasi memperoleh Penugasan Klinis dari direktur Rumah Sakit;
 - e. memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis untuk memperoleh Penugasan Klinis dari direktur Rumah Sakit dengan cara:
 - 1) tenaga kesehatan lain mengajukan permohonan untuk memperoleh Kewenangan Klinis kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain;
 - 2) ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain menugaskan subkomite Kredensial untuk melakukan proses Kredensial (dapat dilakukan secara individu atau kelompok);
 - 3) subkomite melakukan revidu, verifikasi dan evaluasi dengan berbagai metode seperti portofolio, asesmen kompetensi; dan
 - 4) subkomite memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rapat menentukan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga kesehatan lain.

- f. melakukan pembinaan dan pemulihan Kewenangan Klinis secara berkala;
- g. melakukan Kredensial ulang (rekredensial) secara berkala setiap 3 (tiga) tahun sekali.

Paragraf 5
Rekredensial

Pasal 194

- (1) Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap tenaga kesehatan lain yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dengan rekomendasi berupa:
 - a. kewenangan klinis dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis ditambah;
 - c. kewenangan klinis dikurangi;
 - d. kewenangan klinis dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis diubah/dimodifikasi; atau
 - f. kewenangan klinis diakhiri.
- (2) Bagi tenaga kesehatan lain yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang ditambah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b atau dikurangi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, tenaga kesehatan lain dapat mengajukan permohonan kepada Komite Tenaga Kesehatan Lain melalui Direktur untuk selanjutnya Komite Tenaga Kesehatan Lain menyelenggarakan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).
- (3) Pelaksanaan proses rekredensial lebih sederhana dibandingkan dengan proses kredensial awal karena rumah sakit telah memiliki informasi setiap tenaga kesehatan lain yang melakukan pelayanan/asuhan di rumah sakit.

Paragraf 6
Berakhirnya Kewenangan Klinis

Pasal 195

- (1) Kewenangan klinis tenaga kesehatan lain dapat berakhir karena:
 - a. habis masa berlakunya; atau
 - b. dicabut oleh Direktur;
- (2) Pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b didasarkan pada:
 - a. kinerja profesi di lapangan seperti terganggu kesehatan fisik dan/atau mental; dan
 - b. terjadi kecelakaan/insiden keselamatan pasien yang diduga karena inkompetensi atau adanya tindakan disiplin dari Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (3) Kewenangan klinis yang dicabut atau diakhiri dapat diberikan kembali bila tenaga kesehatan lain dianggap telah pulih kompetensinya.

- (4) Dalam hal kewenangan klinis dicabut atau diakhiri sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Komite Tenaga Kesehatan Lain akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
- (5) Setelah proses pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Komite Tenaga Kesehatan Lain dapat merekomendasikan kepada Direktur untuk pemberian kembali kewenangan klinis tertentu.

Bagian Kelima
Subkomite Mutu Profesi

Paragraf 1
Keanggotaan

Pasal 196

- (1) Subkomite Mutu Profesi terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang tenaga kesehatan lain yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Subkomite Mutu Profesi sekurang-kurangnya terdiri atas ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan dari Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (3) Ketua Subkomite Mutu Profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.

Paragraf 2
Tujuan

Pasal 197

Tujuan pembentukan subkomite mutu profesi adalah untuk memastikan mutu profesi tenaga kesehatan lain sehingga dapat memberikan pelayanan/asuhan yang berorientasi kepada keselamatan pasien sesuai kewenangannya.

Paragraf 3
Tugas dan Kewenangan

Pasal 198

Subkomite Mutu Profesi mempunyai tugas adalah:

- a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktik;
- b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lain;
- c. melakukan audit pelayanan/asuhan tenaga kesehatan lain; dan
- d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

Pasal 199

Subkomite mutu profesi mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi tindak lanjut audit tenaga kesehatan lain, pendidikan berkelanjutan tenaga kesehatan lain serta pendampingan.

Paragraf 4 Mekanisme Kerja Mutu Profesi

Pasal 200

- (1) Mekanisme kerja menjaga mutu profesi tenaga kesehatan lain di rumah sakit merupakan tanggung jawab Komite Tenaga Kesehatan Lain yang dilaksanakan oleh subkomite mutu profesi.
- (2) Dalam menjalankan mekanisme kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur bertanggung jawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan.
- (3) Mekanisme kerja Subkomite Mutu Profesi sebagai berikut:
 - a. koordinasi dengan Wakil Direktur Pelayanan untuk memperoleh data dasar tentang profil tenaga kesehatan lain di RS sesuai area praktiknya berdasarkan jenjang karir;
 - b. mengidentifikasi kesenjangan kompetensi yang berasal dari data subkomite Kredensial sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan perubahan standar profesi. Hal tersebut menjadi dasar perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan;
 - c. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan kepada pengelola pendidikan dan pelatihan rumah sakit;
 - d. koordinasi dengan praktisi tenaga kesehatan lain dalam melakukan pendampingan sesuai kebutuhan;
 - e. melakukan audit tenaga kesehatan lain dengan cara:
 - 1) pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
 - 2) penetapan standar dan kriteria;
 - 3) penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 - 4) membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 - 5) melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 - 6) menerapkan perbaikan; dan
 - 7) rencana reaudit.
 - f. menyusun laporan kegiatan subkomite untuk disampaikan kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.

Bagian Keenam Subkomite Etika dan Disiplin Profesi

Paragraf 1 Keanggotaan

Pasal 201

- (1) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang tenaga kesehatan lain yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Subkomite Etika dan Disiplin Profesi sekurang-kurangnya terdiri atas ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan dari Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (3) Ketua Subkomite Etika dan Disiplin Profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.

Paragraf 2

Tujuan

Pasal 202

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dibentuk dengan tujuan:

- a. agar tenaga kesehatan lain menerapkan prinsip-prinsip etik dalam memberikan pelayanan/asuhan;
- b. melindungi pasien dari pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan lain yang tidak profesional; dan
- c. memelihara dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lain.

Paragraf 3

Tugas dan Kewenangan

Pasal 203

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi mempunyai tugas adalah:

- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lain;
- b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lain;
- c. melakukan penegakan disiplin profesi tenaga kesehatan lain;
- d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan tenaga kesehatan lain;
- e. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis dan/atau surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*); dan
- f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam pelayanan/asuhan.

Pasal 204

Subkomite etik dan disiplin profesi mempunyai kewenangan memberikan usul rekomendasi pencabutan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) tertentu, memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis (*delineation of clinical privilege*), serta memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 4
Mekanisme Kerja

Pasal 205

- (1) Direktur bertanggung jawab atas penetapan kebijakan dan prosedur kerja serta tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan subkomite etika dan disiplin profesi.
- (2) Mekanisme penegakan etika dan disiplin profesi antara lain:
 - a. melakukan prosedur penegakan disiplin profesi dengan tahapan:
 - 1) mengidentifikasi sumber laporan kejadian pelanggaran etik dan disiplin di dalam rumah sakit; dan
 - 2) melakukan telaah atas laporan kejadian pelanggaran etik dan disiplin profesi.
 - b. membuat keputusan. Pengambilan keputusan pelanggaran etik profesi dilakukan dengan melibatkan panitia *Adhoc*.
 - c. melakukan tindak lanjut keputusan berupa:
 - 1) pelanggaran etik direkomendasikan kepada organisasi profesi tenaga kesehatan lain di Rumah Sakit melalui Ketua Komite;
 - 2) pelanggaran disiplin profesi diteruskan kepada Wakil Direktur Pelayanan melalui Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain;
 - 3) rekomendasi pencabutan Kewenangan Klinis diusulkan kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain untuk diteruskan kepada direktur Rumah Sakit.
 - d. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lain, meliputi:
 - 1) pembinaan ini dilakukan secara terus menerus melekat dalam pelaksanaan pelayanan/asuhan sehari-hari;
 - 2) menyusun program pembinaan, mencakup jadwal, materi/topik dan metode serta evaluasi; dan
 - 3) metode pembinaan dapat berupa diskusi, ceramah, lokakarya, *coaching*, simposium, *bedside teaching*, diskusi refleksi kasus dan lain-lain disesuaikan dengan lingkup pembinaan dan sumber yang tersedia.
 - e. menyusun laporan kegiatan subkomite untuk disampaikan kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.

Bagian Ketujuh
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 206

- (1) Peraturan pelaksanaan tata kelola klinis merupakan aturan-aturan profesi bagi tenaga kesehatan lain secara tersendiri di luar Peraturan Tenaga Kesehatan Lain Rumah Sakit.
- (2) Aturan-aturan profesi bagi tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:

- a. pemberian pelayanan/asuhan dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional serta kebutuhan pasien; dan
 - b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada tenaga kesehatan lain yang lebih mampu.
- (3) Aturan-aturan profesi bagi tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat merupakan bagian dari Peraturan Tenaga Kesehatan Lain Rumah Sakit dan/atau terpisah.

Bagian Kedelapan
Tata Cara Reviu dan Perbaikan Peraturan Tenaga Kesehatan Lain
Rumah Sakit

Pasal 207

- (1) Reviu terhadap Peraturan Tenaga Kesehatan Lain Rumah Sakit dapat dilakukan apabila:
 - a. telah berlaku paling lama 3 (tiga) tahun;
 - b. adanya perubahan Peraturan Perundang-undangan yang mendasarinya; atau
 - c. kebutuhan rumah sakit.
- (2) Hasil reviu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. pencabutan; atau
 - b. perubahan;
- (3) Pencabutan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dapat berupa pencabutan sebagian atau seluruh materi peraturan.
- (4) Jika pencabutan dilakukan untuk seluruh materi peraturan maka harus diganti dengan peraturan yang baru.
- (5) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan dengan:
 - a. menyisip atau menambah materi ke dalam Peraturan; atau
 - b. menghapus atau mengganti sebagian materi Peraturan.
- (6) Rancangan pencabutan atau perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diajukan oleh Komite Tenaga Kesehatan Lain kepada Direktur.
- (7) Terhadap usulan dari Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (6), Direktur dapat menelaah ulang sebelum diajukan dan ditetapkan Bupati.

BAB VII
PERATURAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN KLINIS RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 208

- (1) Peraturan Penyelenggaraan Pelayanan Klinis Rumah Sakit merupakan aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme Staf Klinis di Rumah Sakit.

- (2) Staf klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memberikan asuhan langsung kepada pasien.
- (3) Rumah sakit dapat menyusun peraturan penyelenggaraan pelayanan klinis rumah sakit dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Peraturan penyelenggaraan pelayanan klinis rumah sakit berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lain dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit.

Bagian Kedua Tujuan

Pasal 209

Peraturan Penyelenggaraan Pelayanan Klinis Rumah Sakit bertujuan:

- a. agar mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin;
- b. terwujudnya kerjasama yang baik antara tenaga medis, tenaga kesehatan dan tenaga pendukung atau penunjang kesehatan;
- c. terwujudnya sinergisme antara manajemen dan staf klinis untuk kepentingan pasien; dan
- d. terwujudnya tanggung jawab staf klinis terhadap mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Bagian Ketiga Pengelompokan Staf Klinis

Pasal 210

- (1) Staf klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
 - a. tenaga medis;
 - b. tenaga psikologi klinis;
 - c. tenaga keperawatan;
 - d. tenaga kebidanan;
 - e. tenaga kefarmasian;
 - f. tenaga gizi;
 - g. tenaga keterampilan fisik;
 - h. tenaga keteknisian medis;
 - i. tenaga teknik biomedika; dan
 - j. Tenaga kesehatan tradisional.
- (2) Tenaga medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas dokter, dokter spesialis, dokter subspecialis serta dokter gigi, dokter gigi spesialis dan dokter gigi subspecialis.
- (3) Tenaga psikologi klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b adalah psikolog klinis.
- (4) Tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas perawat vokasi, ners dan ners spesialis.

- (5) Tenaga kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d terdiri atas bidan vokasi dan bidan profesi.
- (6) Tenaga kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e terdiri atas tenaga vokasi farmasi, apoteker dan apoteker spesialis.
- (7) Tenaga gizi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f terdiri atas nutrisisionis dan dietisien.
- (8) Tenaga keterampilan fisik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g terdiri atas fisioterapis, terapis okupasional, terapis wicara dan akupunkturis.
- (9) Tenaga keteknisian medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h terdiri atas teknisi kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut serta audiologis.
- (10) Tenaga teknik biomedika sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf i terdiri atas radiografer, tenaga teknisi laboratorium medik dan ortotik prostetik.
- (11) Tenaga kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf j terdiri atas tenaga kesehatan tradisional ramuan atau jamu, tenaga kesehatan tradisional pengobat tradisional, dan tenaga kesehatan tradisional intercontinental.
- (12) Staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) memiliki kualifikasi paling rendah pendidikan dokter atau dokter gigi.
- (13) Staf klinis lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b sampai huruf j harus memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah Diploma Tiga.

Bagian Keempat Hak dan Kewajiban Staf Klinis

Pasal 211

- (1) Staf Klinis dalam menjalankan praktik berhak:
 - a. mendapatkan perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan pasien;
 - b. mendapatkan informasi yang lengkap dan benar dari pasien atau keluarganya;
 - c. mendapatkan remunerasi yang layak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - d. mendapatkan perlindungan atas keselamatan, kesehatan kerja dan keamanan;
 - e. mendapatkan jaminan kesehatan dan jaminan sosial ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. mendapatkan perlindungan atas perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya;
 - g. mendapatkan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - h. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pengembangan kompetensi, keilmuan, dan karier di bidang profesinya;

- i. menolak keinginan pasien atau pihak lain yang bertentangan dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, kode etik, atau ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - j. mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Staf klinis dapat menghentikan pelayanan kesehatan apabila memperoleh perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya termasuk tindakan kekerasan, pelecehan, dan perundungan.

Pasal 212

- (1) Pelindungan hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 211 ayat (1) huruf a terdiri atas:
- a. pelindungan hukum dalam rangka mencegah staf klinis melakukan pelanggaran; dan
 - b. pelindungan hukum dalam rangka menangani pelanggaran yang dilakukan staf klinis.
- (2) Bentuk pelindungan hukum dalam rangka mencegah staf klinis melakukan pelanggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, antara lain:
- a. menyusun regulasi, standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional terkait praktik keprofesian staf klinis;
 - b. memastikan staf klinis memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP);
 - c. memastikan staf klinis melakukan praktik keprofesian/pelayanan sesuai dengan kewenangan klinis;
 - d. persetujuan dari pasien dan/atau keluarga untuk tindakan yang dilakukan oleh staf klinis, kecuali dalam kondisi kegawatdaruratan; dan
 - e. memfasilitasi staf klinis memiliki manfaat pelindungan tanggung gugat profesi.
- (3) Bentuk pelindungan hukum dalam rangka menangani pelanggaran yang dilakukan staf klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dapat dilakukan melalui:
- a. penyelesaian perselisihan;
 - b. penegakan etika profesi;
 - c. penegakan disiplin keilmuan; dan
 - d. penegakan hukum.

Pasal 213

Hak mendapatkan informasi yang lengkap dan benar dari pasien atau keluarganya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 211 ayat (1) huruf b, paling sedikit terdiri dari:

- a. data diri pasien;
- b. riwayat penyakit, pemeriksaan, tindakan dan obat yang pernah diterima;
- c. masalah kesehatan pasien yang dirasakan saat diperiksa staf klinis sesuai dengan kemampuan dan pengetahuan pasien; dan
- d. kemampuan dan jaminan kesehatan yang dimiliki.

Pasal 214

- (1) Hak mendapatkan remunerasi yang layak bagi staf klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 211 ayat (1) huruf c dapat berupa gaji, tunjangan, insentif/jasa dan/atau bonus atas prestasi.
- (2) Pemberian remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat mempertimbangkan:
 - a. jenjang pendidikan;
 - b. kompetensi/keahlian/spesialisasi;
 - c. lama pengalaman kerja;
 - d. beban kerja;
 - e. risiko pekerjaan;
 - f. jenjang karier fungsional sebagai staf klinis; dan
 - g. kemampuan keuangan rumah sakit.

Pasal 215

- (1) Hak mendapatkan perlindungan atas keselamatan, kesehatan kerja dan keamanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 211 ayat (1) huruf d dapat dilakukan dengan cara:
 - a. pengendalian bahaya di tempat kerja;
 - b. pencegahan penyakit termasuk penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja;
 - c. promosi kesehatan;
 - d. penanganan penyakit; dan
 - e. pemulihan kesehatan.
- (2) Rumah sakit wajib menerapkan sistem keselamatan dan kesehatan kerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 216

- (1) Hak mendapatkan jaminan kesehatan dan jaminan ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 211 ayat (1) huruf e paling sedikit meliputi:
 - a. jaminan kesehatan;
 - b. jaminan kecelakaan kerja;
 - c. jaminan hari tua;
 - d. jaminan pensiun;
 - e. jaminan kematian; dan
 - f. jaminan kehilangan pekerjaan.
- (2) Mekanisme pemberian jaminan kesehatan dan jaminan sosial ketenagakerjaan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 217

Hak mendapatkan perlindungan atas perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya termasuk tindakan kekerasan, pelecehan, dan perundungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 211 ayat (1) huruf f dapat dilakukan dengan cara:

- a. menciptakan lingkungan kerja yang kondusif dalam mendukung staf klinis bekerja sesuai dengan harkat, martabat, moral, kesusilaan, dan nilai sosial budaya serta bebas dari tindakan kekerasan, pelecehan, dan perundungan dari pasien, keluarga pasien, rekan kerja, dan/atau manajemen;
- b. menyediakan media informasi terkait peringatan larangan melakukan tindakan/perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya dan larangan melakukan tindakan kekerasan, pelecehan, dan perundungan kepada staf klinis;
- c. menyediakan pelayanan atau kanal pengaduan bagi pasien, keluarga pasien, masyarakat internal dan eksternal;
- d. memberikan perlindungan hukum kepada staf klinis yang mengalami perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya termasuk tindakan kekerasan, pelecehan, dan perundungan; dan
- e. melakukan tindak lanjut kepada pelaku kejadian perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya termasuk tindakan kekerasan, pelecehan, dan perundungan.

Pasal 218

Hak mendapatkan penghargaan yang telah melakukan pengabdian, memiliki prestasi kerja dan inovasi dalam melaksanakan tugas pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 211 ayat (1) huruf g dapat dalam bentuk:

- a. tanda kehormatan;
- b. kenaikan pangkat istimewa;
- c. kenaikan jenjang karier fungsional;
- d. piagam;
- e. barang atau natura;
- f. kesempatan prioritas untuk pengembangan kompetensi;
- g. kesempatan menghadiri acara resmi dan/atau acara kenegaraan; dan
- h. bentuk lainnya yang sah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 219

Hak mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pengembangan kompetensi, keilmuan dan karier di bidang keprofesiannya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 211 ayat (1) huruf h dapat dilakukan melalui:

- a. pengembangan kompetensi dan keilmuan dalam bentuk pendidikan formal, nonformal atau program pendidikan keprofesian berkelanjutan; dan
- b. pengembangan karier.

Pasal 220

- (1) Hak menolak keinginan pasien atau pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 211 ayat (1) huruf i dilakukan dalam hal:
 - a. meminta untuk melakukan aborsi ilegal;
 - b. meminta untuk *eutanasia* dan *physician assisted suiced*;
 - c. meminta untuk memberikan bantuan mencari ibu pengganti atau sewa rahim hasil reproduksi dengan bantuan yang dilakukan oleh pasangan suami istri yang sah;
 - d. memberi keterangan palsu;
 - e. melakukan *fraud*; dan
 - f. keinginan pasien lain yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Hak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan setelah pasien diberikan penjelasan mengenai alasan penolakan tersebut dan dicatat dalam dokumen tertulis berupa rekam medis atau dokumen tertulis lain.

Pasal 221

- (1) Staf Klinis dalam menjalankan praktik keprofesian wajib:
 - a. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan pasien;
 - b. memperoleh persetujuan dari pasien atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
 - c. menjaga kerahasiaan kesehatan pasien;
 - d. membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan;
 - e. merujuk pasien ke staf klinis lain yang mempunyai kompetensi dan kewenangan yang sesuai;
 - f. mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki; dan
 - g. memberikan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan pelayanan kesehatan yang akan dilakukan terhadap pasien.
- (2) Kewajiban staf klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan kewenangan dan kompetensi berdasarkan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional dan etika profesi yang dimiliki dalam menjalankan praktik.
- (3) Staf klinis yang menjalankan praktik di rumah sakit wajib memberikan pertolongan pertama kepada pasien dalam keadaan gawat darurat dan/atau pada bencana.
- (4) Staf klinis yang memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kedisabilitas seseorang pada keadaan gawat darurat dan/atau pada bencana dikecualikan dari tuntutan ganti rugi.

Bagian Kelima
Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 222

- (1) Pasien mempunyai hak:
 - a. mendapatkan informasi mengenai kesehatan dirinya;
 - b. mendapatkan penjelasan yang memadai mengenai pelayanan kesehatan yang diterimanya;
 - c. mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, standar profesi, dan pelayanan yang bermutu;
 - d. menolak atau menyetujui tindakan medis, kecuali untuk tindakan medis yang diperlukan dalam rangka pencegahan penyakit menular dan penanggulangan kejadian luar biasa atau wabah;
 - e. mendapatkan akses terhadap informasi yang terdapat di dalam rekam medis;
 - f. meminta pendapat staf medis lain; dan
 - g. mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Hak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g, antara lain:
 - a. memperoleh informasi tentang tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit, hak dan kewajiban pasien selama di rumah sakit;
 - b. mengajukan pengaduan/keluhan/usul dan/atau saran atas kualitas pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit melalui sarana/saluran yang telah disiapkan oleh rumah sakit;
 - c. memilih dokter, dokter gigi dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
 - d. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
 - e. menjalankan ibadah sesuai agama dan kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
 - f. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 - g. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit;
 - h. memberikan persetujuan atau menolak menjadi bagian dalam suatu penelitian kesehatan;
 - i. mendapatkan informasi lengkap tentang biaya pelayanan kesehatan, perkiraan biaya pengobatan dan jaminan kesehatan;
 - j. mendapatkan respon dan jawaban atas pengaduan, keluhan, usul dan saran yang disampaikan ke rumah sakit;
- (3) Pasien mempunyai kewajiban:
 - a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya;
 - b. mematuhi nasihat dan petunjuk staf klinis;
 - c. mematuhi ketentuan yang berlaku pada rumah sakit;
 - d. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima;
 - e. menghormati hak pasien lain, pengunjung, hak staf klinis serta pegawai lain yang bekerja di rumah sakit;

- f. memberikan informasi mengenai kemampuan dan jaminan kesehatan yang dimiliki; dan
- g. menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak terapi yang direkomendasikan oleh staf klinis dan/atau mematuhi petunjuk yang diberikan staf klinis untuk penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya.

Bagian Keenam
Penyelenggaraan Keprofesian

Pasal 223

- (1) Staf klinis bertanggung jawab secara moral untuk:
 - a. mengabdikan diri sesuai dengan bidang keilmuan yang dimiliki;
 - b. bersikap dan berperilaku sesuai dengan etika profesi;
 - c. mengutamakan kepentingan pasien dan masyarakat di atas kepentingan pribadi atau kelompok; dan
 - d. menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Dalam menjalankan praktik, staf klinis yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien harus melaksanakan upaya terbaik.
- (3) Upaya terbaik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan sesuai dengan norma, standar pelayanan, dan standar profesi serta kebutuhan pasien.
- (4) Upaya terbaik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak menjamin keberhasilan pelayanan kesehatan yang diberikan.
- (5) Praktik staf klinis diselenggarakan berdasarkan kesepakatan antara staf klinis dan pasien berdasarkan prinsip kesetaraan dan transparansi.
- (6) Dalam keadaan tertentu, pelaksanaan praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.

Pasal 224

- (1) Staf klinis yang berhalangan menyelenggarakan praktik dapat digantikan oleh staf klinis pengganti.
- (2) Staf klinis pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan staf klinis yang mempunyai Surat Izin Praktik.
- (3) Staf klinis pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menginformasikan kepada pasien dan/atau keluarganya.

Bagian Ketujuh
Kewenangan

Pasal 225

- (1) Staf klinis dalam menjalankan praktik harus dilakukan sesuai dengan kewenangan yang didasarkan pada kompetensi yang dimilikinya.

- (2) Staf klinis yang memiliki lebih dari satu jenjang pendidikan memiliki kewenangan sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensi dan kualifikasi tertinggi.

Pasal 226

- (1) Dalam keadaan tertentu, staf klinis dapat memberikan pelayanan di luar kewenangannya.
- (2) Keadaan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit meliputi:
 - a. penanganan kegawatdaruratan medis; dan/atau
 - b. kejadian luar biasa, wabah, dan/atau darurat bencana.
- (3) Staf klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. dokter/dokter gigi yang memberikan pelayanan kedokteran dalam batas tertentu;
 - b. perawat atau bidan yang memberikan pelayanan kedokteran dan/atau kefarmasian dalam batas tertentu; dan
 - c. tenaga vokasi farmasi yang memberikan pelayanan kefarmasian yang menjadi kewenangan apoteker dalam batas tertentu.

Pasal 227

- (1) Staf klinis dapat menerima pelimpahan kewenangan untuk melakukan pelayanan kesehatan.
- (2) Pelimpahan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. pelimpahan secara mandat; dan
 - b. pelimpahan secara delegatif.
- (3) Pelimpahan kewenangan secara mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a merupakan pelimpahan tugas dengan tanggung jawab berada pada pemberi kewenangan.
- (4) Pelimpahan kewenangan secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan pelimpahan tugas dengan tanggung jawab berada pada penerima kewenangan.
- (5) Pelimpahan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dari:
 - a. staf medis kepada staf keperawatan/kebidanan;
 - b. staf medis kepada staf klinis lain;
 - c. antar staf medis; dan
 - d. antar staf keperawatan/kebidanan;
 - e. antar staf klinis lain; dan
 - f. staf klinis kepada peserta didik dalam batas tertentu.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelimpahan kewenangan di atur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Bagian Kedelapan

Standar Profesi, Standar Pelayanan, dan Standar Prosedur Operasional

Pasal 228

- (1) Setiap staf klinis dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan berkewajiban untuk mematuhi Standar Profesi, Standar Pelayanan, dan Standar Prosedur Operasional.
- (2) Standar Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk setiap jenis staf klinis disusun oleh Konsil serta Kolegium.
- (3) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Standar prosedur operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai penerapan Standar Profesi, Standar Pelayanan, dan Standar Prosedur Operasional diatur dengan Peraturan Direktur.

Pasal 229

- (1) Staf klinis dalam menjalankan praktik dapat melakukan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.
- (2) Penelitian dan pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk mendukung pembangunan kesehatan di bidang ilmu pengetahuan, keahlian, kebijakan dan teknologi melalui upaya kesehatan dan pengembangan sumber daya kesehatan.
- (3) Penelitian dan pengembangan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan penelitian dan pengembangan diatur dengan Peraturan Direktur.

Bagian Kesembilan Persetujuan Tindakan Pelayanan Kesehatan

Pasal 230

- (1) Setiap tindakan pelayanan kesehatan perseorangan yang dilakukan oleh staf klinis harus mendapat persetujuan.
- (2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang memadai.
- (3) Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling sedikit mencakup:
 - a. diagnosis;
 - b. indikasi;
 - c. tindakan pelayanan kesehatan yang akan dilakukan dan tujuannya;
 - d. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 - e. alternatif tindakan lain;
 - f. risiko apabila tindakan tidak dilakukan; dan
 - g. prognosis setelah memperoleh tindakan.
- (4) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan secara tertulis ataupun lisan.
- (5) Persetujuan tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus diperoleh sebelum dilakukannya tindakan invasif dan/atau mengandung risiko tinggi.

- (6) Persetujuan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) diberikan oleh pasien yang bersangkutan.
- (7) Dalam hal pasien yang bersangkutan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tidak cakap memberikan persetujuan, persetujuan tindakan dapat diberikan oleh yang mewakili.
- (8) Persetujuan tertulis melakukan tindakan Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (7) ditandatangani oleh Pasien atau yang mewakili dan disaksikan oleh salah seorang staf klinis.
- (9) Dalam hal keadaan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tidak cakap dan memerlukan tindakan Gawat Darurat, tetapi tidak ada pihak yang dapat dimintai persetujuan, tidak diperlukan persetujuan tindakan.
- (10) Tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (9) dilakukan berdasarkan kepentingan terbaik pasien yang diputuskan oleh staf klinis yang memberikan pelayanan kepada pasien.
- (11) Tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (10) diinformasikan kepada pasien setelah pasien telah cakap atau yang mewakili telah hadir.
- (12) Ketentuan mengenai tata cara persetujuan tindakan oleh staf klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (11) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Bagian Kesepuluh Rekam Medis

Pasal 231

- (1) Setiap staf klinis yang memberikan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit wajib membuat rekam medis.
- (2) Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat menggunakan kertas dan/atau elektronik.
- (3) Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan.
- (4) Setiap catatan rekam medis pasien harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan staf klinis atau identitas elektronik yang memberikan pelayanan atau tindakan.
- (5) Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh tenaga kesehatan dan Rumah Sakit.
- (6) Dokumen rekam medis merupakan milik rumah sakit.
- (7) Setiap pasien berhak untuk mengakses informasi yang terdapat dalam dokumen rekam medis.
- (8) Rumah sakit wajib menjaga keamanan, keutuhan, kerahasiaan dan ketersediaan data yang terdapat dalam dokumen rekam medis.
- (9) Ketentuan lebih lanjut mengenai rekam medis diatur dalam Peraturan Direktur.

Bagian Kesebelas
Rahasia Kesehatan Pasien

Pasal 232

- (1) Setiap staf klinis dalam melaksanakan pelayanan kesehatan wajib menyimpan rahasia kesehatan pasien.
- (2) Rahasia kesehatan pasien dapat dibuka dalam hal:
 - a. pemenuhan permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum;
 - b. penanggulangan KLB, Wabah, atau bencana;
 - c. kepentingan pendidikan dan penelitian secara terbatas;
 - d. upaya perlindungan terhadap bahaya ancaman keselamatan orang lain secara individual atau masyarakat;
 - e. kepentingan pemeliharaan Kesehatan, pengobatan, penyembuhan, dan perawatan Pasien;
 - f. permintaan Pasien sendiri;
 - g. kepentingan administratif, pembayaran asuransi, atau jaminan pembiayaan Kesehatan; dan/ atau
 - h. kepentingan lain yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut tentang rahasia kesehatan pasien diatur dengan Peraturan Direktur.

Bagian Kedua Belas
Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Pasal 233

- (1) Setiap staf klinis dalam melaksanakan pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya serta memperhatikan keselamatan Pasien.
- (2) Dalam rangka pelaksanaan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan audit medik dan/atau audit klinis.
- (3) Kendali mutu dan kendali biaya dalam rumah sakit merupakan tanggung jawab rumah sakit dan tenaga kesehatan.

Bagian Ketiga Belas
Penegakan Disiplin

Pasal 234

- (1) Dalam rangka mendukung profesionalitas staf klinis, perlu diterapkan penegakan disiplin profesi.
- (2) Dalam rangka penegakan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur membentuk Subkomite Disiplin dan Etika Profesi pada Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lain serta Komite Etik dan Hukum.

- (3) Pasien atau keluarganya yang kepentingannya dirugikan atas tindakan staf klinis dalam memberikan pelayanan kesehatan dapat mengadukan ke rumah sakit.
- (4) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) paling sedikit harus memuat:
 - a. identitas pengadu;
 - b. nama staf klinis dan waktu tindakan dilakukan; dan
 - c. alasan pengaduan.

Pasal 235

- (1) Pelanggaran disiplin staf klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 234 ayat (1) diberikan sanksi disiplin berupa:
 - a. peringatan tertulis;
 - b. kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan;
 - c. penonaktifan praktik untuk sementara waktu; dan/atau
 - d. rekomendasi pencabutan SIP.
- (2) Hasil pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersifat mengikat staf klinis.
- (3) Staf klinis yang telah melaksanakan sanksi disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang dijatuhkan terdapat dugaan tindak pidana, aparat penegak hukum mengutamakan penyelesaian perselisihan dengan mekanisme keadilan restoratif sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai penegakan disiplin profesi staf klinis diatur dengan Peraturan Direktur.

Pasal 236

Staf klinis dalam menjalankan praktik berhak mendapatkan perlindungan hukum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan Peraturan Rumah Sakit.

Bagian Keempat Belas Penyelesaian Perselisihan

Pasal 237

- (1) Dalam hal staf klinis diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada pasien, perselisihan yang timbul akibat kelalaian tersebut diselesaikan terlebih dahulu melalui alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan.
- (2) Dalam hal terjadi sengketa kewenangan antar staf klinis di rumah sakit, wajib diselesaikan terlebih dahulu di dalam rumah sakit dengan prinsip musyawarah untuk mufakat.
- (3) Apabila sengketa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) diabaikan oleh staf klinis di rumah sakit, maka kerugian atas pengabaian tersebut sepenuhnya menjadi tanggung jawab staf klinis bersangkutan.

BAB VIII
KERJA SAMA PELAYANAN

Pasal 238

- (1) Dalam rangka meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, RSUD dapat melakukan kerja sama pelayanan dengan pihak lain.
- (2) Kerja sama pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, efektivitas, ekonomis dan saling menguntungkan serta sesuai dengan kebutuhan pelayanan pasien.
- (3) Direktur bertanggung jawab menetapkan jenis dan ruang lingkup layanan yang akan dikerjasamakan.
- (4) RSUD atau pihak lain dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama atau kontrak mengenai objek tertentu.
- (5) Objek tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat menyangkut kerja sama tentang penyelenggaraan berikut:
 - a. pelayanan kesehatan;
 - b. kesehatan masyarakat;
 - c. kefarmasian dan alat kesehatan;
 - d. pencegahan dan pengendalian penyakit;
 - e. pendidikan, penelitian dan pengembangan kesehatan;
 - f. pengembangan sumber daya manusia kesehatan; dan
 - g. bidang lain sesuai dengan kebutuhan.
- (6) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dapat dilakukan dalam bentuk:
 - a. kerja sama pelayanan klinis; dan/atau
 - b. kerja sama manajemen pelayanan.
- (7) Kerja sama pelayanan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (6) huruf a merupakan perjanjian pelayanan medis dan/atau pelayanan kesehatan lainnya yang diberikan oleh pihak lain kepada pasien RSUD, antara lain tidak terbatas pada:
 - a. pelayanan rujukan medis;
 - b. pelayanan laboratorium;
 - c. pelayanan radiologi;
 - d. pelayanan penunjang medis lainnya; dan
 - e. pelayanan profesional kesehatan.
- (8) Pelayanan profesional kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf e merupakan kerja sama dengan tenaga medis dan/atau tenaga kesehatan yang akan melakukan praktik sesuai profesinya kepada pasien RSUD.
- (9) Kerja sama manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (6) huruf b merupakan perjanjian pelayanan nonklinis untuk menunjang kegiatan RSUD dalam memberikan pelayanan kepada pasien, antara lain tidak terbatas pada:
 - a. pelayanan kebersihan;
 - b. pelayanan keamanan;
 - c. pelayanan rumah tangga (*housekeeping*);
 - d. pelayanan makanan;
 - e. pelayanan driver/pengemudi; dan
 - e. pelayanan linen.

- (10) Direktur berkewajiban untuk mengkaji, memilih, memantau dan mengevaluasi kepatuhan layanan pihak lain sesuai PKS yang disepakati, termasuk kepatuhan dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Pasal 239

- (1) Tata cara kerja sama antara RSUD dengan pihak lain dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Apabila berdasarkan hasil evaluasi kerja sama atau kontrak diperpanjang atau diakhiri, Wakil Direktur secara berjenjang wajib memastikan untuk tetap menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

BAB IX PENGELOLAAN DOKUMEN RUMAH SAKIT

Pasal 240

- (1) Rumah sakit menerapkan proses pengelolaan dokumen secara konsisten dan seragam.
- (2) Dokumen rumah sakit terdiri atas regulasi dan dokumen pelaksanaan.
- (3) Regulasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berupa kebijakan, pedoman, panduan, prosedur, keputusan serta pengaturan lainnya.
- (4) Regulasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bertujuan untuk memberikan acuan yang seragam mengenai fungsi pelayanan klinis dan nonklinis di rumah sakit.
- (5) Dokumen pelaksanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berupa rekam medis, sertifikat, dokumen rapat/pelatihan dan dokumen korespondensi lainnya.
- (6) Rumah sakit dapat membuat tata naskah untuk memandu cara menyusun dan mengendalikan dokumen rumah sakit.
- (7) Pedoman tata naskah sebagaimana dimaksud pada ayat (6) mencakup komponen kunci sebagai berikut:
 - a. peninjauan dan persetujuan semua dokumen oleh pihak yang berwenang sebelum diterbitkan;
 - b. proses dan frekuensi peninjauan dokumen serta persetujuan berkelanjutan;
 - c. pengendalian kepastian dokumen yang terbaru dan relevan yang berlaku dan tersedia;
 - d. proses identifikasi adanya perubahan dalam dokumen;
 - e. pemeliharaan identitas dan keterbacaan dokumen;
 - f. proses pengelolaan dokumen yang berasal dari luar rumah sakit;
 - g. penyimpanan dokumen yang sudah tidak terpakai lagi; dan
 - h. identifikasi dan pelacakan semua dokumen yang beredar.
- (8) Pengelolaan dokumen internal rumah sakit dikategorikan atas:
 - a. dokumen tingkat pemilik;
 - b. dokumen tingkat rumah sakit; dan
 - c. dokumen tingkat unit kerja.
- (9) Ketentuan lebih lanjut mengenai pengelolaan dokumen rumah sakit diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

BAB X
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 241

- (1) Bupati melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas sosialisasi, supervisi, bimbingan teknis dan asistensi.
- (3) Pembinaan teknis Rumah Sakit dapat dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan atau Dewan Pengawas.
- (4) Pengawasan operasional Rumah Sakit dapat dilakukan oleh Dewan Pengawas dan/atau Satuan Pengawas Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan di bawah Direktur.

BAB XI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 242

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, maka Peraturan Bupati Nomor 34 Tahun 2016 tentang Pedoman Peraturan Internal (*Hospital by Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan (Berita Daerah Kabupaten Pasuruan Tahun 2016 Nomor 34) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 243

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Pasuruan
pada tanggal 14 Mei 2024
Pj. BUPATI PASURUAN,

ttd.

ANDRIYANTO

Diundangkan di Pasuruan
pada tanggal 14 Mei 2024
SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN PASURUAN,

ttd.

YUDHA TRIWIDYA SASONGKO
BERITA DAERAH KABUPATEN PASURUAN TAHUN 2024 NOMOR 10