



SALINAN

**BUPATI PURWOREJO
PROVINSI JAWA TENGAH**

**PERATURAN BUPATI PURWOREJO
NOMOR 72 TAHUN 2020**

TENTANG

**TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH R.A.A. TJOKRONEGORO
KABUPATEN PURWOREJO**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PURWOREJO,

- Menimbang: a. bahwa dalam rangka pelaksanaan urusan pemerintah Daerah di Bidang Kesehatan, Pemerintah Kabupaten Purworejo menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan mendirikan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah R.A.A. Tjokronegoro Kabupaten Purworejo;
- b. bahwa Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah R.A.A. Tjokronegoro Kabupaten Purworejo perlu dikelola dengan tata kelola organisasi yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) agar dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara optimal kepada masyarakat;
- c. bahwa untuk memberikan dasar hukum dan landasan operasional dalam pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah R.A.A. Tjokronegoro, telah ditetapkan Peraturan Bupati Purworejo Nomor 39 Tahun 2020 tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah R.A.A. Tjokronegoro Kabupaten Purworejo, namun dengan ditetapkannya Rumah Sakit Umum Daerah R.A.A. Tjokronegoro Kabupaten Purworejo sebagai Badan Layanan Umum Daerah, maka Peraturan Bupati tersebut perlu diganti dengan menerbitkan Peraturan yang baru;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati Purworejo tentang Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah R.A.A. Tjokronegoro Kabupaten Purworejo;

- Mengingat :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 775/Menkes/PER/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
 6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
 7. Peraturan Bupati Purworejo Nomor 59 Tahun 2019 Tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C Kabupaten Purworejo (Berita Daerah Kabupaten Purworejo Tahun 2019 Nomor 59);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH R.A.A. TJOKRONEGORO KABUPATEN PURWOREJO.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Purworejo.
2. Bupati adalah Bupati Purworejo.

3. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
5. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disebut RSUD, adalah rumah sakit yang dimiliki dan diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
7. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah R.A.A Tjokronegoro Kabupaten Purworejo yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah R.A.A Tjokronegoro Kabupaten Purworejo yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
8. Unit Organisasi Bersifat Khusus adalah unit organisasi yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
9. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, yang selanjutnya disingkat PPK BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
10. Pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit adalah pimpinan yang bertanggung jawab atas kinerja operasional BLUD yang terdiri atas pemimpin, pejabat keuangan, dan pejabat teknis
11. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit selaku Pimpinan BLUD Rumah Sakit.
12. Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis;
13. Kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitan adalah kemampuan dan keahlian yang didapatkan melalui pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) di bidang perumahsakitan;
14. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah setiap warga negara Republik Indonesia yang telah memenuhi syarat yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan diserahi tugas dalam suatu jabatan negara, atau diserahi tugas negara lainnya, dan digaji berdasarkan peraturan perundangan yang berlaku.
15. Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat Non PNS adalah pegawai non pegawai negeri sipil yang telah memenuhi persyaratan sesuai ketentuan yang berlaku dan diangkat untuk jangka waktu tertentu guna melaksanakan tugas yang bersifat teknis profesional maupun administrasi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan organisasi berdasarkan kontrak kerja.

16. Pengangkatan adalah proses pengangkatan pegawai non PNS oleh Direktur bagi calon pegawai yang lulus seleksi administrasi, ujian tulis, ujian praktek dan wawancara.
17. Pemindahan adalah mutasi/rotasi pegawai PNS dan Pegawai Non PNS yang dilakukan secara periodik di internal Rumah Sakit dalam rangka memperluas pengalaman, kemampuan, dan kualitas pelayanan pada Rumah Sakit.
18. Pemberhentian/pemutusan kerja pegawai Non PNS adalah proses yang mengakibatkan seorang pegawai Non PNS menjadi hilang hak-hak dan kewajiban kepegawaiannya.
19. Dewan Pengawas BLUD Rumah Sakit, yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD Rumah Sakit.
20. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi, yang terdiri atas Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.
21. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggungjawab, wewenang, dan hak seseorang PNS dalam rangka menjalankan tugas pokok dan fungsi keahlian dan/atau keterampilan untuk mencapai tujuan organisasi.
22. Jabatan Non Fungsional adalah pegawai yang pengangkatan dalam jabatan dan kenaikan pangkatnya tidak disyaratkan dengan angka kredit.
23. Tata Kelola Rumah Sakit adalah peraturan yang mengatur tentang hubungan antara Pemerintah Kabupaten Purworejo sebagai pemilik yang dalam hal ini diwakili oleh Bupati dengan Direktur dan staf medis di Rumah Sakit.
24. Peraturan internal rumah sakit (*hospital bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi, peraturan internal staf medis dan Peraturan internal staf keperawatan.
25. Peraturan internal korporasi (*corporate bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.
26. Peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
27. Peraturan internal staf keperawatan (*nursing staf bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di rumah sakit.
28. Komite Etik Rumah Sakit adalah suatu perangkat organisasi non struktural yang dibentuk dalam rumah sakit untuk membantu pimpinan rumah sakit dalam melaksanakan Kode Etik Rumah Sakit.
29. Kode Etik Rumah Sakit adalah rangkaian nilai-nilai dan norma-norma moral perumahsakit Indonesia untuk dijadikan pedoman dan pegangan bagi setiap insan perumahsakit yang terlibat dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rumah sakit di Indonesia.

30. 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.
31. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
32. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap tenaga keperawatan untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis.
33. Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap tenaga keperawatan yang telah memiliki Kewenangan Klinis untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis tersebut.
34. Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di Rumah Sakit.
35. Perawat Klinik adalah perawat yang memberikan asuhan keperawatan langsung kepada pasien/ individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
36. Perawat manager adalah perawat yang mengelola pelayanan keperawatan di Rumah sakit, baik sebagai pengelola tingkat bawah (*front line manager*), tingkat menengah (*middle manager*) maupun tingkat atas (*top manager*)
37. Mitra Bestari adalah sekelompok tenaga keperawatan dengan reputasi dan kompetensi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan tenaga keperawatan.
38. Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis dokter spesialis konsultan, dokter staf pendidik klinis, dokter peserta PPDS I di rumah sakit;
39. Staf keperawatan adalah perawat dan bidan.
40. Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan adalah kegiatan yang dilakukan guna meningkatkan kemampuan sumber daya manusia yang ada di rumah sakit baik melalui pendidikan formal dan/atau informal berupa pelatihan internal atau eksternal.
41. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
42. Audit Keperawatan adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi perawat dan bidan.
43. Disiplin adalah suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban yang dituangkan dalam daftar hadir dan penilaian prestasi kerja.
44. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.

45. Pelayanan medis spesialistik dasar adalah pelayanan medis spesialis penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak.
46. Pelayanan medis spesialistik luas adalah pelayanan medis spesialis dasar ditambah dengan pelayanan mata, syaraf, jiwa, kulit dan kelamin, radiologi, anestesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, gigi dan mulut, kedokteran forensik dan medikolegal, dan pelayanan spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
47. Pelayanan medis subspecialistik luas adalah pelayanan sub spesialisasi yang ada di pelayanan medis spesialis bedah, kesehatan anak, kebidanan dan penyakit kandungan, penyakit dalam, telinga, hidung dan tenggorokan, paru dan pelayanan sub spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
48. Kewenangan Klinis tenaga keperawatan adalah uraian intervensi keperawatan dan kebidanan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan berdasarkan area praktiknya.
49. Penugasan Klinis adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan atau asuhan kebidanan di Rumah Sakit tersebut berdasarkan daftar Kewenangan Klinis.
50. Kelompok Staf Fungsional adalah kelompok perawat yang memiliki kompetensi sesuai area kerjanya
51. Kelompok Staf Fungsional Keperawatan yang selanjutnya disingkat KSF Keperawatan adalah seluruh staf keperawatan baik PNS atau Non PNS kecuali Perawat magang
52. Buku Putih (*white paper*) adalah dokumen yang berisi syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh tenaga keperawatan yang digunakan untuk menentukan Kewenangan Klinis.
53. Unit kerja adalah tempat staf medis menjalankan profesinya, yang dapat berbentuk Instalasi, Bagian atau Bidang.
54. Instalasi adalah unit penyelenggaraan fungsional di Rumah Sakit berupa pelayanan medis, penunjang medis, kegiatan penelitian, pengembangan, pendidikan dan pelatihan, pemeliharaan sarana rumah sakit, serta pengolahan data elektronik.
55. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas staf medis, komite medis, dan sub komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis.
56. Rencana Bisnis dan Anggaran BLUD-Rumah Sakit, yang selanjutnya disebut RBA adalah Dokumen Perencanaan Bisnis dan Penganggaran yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran BLUD- Rumah Sakit.
57. Rencana Strategis Bisnis BLUD-Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Renstra Bisnis adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, program strategis dan pengukuran pencapaian kerja.
58. Dokumen Pelaksanaan Anggaran BLUD-Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang akan dihasilkan dan digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran oleh BLUD-Rumah Sakit.

BAB II

PERATURAN INTERNAL KORPORASI (*CORPORATE BYLAWS*)

Bagian Kesatu

Nama, Visi dan Misi, Nilai-nilai, Falsafah, Motto dan Janji Layanan

Paragraf 1

Nama

Pasal 2

Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah R.A.A. Tjokronegoro Kabupaten Purworejo.

Paragraf 2

Visi dan Misi

Pasal 3

- (1) Visi Pemerintah Daerah adalah “Terwujudnya Kabupaten Purworejo yang semakin Sejahtera Berbasis Pertanian, Pariwisata, Industri dan Perdagangan yang Berwawasan Budaya, Lingkungan, dan Ekonomi Kerakyatan”.
- (2) Salah satu Misi untuk mewujudkan Visi Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) adalah “Mewujudkan Kabupaten Purworejo yang unggul dibidang Pendidikan dan Pelayanan Kesehatan.
- (3) Sejalan dengan Visi dan Misi Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit Mempunyai Visi “Terwujudnya Rumah Sakit Umum Daerah yang handal, modern dan berbudaya”.
- (4) Untuk mewujudkan Visi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Rumah sakit mempunyai Misi:
 - a. Memberikan pelayanan yang professional dan berkualitas;
 - b. Mengembangkan pelayanan berbasis teknologi;
 - c. Menyediakan pelayanan yang terjangkau; dan
 - d. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman.
- (5) Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan.
- (6) Penetapan Visi, Penetapan Misi dan Perubahan Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), ayat (4) dan ayat (5) ditetapkan dalam Peraturan Bupati.

Paragraf 3
Nilai-nilai

Pasal 4

Nilai-nilai yang dianut oleh Rumah Sakit adalah Keterbukaan, Kebersamaan, Profesional, Kejujuran dan Kedisiplinan.

Paragraf 4
Falsafah

Pasal 5

Falsafah Rumah Sakit adalah:

- a. Pelayanan pasien adalah sasaran utama kami;
- b. Pelayanan bermutu adalah komitmen kami; dan
- c. Profesionalisme dan kerjasama adalah modal utama kami.

Paragraf 5
Motto dan Janji Layanan

Pasal 6

Motto Rumah Sakit adalah “Mengutamakan Keselamatan Pasien dan Mutu pelayanan”.

Pasal 7

Janji Layanan Rumah Sakit adalah SIAP (Sigap, Inovatif, Akuntabel dan Profesional) dalam memberikan pelayanan.

Pasal 8

Direktur Rumah Sakit wajib mensosialisasikan Nama, Visi dan Misi, Nilai-nilai, Falsafah, Motto dan Janji Layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, Pasal 3, Pasal 4, Pasal 5, Pasal 6 dan Pasal 7 kepada staf internal, pengunjung Rumah Sakit dan masyarakat luas.

Bagian Kedua

Kedudukan, Tujuan, Tugas Pokok, Fungsi,
dan Struktur Organisasi Rumah Sakit

Paragraf 1
Kedudukan

Pasal 9

- (1) Rumah Sakit merupakan Unit Organisasi Bersifat Khusus dengan pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah milik Pemerintah Kabupaten Purworejo yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Direktur yang berkedudukan di bawah dan bertanggungjawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo.

Paragraf 2

Tujuan

Pasal 10

Tujuan Rumah Sakit adalah meningkatkan pemberdayaan masyarakat dan akses pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas selama 24 jam.

Paragraf 3

Tugas Pokok dan Fungsi

Pasal 11

Rumah Sakit mempunyai tugas pokok melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan.

Pasal 12

Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11, Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi;

- a. penyelenggaraan pelayanan medik;
- b. penyelenggaraan pelayanan penunjang medik dan non medik;
- c. penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
- d. penyelenggaraan pelayanan rujukan;
- e. penyelenggaraan pelayanan pendidikan dan pelatihan;
- f. penyelenggaraan pelayanan penelitian dan pengembangan;
- g. penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan; dan
- h. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

Paragraf 4

Struktur Organisasi

Pasal 13

Struktur Organisasi Rumah Sakit tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Ketiga

Kedudukan Pemerintah Daerah

Pasal 14

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan layanan dan kemajuan Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

- (2) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggung jawabnya mempunyai kewenangan:
- a. menetapkan peraturan internal Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Rumah Sakit beserta perubahannya;
 - b. menetapkan struktur organisasi rumah sakit;
 - c. membentuk dan menetapkan pejabat pengelola dan dewan pengawas BLUD-Rumah Sakit;
 - d. melakukan evaluasi atas kinerja Pejabat pengelola BLUD-Rumah Sakit yang dilakukan minimal 1 (satu) tahun sekali;
 - e. melakukan evaluasi atas kinerja Dewan Pengawas BLUD-Rumah Sakit yang dilakukan minimal 1 (satu) tahun sekali;
 - f. menghentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas BLUD-Rumah Sakit karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk dihentikan;
 - g. menyetujui, menetapkan dan mengumumkan visi dan misi Rumah Sakit serta melakukan review berkala minimal 1 (satu) tahun sekali atas visi dan misi tersebut;
 - h. menyetujui Rencana Strategis dan/atau Rencana Strategi Bisnis Rumah Sakit;
 - i. menyetujui dan mengesahkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran BLUD-Rumah Sakit beserta perubahannya;
 - j. menyetujui rencana BLUD-Rumah Sakit untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menerima laporan dan tindak lanjut tentang program peningkatan mutu dan keselamatan pasien tersebut;
 - k. menyetujui diselenggarakannya pendidikan profesional kesehatan dan penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut; dan
 - l. memberikan penghargaan kepada pegawai BLUD-Rumah Sakit yang berprestasi serta memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan.
- (3) Kewenangan Pemerintah Daerah untuk mengumumkan visi dan misi ke publik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf g didelegasikan kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit.
- (4) Kewenangan Pemerintah Daerah untuk pemberian penghargaan dan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf l, didelegasikan kepada Direktur Rumah Sakit.

Bagian Keempat
Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggungjawab kepada Bupati.
- (2) Pembentukan Dewan Pengawas BLUD dapat dilakukan Oleh BLUD yang memiliki realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2(dua) tahun terakhir atau nilai aset menurut neraca 2(dua) tahun terakhir.

- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam setahun dan sewaktu-waktu atas permintaan Bupati.
- (4) Dewan Pengawas bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD-Rumah Sakit yang dilakukan oleh pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
- (5) Dewan Pengawas berkewajiban:
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai RBA yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;
 - c. melaporkan kepada Bupati tentang kinerja Rumah Sakit;
 - d. memberikan nasihat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;
 - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindak lanjuti oleh pejabat pengelola Rumah Sakit; dan
 - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
 - g. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit;
 - h. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi dan peraturan perundang-undangan.
 - i. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
- (6) Dalam melakukan tugasnya Dewan Pengawas mempunyai wewenang:
 - a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
 - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
 - c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur;
 - d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas;
 - e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit untuk ditetapkan oleh Bupati; dan
 - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Pasal 16

- (1) Untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas, Bupati dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai dewan pengawas.
- (3) Masa jabatan sekretaris dewan pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Pasal 17

- (1) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari:
 - a. pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan BLUD Rumah Sakit;
 - b. pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
 - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas sebanyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang dan seorang seorang diantara anggota Dewan pengawas ditetapkan sebagai ketua Dewan Pengawas.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya Dewan pengawas dapat membentuk komita audit atau Tim *Ad-Hoc*.

Pasal 18

Untuk dapat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan:

- a. memiliki integritas, dedikasi, dan masalah yang berkaitan dengan perumahsakitan, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
- d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana; dan
- e. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia, dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Pasal 19

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola Rumah Sakit.

Pasal 20

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- (3) Anggota Dewan Pengawas dapat dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Bupati.
- (4) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan apabila:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; atau
 - d. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
 - e. tidak lagi menjabat pada SKPD terkait, bagi anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (1) huruf a.
 - f. tidak lagi menjabat pada satuan kerja pengelola keuangan daerah, bagi anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (1) huruf b.

Pasal 21

- (1) Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (4), diganti oleh anggota Dewan Pengawas baru yang memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1), adalah sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Bagian Kelima Pengelolaan Rumah Sakit

Paragraf 1 Susunan Organisasi

Pasal 22

- (1) Susunan Organisasi Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. Organ struktural terdiri dari
 1. Direksi;
 2. Bidang/Bagian; dan
 3. Seksi/Sub Bagian

- b. Organ Fungsional terdiri dari
 - 1. Komite Etik Rumah Sakit;
 - 2. Komite Medik;
 - 3. Komite Keperawatan;
 - 4. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; dan
 - 5. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
 - c. Unsur Jabatan struktural yang terdiri dari:
 - 1. Direktur;
 - 2. Kepala Bidang/Bagian; dan
 - 3. Kepala Seksi/Sub Bagian.
 - d. Unsur Jabatan Fungsional yang terdiri dari:
 - 1. Kelompok Medis Fungsional;
 - 2. Kelompok Staf Keperawatan; dan
 - 3. Kelompok Jabatan Fungsional Lain;
- (2) Tugas Pokok dan Fungsi masing-masing unsur tertuang dan diatur dalam Peraturan Bupati tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Purworejo.

Paragraf 2
Direktur

Pasal 23

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh Direktur.
- (2) Direktur sebagai Pemimpin.
- (3) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

Paragraf 3
Persyaratan menjadi Direktur

Pasal 24

- (1) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:
 - a. seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakit
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
 - c. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan rumah sakit;
 - d. berstatus PNS atau Non PNS;
 - e. direktur yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, saat diusulkan pertama sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun sebelum usia pensiun yang bersangkutan;

- f. telah lulus/sanggup mengikuti pendidikan dan pelatihan kepemimpinan yang dipersyaratkan;
- g. lulus Uji Program Penilaian Kompetensi dan Pengelolaan (*Performance and Competency Assessment Programme*) atau sejenisnya; dan
- h. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Paragraf 4
Tugas dan Kewajiban Direktur

Pasal 25

- (1) Tugas dan Kewajiban Direktur adalah:
- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan BLUD-Rumah Sakit;
 - b. menyusun Renstra Bisnis BLUD-Rumah Sakit;
 - c. menyiapkan RBA;
 - d. mengusulkan calon Pejabat Pengelola Keuangan dan Pejabat Teknis kepada Bupati sesuai ketentuan;
 - e. menetapkan pejabat lainnya sesuai kebutuhan BLUD-Rumah Sakit selain pejabat yang telah ditetapkan dengan Peraturan Perundang-Undangan;
 - f. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD-Rumah Sakit kepada Bupati;
 - g. menguasai, memelihara dan mengelola kekayaan Rumah Sakit;
 - h. mewakili Rumah Sakit di dalam dan di luar pengadilan;
 - i. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh Bupati; dan
 - j. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit.

Pasal 26

Dalam hal melaksanakan tugas dan kewajiban Direktur menyelenggarakan rapat sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sekali.

Paragraf 5
Fungsi Direktur

Pasal 27

- (1) Direktur selaku Pemimpin BLUD-Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan BLUD- Rumah Sakit.

Paragraf 6
Pengangkatan dan Pemberhentian Direktur

Pasal 28

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Direktur yang berasal dari PNS disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Direktur yang berasal dari Non PNS, diatur lebih lanjut dengan Peraturan Bupati.
- (3) Pemberhentian Direktur dilakukan:
 - a. setelah mencapai batas usia pensiun;
 - b. tidak melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya; dan
 - c. pemberhentian oleh Bupati sebelum habis masa jabatan.
- (4) Dalam hal Pengangkatan Direktur berasal dari non PNS, pejabat keuangan rumah sakit wajib berasal dari PNS yang merupakan pejabat pengguna anggaran/barang daerah.

Paragraf 7
Kewenangan Direktur

Pasal 29

- (1) Direktur mempunyai kewenangan
 - a. menandatangani Rencana Strategi Bisnis, yang selanjutnya diusulkan untuk ditetapkan oleh Bupati menjadi Rencana Strategi Rumah Sakit;
 - b. membuat kebijakan Rumah Sakit yang dituangkan dalam bentuk Peraturan Direktur, Keputusan Direktur, Surat Edaran Direktur dan Pemberian Informasi.
- (2) Kewenangan Direktur sebagaimana pada ayat (1) huruf b, antara lain menetapkan berbagai peraturan dan Keputusan untuk melaksanakan peraturan internal yang meliputi peraturan Rumah Sakit, peraturan tentang kepegawaian Rumah Sakit, pengendalian pasien dan pengunjung serta masalah lain yang dianggap perlu.

Pasal 30

Direktur dapat membentuk tim, panitia tertentu yang anggotanya diambil dari staf Rumah Sakit guna mengatasi, menyelesaikan hal-hal tertentu yang dibutuhkan demi kelancaran Rumah Sakit.

Paragraf 8
Pengelompokan Fungsi

Pasal 31

Pelaksanaan Tugas di Rumah Sakit dilaksanakan oleh Kelompok Fungsional dan Non Fungsional.

Pasal 32

- (1) Kelompok fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31, terdiri dari:
 - a. Staf Medik Fungsional;
 - b. staf keperawatan fungsional; dan
 - c. staf fungsional lainnya.
- (2) Staf Medik Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan kelompok profesi medik, terdiri dari dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang melaksanakan tugas profesi meliputi diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan latihan, serta penelitian dan pengembangan di instalasi dalam jabatan fungsional.
- (3) Staf keperawatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kelompok profesi keperawatan dan kelompok profesi kebidanan yang melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan di instalasi dalam jabatan fungsional.
- (4) Staf fungsional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan tenaga fungsional diluar tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) yang melaksanakan tugas profesinya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 33

- (1) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (2) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang undangan yang berlaku.
- (3) Dalam melaksanakan tugas profesinya, staf fungsional dikelompokkan berdasarkan bidang keahliannya.

Pasal 34

Penempatan staf fungsional ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usul Kepala Bidang, atau Kepala Instalasi terkait melalui Panitia Pembinaan dan Pengembangan Karier (P3K).

Pasal 35

Kelompok Non Fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31, terdiri dari kelompok tenaga non profesi yang bertugas memberikan pelayanan langsung atau tidak langsung dengan pelayanan pasien.

Pasal 36

- (1) Tenaga Non Fungsional yang bekerja pada Instalasi dalam melaksanakan tugasnya secara operasional bertanggung jawab kepada Kepala Instalasi.
- (2) Tenaga Non Fungsional yang bekerja pada Bagian atau Bidang dalam melaksanakan tugasnya secara operasional bertanggung jawab kepada Kepala Bagian atau Kepala Bidang.
- (3) Tenaga Non Fungsional yang bekerja pada Sub Bagian atau Seksi dalam melaksanakan tugasnya secara operasional bertanggung jawab kepada Kepala Sub Bagian atau Kepala Seksi.

Pasal 37

Penempatan Tenaga Non Fungsional ditetapkan oleh Direktur atas usul Kepala Instalasi, Kepala Bidang atau Kepala Bagian terkait melalui Panitia Pembinaan dan Pengembangan Karier (P3K).

Pasal 38

- (1) Untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan fungsional kesehatan dibentuk Instalasi.
- (2) Instalasi sebagaimana pada ayat (1), dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi dalam jabatan fungsional yang diangkat dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Nomenklatur, jumlah dan jenis Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), serta pembagian Instalasi yang dikoordinasikan oleh Bidang dan Bagian, diatur dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 9

Satuan Pengawas Internal

Pasal 39

- (1) Satuan Pengawas Internal dibentuk guna membantu Direktur dalam pengawasan internal dan monitoring.
- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Kelompok Fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan sumber dana dan sumber daya di lingkungan Rumah Sakit.
- (3) Satuan Pengawas internal dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 10
Komite Etik Rumah Sakit

Pasal 40

- (1) Komite Etik Rumah Sakit merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit yang keanggotaannya dipilih dan diangkat oleh Direktur.
- (2) Susunan Organisasi terdiri dari:
 - (a) Ketua Komite Etik;
 - (b) Sekretaris Komite Etik; dan
 - (c) Anggota Komite Etik.

Pasal 41

- (1) Komite Etik Rumah Sakit mempunyai tugas, wewenang dan tanggung jawab :
 - (a) melakukan pembinaan insan dalam secara komprehensif dan berkesinambungan, agar setiap individu menghayati dan mengamalkan etik sesuai dengan peran dan tanggung jawab masing- masing di Rumah Sakit;
 - (b) Komite Etik dalam pembinaan melakukan upaya preventif, persuasif, edukatif, dan korektif terhadap kemungkinan terjadinya penyimpangan atau pelanggaran Kode Etik Rumah Sakit Indonesia ;
 - (c) Komite Etik Rumah Sakit dalam melaksanakan pembinaan dapat dilakukan melalui pendidikan, pelatihan, diskusi kasus dan seminar;
 - (d) Komite Etik dan Hukum memberi nasehat, saran, dan pertimbangan terhadap setiap kebijakan atau keputusan yang dibuat oleh Direktur;
 - (e) membuat pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan yang terkait dengan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia;
 - (f) menangani masalah etik yang muncul di Rumah Sakit;
 - (g) memberi nasehat, saran dan pertimbangan etik kepada pihak yang membutuhkan di Rumah Sakit;
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya Komite Etik Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip kerjasama, koordinasi, dan sinkronisasi dengan struktur organisasi lain di Rumah Sakit sesuai dengan tugas masing-masing bagian.

Paragraf 11
Komite Medik

Pasal 42

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.

Pasal 43

- (1) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.

Pasal 44

Pembentukan komite medik ditetapkan dengan Keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun.

Pasal 45

- (1) Untuk melaksanakan tugasnya, komite medik membuat Sub Komite yang anggotanya terdiri dari Staf Medis Fungsional.
- (2) Didalam melaksanakan tugasnya, masing-masing Sub Komite bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medik.

Paragraf 12 Panitia *Adhoc*

Pasal 46

- (1) Panitia *adhoc* dibentuk untuk membantu pelaksanaan tugas dan fungsi komite medik dan komite keperawatan.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua komite medic dan komite keperawatan.
- (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 13 Komite Keperawatan

Pasal 47

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

Pasal 48

Tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud Dalam Pasal 47 meliputi perawat dan bidan.

Pasal 49

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan

Pasal 50

Pembentukan komite keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun.

Pasal 51

Susunan Organisasi terdiri dari:

- a. Ketua Komite Keperawatan;
- b. Sekretaris Komite Keperawatan; dan
- c. Sub Komite

Pasal 52

- (1) Sub komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 huruf c, terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial;
 - b. Subkomite mutu profesi; dan
 - c. Subkomite etik dan disiplin profesi.
- (2) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf bertugas merekomendasikan Kewenangan Klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (3) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf b, bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (4) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf c, bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Paragraf 14
Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 53

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dibentuk untuk mengkoordinasikan pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit yang komprehensif dan interdisipliner sebagai salah satu upaya penerapan sasaran keselamatan pasien

Pasal 54

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh direktur dengan keanggotaan dari seluruh unsur unit pelayanan dan unit kerja di rumah sakit
- (2) Susunan organisasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari :
 - a. Ketua merangkap anggota
 - b. Sekretaris
 - c. Anggota
- (3) Uraian tugas dan kewenangan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi lebih lanjut diatur dengan Surat Keputusan Direktur

Paragraf 15
Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 55

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk untuk mengkoordinasikan program peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit serta mengkoordinasikan penerapan sasaran-sasaran keselamatan pasien berbasis manajemen risiko sebagai wujud implementasi paradigma pelayanan kesehatan yang bersifat *patient-centered care*

Pasal 56

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ditetapkan dengan Keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun

Pasal 57

Susunan organisasi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari :

- a. Ketua
- b. Sekretaris
- c. Sub Komite

Pasal 58

- (1) Sub Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 huruf c, terdiri dari :
 - a. Sub Komite Peningkatan Mutu Pelayanan
 - b. Sub Komite Keselamatan Pasien
 - c. Sub Komite Manajemen Risiko
- (2) Sub Komite Peningkatan Mutu Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 (satu) huruf a, bertugas mengkoordinasikan kegiatan peningkatan mutu area klinis dan manajerial di seluruh unit kerja dan unit pelayanan rumah sakit
- (3) Sub Komite Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1 (satu) huruf b, bertugas mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan penerapan sasaran keselamatan pasien termasuk pelaporan dan tindak lanjut insiden keselamatan pasien
- (4) Sub Komite Manajemen Risiko sebagaimana dimaksud pada ayat 1 (satu) huruf c, bertugas mengkoordinasikan kegiatan manajemen risiko klinis dan non klinis di rumah sakit

Bagian Keenam Sumber Daya Manusia

Paragraf 1 Umum

Pasal 59

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan Rumah Sakit secara efisien.

Paragraf 2 Pengangkatan Pegawai

Pasal 60

- (1) Pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari PNS atau non PNS.
- (2) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari PNS dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS dilaksanakan berdasarkan pada prinsip efisien, ekonomis, dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (4) Mekanisme pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dalam Peraturan Bupati tersendiri.

Paragraf 3
Penilaian Kinerja Pegawai

Pasal 61

- (1) Penilaian kinerja pegawai dilaksanakan oleh Pejabat Penilai.
- (2) Penilaian kinerja pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sekali dalam 1 (satu) tahun setiap akhir Desember pada tahun yang bersangkutan.
- (3) Penilaian Prestasi Kerja terdiri atas unsur Sasaran Kerja Pegawai dengan bobot 60% dan unsur Perilaku Kerja dengan bobot 40%.
- (4) Hasil Penilaian Prestasi Kerja bagi pegawai berstatus PNS digunakan sebagai dasar pertimbangan penetapan keputusan kebijakan pembinaan karier PNS, yang berkaitan dengan:
 - a. pekerjaan;
 - b. pengangkatan dan penempatan;
 - c. pengembangan;
 - d. penghargaan; dan
 - e. disiplin.
- (5) Hasil Penilaian Prestasi kerja bagi pegawai berstatus Non PNS digunakan sebagai dasar pertimbangan penetapan keputusan kebijakan yang berkaitan dengan:
 - a. disiplin;
 - b. penempatan; dan
 - c. kontrak kerja.

Paragraf 4
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 62

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas, Rumah Sakit memberikan penghargaan bagi pegawai yang memiliki kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi atau melanggar peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 63

- (1) Penghargaan kepada Pegawai berstatus PNS dapat berupa:
 - a. kenaikan Pangkat dengan sistem reguler atau Kenaikan Pangkat Pilihan; dan
 - b. kesempatan untuk mengembangkan karier.
- (2) Penghargaan kepada Pegawai berstatus Non PNS dapat berupa kesempatan untuk mengembangkan karier dan/ atau perpanjangan kontrak kerja.

Pasal 64

- (1) Sanksi kepada Pegawai berstatus PNS dapat berupa hukuman disiplin ringan, hukuman disiplin sedang dan hukuman disiplin berat.
- (2) Hukuman disiplin ringan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis dan pernyataan tidak puas secara tertulis.
- (3) Hukuman disiplin sedang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala selama 1 (satu) tahun, penundaan kenaikan pangkat selama 1 (satu) tahun dan penurunan pangkat setingkat lebih rendah selama 1 (satu) tahun.
- (4) Hukuman disiplin berat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari penurunan pangkat setingkat lebih rendah selama 3 (tiga) tahun, pemindahan dalam rangka penurunan jabatan setingkat lebih rendah, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai PNS dan pemberhentian tidak dengan hormat sebagai PNS.

Pasal 65

Sanksi kepada Pegawai berstatus Non PNS dapat berupa teguran lisan, teguran tertulis, pernyataan tidak puas secara tertulis, pemberhentian dengan hormat atau pemberhentian tidak dengan hormat.

Paragraf 5 Rotasi Pegawai

Pasal 66

Rotasi PNS dan non PNS dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan kinerja dan Pengembangan Karier.

Pasal 67

- (1) Rotasi PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 terdiri dari Rotasi Internal dan Rotasi Eksternal.
- (2) Rotasi Internal PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan mempertimbangkan:
 - a. kebutuhan Rumah Sakit;
 - b. masa kerja di unit tertentu;
 - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - d. kegunaannya dalam menunjang karier; dan/atau
 - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.
- (3) Rotasi Eksternal PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.

Paragraf 6
Disiplin Pegawai

Pasal 68

Disiplin Pegawai BLUD-Rumah Sakit tunduk pada ketentuan disiplin PNS yang berlaku.

Paragraf 7
Pemberhentian Pegawai

Pasal 69

- (1) Pemberhentian pegawai BLUD-Rumah Sakit yang berstatus PNS tunduk pada peraturan pemberhentian PNS yang berlaku.
- (2) Pemberhentian pegawai BLUD-Rumah Sakit yang berstatus non PNS dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Pemberhentian atas permintaan sendiri, dilaksanakan apabila pegawai non PNS mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan/ atau tidak memperpanjang masa kontrak.
 - b. Pemberhentian tidak atas permintaan sendiri, apabila:
 1. berakhir masa kontrak atau tidak dilakukan perpanjangan;
 2. meninggal dunia;
 3. mencapai batas usia pensiun, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a) batas usia pensiun Pejabat Pengelola BLUD-Rumah Sakit adalah 65 tahun;
 - b) batas usia pensiun Staf Medik Fungsional (SMF) adalah 65 tahun;
 - c) batas usia pensiun Staf keperawatan fungsional, Staf fungsional dan Non Fungsional adalah 58 tahun.
 4. melanggar disiplin berat;
 5. berdasarkan keterangan dokter dinyatakan tidak mampu bekerja lagi;
 6. tidak melaksanakan perjanjian kerja;
 7. memberikan pernyataan/keterangan palsu pada saat melamar;
 8. dinyatakan bersalah melakukan tindak pidana kejahatan berdasarkan putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap; atau
 9. kebutuhan organisasi.

Paragraf 8
Jabatan

Pasal 70

Jabatan struktural di BLUD-Rumah Sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 71

Jabatan struktural sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 terdiri dari:

- a. Direktur adalah jabatan pimpinan tinggi pratama;
- b. Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi adalah jabatan pengawas.

Paragraf 9 Pendidikan dan Pelatihan

Pasal 72

Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan adalah kegiatan yang dilakukan guna meningkatkan kemampuan sumber daya manusia yang ada di rumah sakit baik melalui pendidikan formal dan/atau informal berupa pelatihan internal atau eksternal;

Pasal 73

Pelaksanaan pendidikan dan kegiatan pelatihan berkelanjutan dilaksanakan oleh seksi Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Pengembangan dibawah tanggungjawab bidang Penunjang Medik dan Pendidikan.

Bagian Ketujuh Prosedur Kerja

Pasal 74

Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan BLUD-Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada Susunan Organisasi Rumah Sakit, wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*cross functional approach*) secara vertikal dan horisontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

Pasal 75

Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 76

Setiap pimpinan unit organisasi bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.

Pasal 77

Setiap pimpinan unit organisasi wajib mengikuti, mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.

Pasal 78

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

Pasal 79

Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi, Kepala Sub Bagian dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

Pasal 80

Dalam menyampaikan laporan kepada atasan, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada unit organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

Pasal 81

Dalam melaksanakan tugas, setiap pimpinan unit organisasi dibantu oleh kepala unit organisasi dibawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan masing-masing wajib mengadakan rapat berkala.

Bagian Kedelapan Remunerasi

Pasal 82

Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Pegawai BLUD-Rumah Sakit, dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggungjawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.

Pasal 83

Remunerasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 82 merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, insentif tahunan dan/atau pensiun.

Pasal 84

Remunerasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 82, ditetapkan oleh Bupati berdasarkan usulan yang disampaikan oleh Direktur melalui Sekretaris Daerah.

Bagian Kesembilan
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 85

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh BLUD-Rumah Sakit, Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal dengan Peraturan Bupati.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

Pasal 86

- (1) Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan:
 - a. fokus pada jenis pelayanan;
 - b. terukur;
 - c. dapat dicapai;
 - d. relevan dan dapat diandalkan; dan
 - e. tepat waktu.
- (2) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi BLUD-Rumah Sakit.
- (3) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (4) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat(1) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (5) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLUD-Rumah Sakit.
- (6) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Bagian Kesepuluh Tarif Layanan

Pasal 87

- (1) BLUD-Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif layanan.

Pasal 88

- (1) Tarif layanan BLUD-Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dengan Peraturan Bupati dan disampaikan kepada pimpinan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Purworejo.
- (3) Bupati dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat membentuk tim.

Pasal 89

- (1) Peraturan Bupati mengenai tarif layanan BLUD-Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun perunit layanan.

Bagian Kesebelas Pengelolaan Keuangan

Pasal 90

- (1) BLUD-Rumah Sakit menyusun RBA tahunan yang berpedoman kepada Renstra Bisnis BLUD-Rumah Sakit.
- (2) Penyusunan RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan sumber-sumber pendapatan lainnya.

Pasal 91

RBA merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan BLUD-Rumah Sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan Rumah Sakit.

Bagian Keduabelas
Prosedur Tetap

Pasal 92

Sebagai pedoman dalam pelaksanaan kegiatan operasional di BLUD-Rumah Sakit ditetapkan Prosedur Tetap (Protap) oleh Direktur.

Bagian Ketigabelas
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 93

- (1) Pembinaan Teknis dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan Keuangan dilakukan oleh Dinas Pendapatan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah.
- (3) Pengawasan dilakukan oleh Dewan Pengawas BLUD-Rumah Sakit.

Pasal 94

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 diarahkan untuk meningkatkan kinerja pelayanan dan keuangan dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di BLUD-Rumah Sakit.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (3) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati, Sekretaris Daerah dan Dewan Pengawas dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan dan teguran tertulis.

Pasal 95

Pengawasan operasional BLUD-Rumah Sakit dilakukan oleh Satuan Pengawas Intern.

Bagian Keempatbelas
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 96

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD-Rumah Sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan BLUD-Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategi Bisnis dan Rencana Bisnis Anggaran.

Bagian Kelimabelas
Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 97

- (1) Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, gedung, dan jalan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pengelolaan sumber daya lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan peningkatan mutu dan pelayanan pasien serta kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi BLUD-Rumah Sakit.

Bagian Keenambelas
Pengelolaan Lingkungan dan Limbah

Pasal 98

- (1) BLUD-Rumah Sakit wajib menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi pada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan, dan keselamatan.

Pasal 99

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah BLUD-Rumah Sakit.
- (2) Pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi limbah medis dan non medis.
- (3) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2), sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketujuhbelas
Pendanaan

Pasal 100

Pendanaan pelaksanaan kegiatan di Rumah Sakit, dapat bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Jawa Tengah, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Pendapatan BLUD-Rumah Sakit dan sumber lainnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

BAB III

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

Bagian Kesatu
Maksud dan Tujuan

Pasal 101

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf Bylaws*) dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis berbasis keselamatan pasien.

Pasal 102

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf Bylaws*) mempunyai tujuan:

- a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (*patient safety*);
- b. mengoptimalkan pelayanan berkualitas dan optimal yang terjangkau oleh masyarakat;
- c. menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi;
- d. memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medik; dan
- e. melaksanakan pelayanan administrasi dan informasi yang cepat dan akurat.

Bagian Kedua
Organisasi Staf Medis

Pasal 103

- (1) Organisasi staf medis merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan BLUD-Rumah Sakit.
- (2) Organisasi staf medis BLUD-Rumah Sakit bertanggungjawab dan berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di BLUD-Rumah Sakit dalam rangka membantu pencapaian tujuan Pemerintah Daerah di bidang kesehatan.

Pasal 104

Tugas Staf Medis Rumah Sakit adalah:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- b. membuat rekam medis secara faktual, tepat waktu, aktual dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan/ atau pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran; dan
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.
- f. mendukung pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit.

Pasal 105

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 104, Staf Medis Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.

Pasal 106

Staf Medis Rumah Sakit mempunyai kewajiban:

- a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medis;
- b. menyusun indikator mutu klinis; dan
- c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggota.

Pasal 107

Staf Medis memiliki tanggung jawab:

- a. memberikan rekomendasi kepada Direktur BLUD-Rumah Sakit melalui Ketua Komite Medis/Subkomite Kredensial terhadap permohonan penempatan dokter baru dan penempatan ulang dokter BLUD-Rumah Sakit;
- b. melakukan evaluasi penampilan kinerja praktik dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan kesempatan bagi para dokter untuk mengikuti pengembangan profesi berkelanjutan (*continuing professional development*);
- d. memberikan rekomendasi dan masukan kepada Direktur BLUD-Rumah Sakit melalui Ketua Komite Medis hal-hal yang terkait dengan praktik kedokteran;

- e. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur dan/ atau Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lainlain yang dianggap perlu;
- f. melakukan perbaikan (*updating*) standar prosedur operasional dan dokumen terkaitnya.

Bagian Ketiga
Pengangkatan, Pengangkatan Kembali
dan Penempatan Staf Medis

Pasal 108

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

Pasal 109

Untuk dapat diangkat sebagai Staf Medis BLUD-Rumah Sakit maka dokter atau dokter gigi harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP), kesehatan jasmani dan rohani yang laik (*fit*) untuk melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya serta memiliki perilaku yang baik.

Pasal 110

Bagi Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis dengan status Tenaga Non PNS sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan.

Pasal 111

Tatalaksana pengangkatan dan pengangkatan kembali Staf Medis Rumah Sakit adalah dengan mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur berdasarkan pertimbangan dari Komite Medik dapat mengabulkan atau menolak permohonan tersebut.

Pasal 112

Tata cara dan persyaratan pengangkatan dan pengangkatan kembali staf medis mengikuti tata cara yang berlaku pada standar profesi dan standar kompetensi masing-masing kelompok staf medis.

Pasal 113

- (1) Staf Medis BLUD-Rumah Sakit ditempatkan berdasarkan Keputusan Direktur.
- (2) Penempatan Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan setelah mempertimbangkan masukan dari Kelompok Staf Medis/Subkomite Kredensial.

Bagian Keempat Masa Kerja Staf Medis

Pasal 114

Masa kerja staf medis Rumah Sakit adalah:

- a. untuk Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil adalah sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan;
- b. untuk Staf Medis Non PNS adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat perbaharui kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;

Bagian Kelima Kategori Staf Medis

Pasal 115

Kategori staf medis adalah

- (1) Berdasarkan status kepegawaian terdiri dari dokter gigi/dokter tetap, dokter gigi/dokter paruh waktu, dan dokter gigi/dokter tamu.
- (2) Berdasarkan kompetensi terdiri dari dokter gigi/dokter spesialis konsultan, dokter gigi/dokter spesialis, dokter gigi / dokter umum, dokter gigi/dokter peserta program pendidikan spesialis.

Pasal 116

- (1) Dokter gigi /Dokter Tetap adalah dokter gigi /dokter yang diterima melalui proses rekrutmen ataupun mutasi oleh Pemerintah Kabupaten untuk Rumah Sakit sebagai pegawai tetap dan berkedudukan sebagai sub ordinat.
- (2) Dalam kedudukan sebagai sub ordinat, dokter gigi /dokter tetap bekerja untuk dan atas nama BLUD-Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada Rumah Sakit.
- (3) Dokter gigi/dokter tetap harus memiliki kualifikasi sesuai kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 117

- (1) Dokter gigi / dokter Paruh Waktu adalah Dokter gigi /Dokter yang bekerja tidak penuh waktu dalam seminggu.
- (2) Dokter gigi / dokter Paruh Waktu harus memiliki kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 118

- (1) Dokter gigi / Dokter Tamu adalah dokter yang karena keahliannya diundang secara khusus oleh BLUD-Rumah Sakit untuk menangani atau membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani oleh Staf Medis Fungsional yang ada atau untuk mendemonstrasikan suatu teknologi baru.
- (2) Dokter gigi / Dokter Tamu harus memiliki kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 119

- (1) Dokter gigi / Dokter Spesialis Konsultan adalah dokter gigi / dokter Spesialis yang telah lulus pendidikan dokter gigi/dokter spesialis jenjang II.
- (2) Dokter gigi / Dokter Spesialis adalah dokter gigi / dokter umum yang telah lulus pendidikan dokter gigi/dokter spesialis jenjang I.
- (3) Dokter gigi / Dokter Umum adalah tenaga medis yang telah lulus pendidikan fakultas kedokteran gigi / fakultas kedokteran.
- (4) Setiap Dokter gigi / Dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2) dan ayat (3) harus memiliki kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 120

- (1) Dokter gigi / Dokter peserta program pendidikan dokter gigi spesialis / dokter spesialis adalah Dokter gigi / Dokter yang secara sah diterima sebagai peserta program pendidikan dokter gigi / dokter spesialis, dan memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan.
- (2) Dokter gigi / dokter peserta program pendidikan dokter gigi spesialis / dokter spesialis harus memiliki kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 121

- (1) Dokter Staf Pengajar Klinis adalah Dokter yang mempunyai status tenaga pengajar, baik dari status kepegawaian departemen kesehatan, departemen pendidikan nasional atau institusi pendidikan kedokteran, yang dipekerjakan dan atau diperbantukan untuk menjadi pendidik klinis dan atau pengajar bagi peserta didik di bidang kesehatan.
- (2) Dokter Staf Pengajar harus Kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 122

- (1) Dokter Umum di Instalasi Gawat Darurat adalah Dokter Umum yang memberikan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh BLUD-Rumah Sakit.
- (2) Dokter Umum di pelayanan rawat inap adalah Dokter Umum yang memberikan pelayanan di Instalasi Rawat Inap sesuai tugas yang diberikan oleh BLUD-Rumah Sakit.
- (3) Dokter Umum di Instalasi Penunjang adalah Dokter Umum yang memberikan pelayanan di Instalasi Penunjang sesuai tugas yang diberikan oleh BLUD-Rumah Sakit.
- (4) Dokter Umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2) dan ayat (3) harus memiliki kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Keenam Kewenangan Klinis (*Clinical Privileges*) Staf Medis

Pasal 123

- (1) Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari staf medis yang bersangkutan dengan memperhatikan kondisi di rumah sakit.
- (3) Dalam hal ada kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari Kolegium terkait.

Pasal 124

Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 123 ayat (1) akan dievaluasi terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

Pasal 125

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya diperluas maka Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus disampaikan kepada pemohon.

Pasal 126

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan (*emergency care*) di luar kewenangan klinik reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Ketujuh Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Staf Medis

Pasal 127

Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki surat penugasan klinis dari Direktur berdasarkan rincian kewenangan klinis setiap staf medis (*delineation of clinical privilege*) yang direkomendasikan komite medik.

Bagian Kedelapan Penilaian dan evaluasi Staf Medis

Pasal 128

- (1) Penilaian kinerja staf medis yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan perundang-undangan.

Bagian Kesembilan Pembinaan staf medis

Pasal 129

- (1) Pembinaan administratif terhadap Staf Medis dilakukan oleh Direktur.
- (2) Pembinaan profesi terhadap Staf Medis Tetap, dilakukan oleh Komite Medik.

Pasal 130

- (1) Dalam pembinaan administratif Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 129 ayat (1), Direktur dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.
- (2) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (3) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan, selanjutnya Direktur dalam waktu 15 (lima belas) hari harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
- (4) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bersifat final.

Pasal 131

- (1) Dalam pembinaan profesi Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 129 ayat (2), Direktur dapat memberikan sanksi tindakan pendisiplinan perilaku profesional.
- (2) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat berupa:
 - a. peringatan tertulis;
 - b. limitasi (reduksi) kewenangan klinis;
 - c. bekerja di bawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
 - d. pencabutan kewenangan klinis sementara atau selamanya.
- (3) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik.

Bagian Kesepuluh Komite Medik

Pasal 132

- (1) Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Subkomite.
- (2) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya dapat terdiri dari:
 - a. ketua dan sekretaris tanpa subkomite; atau
 - b. ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota subkomite.

Pasal 133

- (1) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

Pasal 134

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

Pasal 135

Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medis adalah:

- a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
- b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
- c. peka terhadap perkembangan kerumah-sakitan;
- d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
- e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
- f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

Pasal 136

- (1) Sekretaris Komite Medis dijabat oleh seorang dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil.
- (2) Sekretaris Komite Medis dapat menjadi Ketua dari salah satu Sub Komite.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya, sekretaris Komite Medis dibantu oleh tenaga administrasi.

Pasal 137

- (1) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
 - 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.
- (3) Tiap-tiap subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertanggung jawab kepada komite medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan.

Bagian Kesebelas
Tugas, Fungsi dan Wewenang

Pasal 138

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.

Pasal 139

Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik menyelenggarakan 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; dan
 - 4. etika profesi.
- c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
- d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- d. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat.
- e. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
- f. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
- g. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

Pasal 140

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.

Pasal 141

Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis, komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
- c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
- d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 142

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

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

Bagian Keduabelas Hubungan Komite Medik dengan Direktur

Pasal 143

- (1) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Komite medik bertanggung jawab kepada Direktur, meliputi:
 - a. mutu pelayanan medis;
 - b. pembinaan etik kedokteran; dan
 - c. pengembangan profesi medis.

Bagian Ketigabelas Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 144

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite medik dilakukan oleh Direktur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

Bagian Keempatbelas
Subkomite Kredensial

Pasal 145

- (1) Tujuan umum penetapan subkomite kredensial adalah untuk melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit kredibel.
- (2) Tujuan khusus penetapan subkomite kredensial adalah:
 - 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 kepala/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.

Pasal 146

Tugas dan tanggungjawab subkomite kredensial adalah:

- a. melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis;
- b. membuat rekomendasi hasil review;
- c. membuat laporan kepada Komite Medis;
- d. melakukan review kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medis dalam rangka pemberian *clinical privileges*, *reappointments* dan penugasan staf medis pada unit kerja;
- e. membuat rencana kerja;
- f. melaksanakan rencana kerja;
- g. menyusun tata laksana dari instrumen kredensial;
- h. melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
- i. membuat laporan berkala kepada Komite Medis.

Pasal 147

Kewenangan subkomite kredensial adalah melaksanakan kegiatan kredensial dan rekredensial bagi setiap staf medis di Rumah Sakit secara adil, jujur, dan terbuka.

Pasal 148

- (1) Direktur menetapkan berbagai kebijakan dan prosedur bagi staf medis untuk memperoleh kewenangan klinis.
- (2) Tahapan pemberian kewenangan klinis bagi staf medis di Rumah Sakit meliputi:
 - 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. kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis
 - d. sub komite kredensial melakukan kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon;
 - e. komite medik menerbitkan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.

Pasal 149

- (1) 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*).
- (2) Subkomite kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panel atau panitia *ad-hoc* dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan.
- (3) pengkajian oleh subkomite kredensial meliputi elemen:
 - a. kompetensi:
 - 1) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 - 2) kognitif;
 - 3) afektif; dan
 - 4) psikomotor.
 - b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. perilaku etis (*ethical standing*).

Pasal 150

Daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) diperoleh dengan cara:

- a. menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
- b. mengkaji kewenangan klinis bagi Pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- c. mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.

Pasal 151

Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*), dengan rekomendasi berupa:

- a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
- b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
- c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
- d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
- e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; atau
- f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Pasal 152

Bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada komite medik melalui Direktur. Selanjutnya, komite medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

Pasal 153

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

Bagian Kelimabelas Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 154

Subkomite mutu profesi berperan dalam menjaga mutu profesi medis dengan tujuan:

- 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*);
- 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*).

Pasal 155

Tugas dan tanggung jawab Subkomite Peningkatan Mutu Profesi Medis adalah:

- a. membuat rencana atau program kerja;
- b. melaksanakan rencana atau jadual kegiatan;
- c. membuat panduan mutu pelayanan medis;
- d. melakukan pantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis;
- e. menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, output proses, dan outcome;
- f. melakukan koordinasi dengan Subkomite Peningkatan Mutu Rumah Sakit;
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 156

Kewenangan Subkomite Peningkatan Mutu Profesi Medis adalah melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi;

Pasal 157

Mekanisme kerja Subkomite Mutu Profesi meliputi:

- a. audit medis;
- b. merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
- c. memfasilitasi Proses Pendampingan (*Proctoring*) bagi Staf Medis yang membutuhkan.

Bagian Keenambelas Subkomite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 158

Subkomite etika dan disiplin profesi pada komite medik di rumah sakit dibentuk dengan tujuan:

- a. melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat (*unqualified*) dan tidak layak (*unfit/unproper*) untuk melakukan asuhan klinis (*clinical care*).
- b. memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medis di rumah sakit.

Pasal 159

Tugas dan tanggung jawab Subkomite Etika dan Disiplin Profesi adalah:

- a. membuat rencana kerja;
- b. melaksanakan rencana kerja;
- c. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
- d. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
- e. mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika;
- f. melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum rumah sakit; dan
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 160

Kewenangan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi adalah melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi.

Pasal 161

Mekanisme kerja subkomite mutu profesi meliputi:

- a. upaya Pendisiplinan Perilaku Profesional;
- b. pembinaan Profesionalisme Kedokteran; dan
- c. pertimbangan Keputusan Etis.

Bagian Ketujuhbelas Rapat

Pasal 162

(1) Rapat Komite Medik terdiri dari:

- a. rapat rutin bulanan, dilakukan minimal sekali setiap bulan;
- b. rapat rutin bersama semua Kelompok Staf Medis dan atau dengan semua staf medis dilakukan minimal sekali setiap bulan;
- c. rapat bersama Direktur dan Wakil Direktur Pelayanan dilakukan minimal sekali setiap bulan;
- d. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sifatnya sangat urgen; dan
- e. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.

(2) Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medis, dalam hal Ketua berhalangan dan kuorum telah tercapai maka anggota staf medis dan atau komite medis dapat memilih pejabat ketua untuk memimpin rapat.

- (3) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medis atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.
- (4) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 163

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

Pasal 164

- (1) Rapat tahunan Komite Medis diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medis wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas hari) sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 165

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh Direktur, Wakil Direktur Pelayanan, Direktur Umum dan Keuangan, dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.

Pasal 166

- (1) Keputusan rapat Kelompok Staf Medis dan atau Komite Medis didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medis yang hadir.

Pasal 167

- (1) Direktur rumah sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolakny usulan tersebut.

Pasal 168

- (1) Setiap rapat komite medik berhak dihadiri oleh seluruh pengurus komite medik.
- (2) Rapat dipimpin oleh ketua komite medik atau yang ditunjuk oleh ketua komite medik.
- (3) Setiap peserta rapat wajib mengikuti rapat sampai selesai.
- (4) Setiap peserta rapat hanya dapat meninggalkan rapat dengan seijin pimpinan rapat.
- (5) Setiap peserta wajib menjaga ketertiban selama rapat berlangsung.
- (6) Hal-hal lain yang menyangkut teknis tata tertib rapat akan ditetapkan oleh ketua sebelum rapat dimulai.

Pasal 169

- (1) Setiap rapat harus dibuat notulennya.
- (2) Semua notulen rapat komite medis dicatat oleh sekretaris komite medik atau penggantinya yang ditunjuk.

- (3) Notulen akan diedarkan kepada semua peserta rapat yang berhak hadir sebelum rapat berikutnya.
- (4) Notulen rapat tidak boleh dirubah kecuali untuk hal-hal yang berkaitan dengan keakuratan notulen tersebut.
- (5) Notulen rapat ditandatangani oleh ketua komite medik, dan diberlakukan sebagai dokumen yang sah.
- (6) Sekretaris memberikan salinan notulen kepada direktur paling lambat satu minggu setelah ditandatangani oleh ketua Komite Medis.

Bagian Kedelapanbelas
Kerahasiaan Dan Informasi Medis

Pasal 170

- (1) Rumah Sakit :
 - a. berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku di rumah sakit;
 - b. wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - c. dapat memberikan isi rekam medik kepada pasien ataupun pihak lain atas ijin pasien secara tertulis; dan
 - d. dapat memberikan isi dokumen rekam medis untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dokter rumah sakit:
 - a. berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;
 - b. wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
 - c. wajib menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika hukum dan kedokteran.
- (3) Pasien rumah sakit:
 - a. berhak mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lain-lain hal yang berkaitan dengan pasien;
 - b. wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya;
 - c. berhak mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan dokter, yaitu:
 1. diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medis;
 2. tujuan tindakan medis;

3. tata cara tindakan medis;
 4. alternatif tindakan lain jika ada;
 5. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 6. akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan;
 7. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan; dan
 8. risiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medis.
- d. berhak meminta konsultasi kepada dokter lain (*second opinion*) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawat; dan
 - e. berhak mendapatkan isi rekam medis.

BAB IV

PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN (NURSING STAF BYLAWS)

Bagian Kesatu Maksud dan Tujuan

Pasal 171

Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*) dibuat dengan maksud agar Komite Keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme Kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.

Pasal 172

Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*) mempunyai tujuan:

- a. mewujudkan profesionalisme perawat di Rumah Sakit;
- b. mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di Rumah Sakit;
- c. menegakan etik dan disiplin profesi perawat di Rumah Sakit;
- d. memberikan dasar hukum bagi mitra bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Keperawatan;
- e. agar staf keperawatan rumah sakit terorganisir secara baik, dan memiliki peran, tugas serta kewenangan yang jelas.

Bagian Kedua Kelompok Staf Keperawatan

Pasal 173

- (1) Pengorganisasian Staf keperawatan di Rumah Sakit dilakukan dengan pembentukan Kelompok Staf Fungsional Keperawatan berdasarkan Unit Kerja.

- (2) Kelompok Staf Fungsional Keperawatan dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Kelompok Staf Fungsional Keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Kelompok Staf Fungsional Keperawatan merupakan kelompok yang mengkoordinasikan pelayanan profesi Keperawatan.

Pasal 174

Tujuan pengorganisasian staf keperawatan adalah agar staf fungsional keperawatan di rumah sakit dapat fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas, efisien dan bertanggung jawab.

Pasal 175

- (1) Kelompok Staf Fungsional Keperawatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 173 terdiri dari:
 - a. Kelompok Staf Fungsional Keperawatan Rawat Jalan;
 - b. Kelompok Staf Fungsional Keperawatan Rawat Inap;
 - c. Kelompok Staf Fungsional Keperawatan Maternitas;
 - d. Kelompok Staf Fungsional Kebidanan;
 - e. Kelompok Staf Fungsional Keperawatan Gadar Kritis;
 - f. Kelompok Staf Fungsional Keperawatan Anestesi;
 - g. Kelompok Staf Fungsional Keperawatan Tindakan Khusus dan Perawat Kamar Bedah;
- (2) Kelompok Staf Fungsional Keperawatan Rawat Jalan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan kelompok perawat yang memiliki kompetensi di Instalasi Rawat Jalan.
- (3) Kelompok Staf Fungsional Keperawatan Rawat Inap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan kelompok perawat yang memiliki kompetensi di Instalasi Rawat Inap.
- (4) Kelompok Staf Fungsional Keperawatan Maternitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan kelompok perawat yang memiliki kompetensi di bidang maternitas.
- (5) Kelompok Staf Fungsional Kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan kelompok staf Fungsional yang memiliki kompetensi di bidang Kebidanan
- (6) Kelompok Staf Fungsional Keperawatan Gadar dan Kritis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e merupakan kelompok perawat yang memiliki kompetensi di bidang kegawat daruratan dan keperawatan kritis (IGD, HCU, ICU, PICU, NICU).

- (7) Kelompok Staf Fungsional Keperawatan Anestesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f merupakan kelompok perawat yang memiliki kompetensi di bidang anestesi.
- (8) Kelompok Staf Fungsional Keperawatan Khusus dan Perawat Kamar Bedah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g merupakan kelompok perawat yang memiliki kompetensi di bidang tindakan khusus hemodialisa dan Perawat Kamar Bedah.
- (9) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan Kelompok Staf Fungsional Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketiga Keanggotaan Kelompok Staf Fungsional Keperawatan

Pasal 176

- (1) Seluruh staf keperawatan baik PNS atau Non PNS wajib menjadi Anggota Kelompok Staf Fungsional Keperawatan kecuali Perawat magang.
- (2) Kebutuhan setiap keanggotaan Kelompok Staf Fungsional Keperawatan sesuai dengan analisa, kebutuhan tenaga dan kompetensi staf keperawatan.
- (3) Penempatan staf keperawatan ke dalam Kelompok Staf Fungsional Keperawatan ditetapkan dengan surat keputusan Direktur.
- (4) Setiap Kelompok Staf Fungsional Keperawatan dipimpin oleh seorang Ketua KSF Keperawatan yang ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.

Bagian Keempat Pengangkatan dan Pemberhentian Anggota Kelompok Staf Fungsional Keperawatan

Pasal 177

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Anggota KSF Keperawatan ditetapkan dengan keputusan Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (2) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian KSF Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 178

- (1) Pemberhentian staf keperawatan sebagai Anggota KSF Keperawatan berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian menetap.

- (2) Pemberhentian menetap apabila:
- kondisi fisik dan atau mental staf keperawatan yang bersangkutan bila tidak mampu lagi secara menetap melakukan tindakan keperawatan, berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Kesehatan yang berwenang;
 - melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh Organisasi Profesi dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi secara tetap/selamanya;
 - berakhir masa perjanjian kerja dan tidak diperpanjang; atau
 - tidak disetujui untuk diangkat kembali sebagai anggota KSF Keperawatan.
- (3) Pemberhentian sementara apabila:
- kondisi fisik staf keperawatan yang bersangkutan tidak mampu melakukan tindakan keperawatan lebih dari 3 (tiga) bulan atau karena penyakit yang membutuhkan istirahat;
 - melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh Organisasi Profesi dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi sementara;
 - melakukan pelanggaran disiplin profesi keperawatan atau peraturan lain yang terkait; atau
 - dicabut kewenangan klinisnya;
 - ijin praktek di Rumah Sakit sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada;
 - tidak memenuhi standar kompetensi sesuai dengan profesinya;
 - staf keperawatan yang memasuki usia pensiun namun berdasarkan pertimbangan Direktur yang bersangkutan masih dapat diangkat sebagai Anggota Kelompok Staf Fungsional Keperawatan / yang masih dalam proses pertimbangan untuk pengangkatan kembali sebagai Anggota Kelompok Staf Fungsional Keperawatan;
 - berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; atau
 - cuti diluar tanggungan negara sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS).

Pasal 179

- Pengangkatan kembali staf keperawatan sebagai Anggota KSF Keperawatan diberlakukan bagi staf keperawatan yang selesai menjalani pemberhentian sementara.
- Pengangkatan kembali staf keperawatan sebagai Anggota KSF Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyampaikan:

- a. surat permohonan dari yang bersangkutan dan atau rekomendasi tertulis dari Ketua Kelompok Staf Fungsional Keperawatan terkait;
 - b. foto copi Surat Tanda Registrasi (STR) dari Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI);
 - c. foto copi Surat Ijin Praktek;
 - d. surat keterangan sehat;
 - e. surat pernyataan sanggup mematuhi dan melaksanakan etika profesi;
 - f. surat pernyataan sanggup mematuhi segala peraturan yang berlaku di lingkungan Rumah Sakit.
- (3) Apabila diperlukan dapat diminta kajian dan rekomendasi dari Komite Keperawatan untuk pengangkatan kembali anggota Kelompok Staf Fungsional Keperawatan.
- (4) Direktur dalam waktu 30 hari kerja harus mengeluarkan keputusan persetujuan atau penolakan.

Bagian Kelima
Kepala Ruang

Pasal 180

- (1) Setiap Unit Kerja Keperawatan dipimpin oleh seorang Kepala Ruang yang ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Dalam menentukan Kepala Ruang Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Anggota Direksi, Komite Keperawatan, Kepala Bidang Keperawatan, dan Kepala Instalasi.
- (3) Penetapan sebagai Kepala Ruang Keperawatan dengan surat keputusan Direktur diperbaharui setiap 5 (lima) tahun.
- (4) Kriteria dan Tata cara pengangkatan Kepala Ruang Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keenam
Tugas dan Wewenang Kepala Ruang Keperawatan

Pasal 181

- (1) Kepala Ruang Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 180 mempunyai tugas:
 - a. mengusulkan uraian tugas dan tata kerja Anggota Staf Ruang Keperawatan untuk ditetapkan oleh Bidang Pelayanan;
 - b. mengkoordinasikan semua kegiatan Anggota Staf Ruang Keperawatan dalam hal:

- 1) pengusulan prosedur pelayanan yang berhubungan dengan administrasi pelayanan keperawatan yang meliputi pengaturan tugas jaga untuk ditetapkan Bidang Pelayanan;
 - 2) membuat usulan program peningkatan keilmuan dan ketrampilan semua Anggota Staf Ruang Keperawatan serta program peningkatan dan pengembangan pelayanan kepada Bidang Pelayanan
 - c. membantu Bidang Pelayanan dalam membina Anggota Staf Ruang Keperawatan, dalam hal:
 - 1) Pemantauan penampilan kinerja pelayanan keperawatan Anggota Staf Ruang Keperawatan berdasarkan data yang komprehensif; dan
 - 2) pemberian laporan secara tertib dan teratur kepada Bidang Pelayanan setelah melalui pembahasan bersama Anggota Staf Ruang Keperawatan antara lain mengenai pemantauan indikator mutu pelayanan, hasil evaluasi kinerja tenaga keperawatan, pelaksanaan program pengembangan pelayanan dan pengembangan Anggota Staf Ruang Keperawatan.
- (2) Kepala Ruang Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 180 berwenang:
- a. memberikan masukan kepada Bidang Pelayanan serta Komite Keperawatan dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi dalam pelayanan keperawatan yang berhubungan dengan praktik keperawatan;
 - b. mengkoordinasikan anggota Staf Ruang Keperawatan agar pelayanan keperawatan berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku;
 - c. memberikan masukan kepada Bidang Pelayanan melalui Komite Keperawatan mengenai penerimaan calon staf keperawatan baru.
- (3) Untuk mendukung kelancaran tugas Kepala Ruang Keperawatan, dapat ditunjuk Anggota Staf Ruang Keperawatan sebagai Ketua Tim dengan keputusan Direktur.

Bagian Ketujuh Hak dan Kewajiban Staf Keperawatan

Pasal 182

- (1) Staf keperawatan dalam menjalankan tugas profesi/praktik keperawatan di Rumah Sakit bertanggung jawab kepada profesi dan hukum secara mandiri.
- (2) Staf keperawatan secara administratif manajerial bertanggung jawab kepada Bidang Pelayanan dan secara teknis profesi bertanggung jawab kepada Komite Keperawatan.
- (3) Hak dan kewajiban staf keperawatan sebagai pegawai dan sebagai tenaga profesi di Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku.

Bagian Kedelapan
Tugas Staf Keperawatan

Pasal 183

- (1) Tugas staf keperawatan :
 - a. melaksanakan kegiatan profesi yang terkait dengan asuhan keperawatan dan atau asuhan kebidanan;
 - b. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan dan atau pelatihan berkelanjutan;
 - c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan serta standar etika dan disiplin yang sudah ditetapkan;
 - d. Menyusun, Mengumpulkan, Menganalisis Dan Membuat Laporan Pemantauan Indikator Kinerja.
- (2) Fungsi staf keperawatan secara perorangan adalah sebagai pelaksana pelayanan asuhan keperawatan dan atau asuhan kebidanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang keperawatan.

Bagian Kesembilan
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 184

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf keperawatan yang dilakukan oleh Direktorat berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf keperawatan meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi, disiplin pegawai dan motivasi kerja.
- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Keperawatan.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan, disiplin pegawai dan motivasi kerja dilakukan oleh Bidang Pelayanan

Pasal 185

- (1) Pembinaan dan pengawasan terkait kewenangan klinis dilakukan dengan investigasi.
- (2) Rekomendasi hasil investigasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa:
 - a. penjatuhan teguran tertulis untuk pelanggaran ringan;
 - b. pembatasan kewenangan klinis, paling lama 6 (enam) bulan untuk pelanggaran sedang;
 - b. pembatasan kewenangan klinis, paling lama 1 (satu) tahun untuk pelanggaran berat.

- (3) Pembinaan dan pengawasan terkait mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan dengan audit keperawatan, yang diarahkan untuk:
 - a. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh staf keperawatan;
 - b. meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf keperawatan;
 - c. melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf keperawatan.

Pasal 186

Tata cara pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 184 terhadap staf keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Komite Keperawatan.

Bagian Kesepuluh Mitra Bestari

Pasal 187

- (1) Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok Staf Fungsional Keperawatan dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi keperawatan termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Keanggotaan Mitra Bestari tidak terbatas dari staf keperawatan yang ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan perawat spesialis, kolegium perawat spesialis, organisasi profesi dan atau institusi pendidikan keperawatan.
- (3) Mitra Bestari dapat ditunjuk sebagai Panitia *Adhoc* untuk membantu Komite Keperawatan melakukan kredensial, penjaminan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.
- (4) Penetapan Mitra Bestari sebagai Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan keputusan Direktur atas usulan Komite Keperawatan.

Bagian Kesebelas Kewenangan Klinis

Pasal 188

- (1) Kewenangan Klinis seorang staf keperawatan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Keperawatan.

- (2) Penetapan kewenangan klinis oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan melalui penerbitan penugasan klinis.
- (3) Kewenangan klinis setiap staf keperawatan dapat saling berbeda walaupun memiliki spesialisasi yang sama.
- (4) Tanpa kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf keperawatan tidak dapat menjadi anggota Kelompok Staf Fungsional Keperawatan.
- (5) Kewenangan klinis diberikan kepada staf keperawatan berdasarkan pertimbangan antara lain:
 - a. *clinical appraisal* (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
 - b. standar profesi dari organisasi profesi;
 - c. standar pendidikan;
 - d. standar kompetensi dari kolegium.

Pasal 189

- (1) Rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi setiap jenis pelayanan keperawatan yang disebut buku putih (*white paper*) ditetapkan oleh Komite Keperawatan dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (2) Dalam hal dijumpai kesulitan menentukan kewenangan klinis dan atau apabila suatu pelayanan keperawatan dapat dilakukan oleh staf keperawatan dari jenis spesialisasi yang berbeda maka untuk pelayanan keperawatan tertentu Komite Keperawatan dapat meminta informasi atau pendapat dari Mitra Bestari.

Pasal 190

- (1) Kewenangan klinis yang diberikan kepada staf keperawatan disesuaikan dengan kategori jenjang klinis keperawatan.
- (2) Jenjang klinis keperawatan terdiri dari :
 - a. Jenjang perawat Klinik 1;
 - b. Jenjang perawat Klinik 2;
 - c. Jenjang perawat Klinik 3;
 - d. Jenjang perawat Klinik 4; dan
 - e. Jenjang perawat Klinik 5.

Pasal 191

- (1) Kewenangan klinis staf keperawatan terdiri atas:
 - a. Kewenangan klinis umum;
 - b. Kewenangan klinis khusus; dan
 - c. Kewenangan klinis istimewa.

- (2) Kewenangan klinis umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi yang dimiliki dan sesuai jenjang keperawatan klinis yang dimiliki.
- (3) Kewenangan klinis khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan area kerja/penugasan yang ditetapkan oleh Kepala/Direktur Rumah Sakit.
- (4) Kewenangan klinis istimewa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c diberikan kepada tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi tertentu yang dimiliki oleh tenaga keperawatan dengan mempertimbangkan resiko pelayanan dan teknologi yang digunakan.

Pasal 192

Kewenangan klinis seorang staf keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 188 dapat dievaluasi secara berkala untuk menentukan kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut oleh Direktur.

Pasal 193

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf keperawatan yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Sesuai dengan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) maka Direktur akan meminta Komite Keperawatan untuk melakukan rekredensial.
- (3) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan dituangkan pada penugasan klinis dalam bentuk Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.
- (5) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditanda tangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.

Bagian Keduabelas
Penugasan Klinis

Pasal 194

- (1) Penugasan klinis diterbitkan kepada seorang staf keperawatan setelah melalui proses kredensial dan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat kewenangan klinis yang diberikan kepada seorang staf keperawatan dan tempat yang bersangkutan untuk dapat melaksanakan tugas.
- (3) Penugasan klinis ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Pasal 195

- (1) Penugasan klinis seorang staf keperawatan hanya dapat ditetapkan apabila:
 - a. mempunyai Surat Ijin Praktik dan Surat Tanda Registrasi (STR) sesuai ketentuan perundang-undangan;
 - b. memenuhi syarat sebagai staf keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
 - c. bersedia memenuhi segala permintaan rumah sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan keperawatan dengan mengacu pada standar prosedur operasional (SPO), dan standar administrasi yang berlaku di rumah sakit; dan
 - d. bersedia mematuhi etika keperawatan yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri.
- (2) Penugasan klinis berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (3) Penugasan klinis dapat berakhir sebelum jangka waktu berakhirnya dalam hal:
 - a. ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku;
 - b. kondisi fisik atau mental staf keperawatan yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan keperawatan;
 - c. staf keperawatan tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis yang dicantumkan dalam penugasan klinis;
 - d. staf keperawatan telah melakukan tindakan yang tidak profesional atau perilaku menyimpang lainnya;
 - e. staf keperawatan diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
 - f. staf keperawatan diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan rumah sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

Bagian Ketigabelas
Delegasi dan Mandat Tindakan Medik

Pasal 196

- (1) Kewenangan tenaga keperawatan untuk melakukan tindakan medik yang merupakan delegasi dari tenaga medis hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki kewenangan klinis tertentu berdasarkan hasil kredensial Sub Komite Kredensial.
- (2) Kewenangan tenaga keperawatan untuk melakukan tindakan medik yang merupakan mandat dari tenaga medis hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki kewenangan klinis tertentu berdasarkan hasil kredensial Sub Komite Kredensial.
- (3) Tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tetap menjadi tanggung jawab tenaga medis yang memberikan delegasi.
- (4) Tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2), menjadi tanggung jawab pelaksana tindakan.

Bagian Keempatbelas
Komite Keperawatan

Paragraf 1
Kedudukan Komite Keperawatan

Pasal 197

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Komite Keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas, fungsi dan wewenang Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 2
Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan

Pasal 198

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sebagai berikut:
 - a. Ketua Komite Keperawatan
 - b. Sekretaris Komite Keperawatan
 - c. Anggota Komite Keperawatan yang terdiri dari:
 - 1). Sub Komite Kredensial;
 - 2). Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan;
 - 3). Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

Pasal 199

- (1) Seseorang yang dapat diangkat menjadi anggota/personalia Komite Keperawatan ialah staf keperawatan yang ditunjuk langsung oleh Direktur
- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan :
 - a. sikap profesional;
 - b. reputasi;
 - c. perilaku; dan
 - d. memperhatikan usulan dari Kelompok Staf Fungsional Keperawatan.
- (3) Ketua Komite Keperawatan ditunjuk oleh Direktur.
- (4) Sekretaris Komite Keperawatan, Anggota Komite Keperawatan, Ketua Sub Komite, Anggota Sub Komite, dan Sekretaris Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Keperawatan.
- (5) Pengangkatan dan pemberhentian anggota/personalia Komite Keperawatan ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Pasal 200

- (1) Persyaratan Ketua Komite Keperawatan:
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan perumahsakit;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
- (2) Dalam menentukan Ketua Komite Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan Pengawas.

Paragraf 3

Tugas, Fungsi dan Wewenang Komite Keperawatan

Pasal 201

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di rumah sakit;

- b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Pedoman pelaksanaan tugas Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 202

- (1) Dalam melaksanakan tugas kredensial, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. penyusunan daftar kewenangan klinis dan persyaratan setiap jenis pelayanan keperawatan;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi;
 - c. pengevaluasian data pendidikan profesional keperawatan berkelanjutan;
 - d. penilaian dan pemberian rekomendasi kewenangan klinis yang adekuat.
- (2) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. berperan menjaga mutu profesi keperawatan dengan memastikan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan oleh staf keperawatan melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*);
 - b. pendidikan dan pengembangan profesi berkelanjutan dengan memberikan rekomendasi pendidikan, pertemuan ilmiah internal dan kegiatan eksternal; dan
 - c. pendampingan (*proctoring*) terhadap staf keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf keperawatan Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi keperawatan;
 - b. pemeriksaan staf keperawatan yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku staf keperawatan; dan
 - d. pemberian pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis.

Pasal 203

- Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Keperawatan berwenang:
- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);

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

Pasal 204

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia *ad hoc* dari mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 4 Rapat-Rapat

Pasal 205

- (1) Rapat Komite Keperawatan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Keperawatan untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan keprofesian tenaga keperawatan sesuai tugas dan kewajibannya.
- (2) Rapat Komite Keperawatan terdiri dari rapat rutin, rapat dengan Bidang Keperawatan, dan rapat khusus.
- (3) Peserta rapat Komite Keperawatan selain Anggota Komite Keperawatan, apabila diperlukan dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang terkait dengan agenda rapat, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit yang ditentukan oleh Komite Keperawatan.
- (4) Setiap rapat Komite Keperawatan dibuat risalah rapat.
- (5) Mekanisme pelaksanaan rapat Komite Keperawatan diatur dalam pedoman rapat Komite Keperawatan.

Pasal 206

- (1) Rapat Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 205 ayat (2) adalah sebagai berikut:
 - a. rapat rutin merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, melakukan klarifikasi, mencari alternatif solusi berbagai masalah pelayanan keperawatan dan membuat usulan tentang kebijakan pelayanan keperawatan;
 - b. rapat rutin diselenggarakan terjadwal paling sedikit 2 (dua) kali dalam 1 (satu) bulan dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan;
 - c. risalah rapat rutin disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat rutin berikutnya.

- (2) Rapat Komite Keperawatan dengan Bidang Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 205 ayat (2):
- rapat dengan Bidang Pelayanan diselenggarakan terjadual paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan dan Bidang Pelayanan;
 - rapat bertujuan untuk menginternalisasikan kebijakan dan peraturan-peraturan yang berhubungan dengan profesi dan pelayanan keperawatan, mendiskusikan berbagai masalah pelayanan keperawatan, sumber daya manusia, sarana dan prasarana, keuangan serta menampung usulan tentang kebijakan pelayanan keperawatan;
 - risalah rapat dengan Bidang Pelayanan disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat dengan Bidang Pelayanan berikutnya.
- (3) Rapat khusus Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 205 ayat (2):
- rapat khusus diselenggarakan atas permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Komite Keperawatan;
 - rapat khusus bertujuan untuk membahas masalah mendesak/penting yang segera memerlukan penetapan/keputusan Direktur;
 - undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Komite Keperawatan kepada peserta rapat melalui telepon sebelum rapat diselenggarakan, dengan memberitahukan agenda rapat.
- (4) Pimpinan rapat Komite Keperawatan:
- setiap rapat Komite Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan, apabila Ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat, bila kuorum telah tercapai, maka Anggota Komite Keperawatan yang hadir dapat memilih pimpinan rapat;
 - pimpinan rapat sebagaimana dimaksud pada huruf a, berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Komite Keperawatan.
- (5) Kuorum:
- dalam hal untuk pengambilan keputusan, rapat Komite Keperawatan hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai;
 - kuorum dianggap tercapai bila $\frac{1}{2}$ (setengah) ditambah 1 (satu) orang dari jumlah seluruh anggota Komite Keperawatan hadir;
 - dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu satu jam dari waktu yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilaksanakan pada tempat, hari dan jam yang disepakati paling lambat dalam waktu 2x24 jam;
 - dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu satu jam dari waktu rapat yang telah ditentukan sebagaimana dimaksud pada huruf c, maka rapat dapat dilaksanakan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Komite Keperawatan berikutnya.

- (6) Pengambilan putusan rapat:
- a. pengambilan putusan rapat Komite Keperawatan berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*);
 - b. dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak;
 - c. apabila belum mendapat kesepakatan maka pimpinan rapat menyampaikan hasil rapat kepada Direktur untuk diputuskan;
 - d. keputusan rapat Komite Keperawatan merupakan sebuah rekomendasi yang diberikan kepada Direktur.

Bagian Kelimabelas
Subkomite Kredensial

Paragraf 1
Pengorganisasian SubKomite Kredensial

Pasal 207

- (2) Pengorganisasian Subkomite kredensial terdiri dari
- a. Ketua ;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. anggota.
- (2) Anggota/personalia Subkomite kredensial terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki penugasan klinis.
- (3) Subkomite kredensial berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.

Paragraf 2
Tugas dan wewenang SubKomite Kredensial

Pasal 208

Tugas Subkomite kredensial 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.
- d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan.

- e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan.
- f. Subkomite membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke Direktur Rumah Sakit.

Pasal 209

Dalam melaksanakan tugasnya, Subkomite kredensial memiliki kewenangan memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis untuk memperoleh surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*).

Paragraf 3 Kredensial dan Rekredensial

Pasal 210

- (1) Instrumen kredensial dan rekredensial antara lain adalah daftar rincian kewenangan klinis setiap spesialisasi, buku putih (*white paper*) untuk setiap pelayanan keperawatan dan daftar mitra bestari.
- (2) Proses kredensial dan rekredensial meliputi pemeriksaan dan pengkajian elemen:
 - a. Kompetensi:
 - 1) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang berlaku;
 - 2) kognitif;
 - 3) afektif;
 - 4) psikomotor.
 - b. Kompetensi fisik;
 - c. Kompetensi mental/perilaku;
 - d. Perilaku etis (*ethical standing*).
- (3) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur dan terdokumentasi.
- (4) Dalam melakukan pengkajian dapat membentuk panel atau panitia *adhoc* atau melibatkan Mitra Bestari.
- (5) Hasil kredensial berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

Pasal 211

- (1) Rekredensial terhadap staf keperawatan dilakukan dalam hal:
 - a. penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf keperawatan telah habis masa berlakunya;
 - b. staf keperawatan yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. staf keperawatan yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.

- (2) Rekomendasi hasil rekredensial berupa:
- a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; atau
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Bagian Keenambelas
Subkomite Mutu Profesi

Paragraf 1
Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 212

- (1) Pengorganisasian Sub komite mutu profesi terdiri dari
- a. ketua,
 - b. sekretaris, dan
 - c. anggota.
- (2) Anggota/personalia Sub komite mutu profesi terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki penugasan klinis.
- (3) Sub komite mutu profesi berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.

Paragraf 2
Tugas Dan Wewenang Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 213

Tugas Sub komite mutu profesi adalah sebagai berikut:

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

Pasal 214

Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 213, Sub komite mutu profesi mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan, pendidikan keperawatan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan.

Paragraf 3
Audit Keperawatan

Pasal 215

- (1) Audit keperawatan dilakukan secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan audit keperawatan menggunakan catatan asuhan keperawatan dan/atau kebidanan yang dibuat oleh staf keperawatan.
- (3) Hasil dari Audit keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi:
 1. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap mutu asuhan keperawatan.
 2. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf keperawatan;
 3. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 4. sebagai dasar bagi Komite Keperawatan dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 5. sebagai dasar bagi Komite Keperawatan dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

Paragraf 4
Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan

Pasal 216

- (1) Subkomite mutu profesi memberikan rekomendasi atau persetujuan Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan baik yang merupakan program rumah sakit maupun atas permintaan staf keperawatan sebagai usulan kepada Direktur;
- (2) Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan dilakukan dengan:
 - a. menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing Kelompok Staf Fungsional Keperawatan;
 - b. mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus antara lain, kasus keselamatan pasien, kasus sulit, maupun kasus langka;
 - c. menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf keperawatan setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;

- d. bersama-sama dengan Kelompok Staf Fungsional Keperawatan menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang melibatkan staf keperawatan sebagai narasumber dan peserta aktif;
- e. bersama dengan Bagian Pendidikan & Penelitian memfasilitasi kegiatan ilmiah dan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.

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

Paragraf 5 Pendampingan (*proctoring*)

Pasal 217

- (1) Pelaksanaan pendampingan (*proctoring*) dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi staf keperawatan yang dijatuhi sanksi disiplin atau pengurangan kewenangan klinis.
- (2) Staf keperawatan yang akan memberikan pendampingan (*proctoring*) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) difasilitasi dan dikoordinasikan oleh Direktur.
- (4) Hasil pendampingan (*proctoring*) berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis dan penugasan klinis seorang staf keperawatan.

Bagian Ketujuhbelas Subkomite Etik Dan Disiplin Profesi

Paragraf 1 Pengorganisasian Sub Komite etik dan disiplin profesi

Pasal 218

- (1) Anggota/personalia Sub Komite etik dan disiplin profesi terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki penugasan klinis.
- (2) Sub Komite etik dan disiplin profesi terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. anggota.
- (3) Sub Komite etik dan disiplin profesi berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.

Paragraf 2
Tugas dan Wewenang Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

Pasal 219

Tugas Sub Komite Etik dan disiplin profesi:

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

Pasal 220

Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite 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 3
Pendisiplinan Profesi

Pasal 221

- (1) Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf keperawatan, antara lain:
 - a. pedoman pelayanan keperawatan 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 keperawatan (*white paper*) di rumah sakit;
 - e. kode etik keperawatan Indonesia; dan
 - f. pedoman perilaku profesional;
 - g. pedoman pelanggaran disiplin keperawatan yang berlaku di Indonesia;
 - h. pedoman pelayanan medik/klinik;
 - i. standar prosedur operasional asuhan keperawatan.
- (2) Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf keperawatan berupa:
 - 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 keperawatan tersebut; dan
 - d. pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
- (3) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional ditetapkan oleh Komite Keperawatan.

Pasal 222

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Sub Komite etik dan disiplin profesi.
- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri 3 (tiga) orang staf keperawatan atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari Sub Komite etik dan disiplin profesi;
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf keperawatandengan kompetensi yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau dari luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Keperawatan dengan persetujuan Direktur atau atas permintaan Direktur rumah sakit terlapor.
- (3) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
- (4) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan.

Paragraf 4 Pembinaan Profesi

Pasal 223

- (1) Pembinaan profesionalisme staf keperawatan dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, symposium atau lokakarya.
- (2) Staf keperawatan dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit kepada Komite Keperawatan melalui Kepala Ruangan Keperawatan.
- (3) Sub Komite etik dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Bagian Kedelapanbelas
Tata Kelola Klinis

Pasal 224

- (1) Semua pelayanan keperawatan dilakukan oleh setiap staf keperawatan di Rumah Sakit berdasarkan penugasan klinis dari Direktur.
- (2) Dalam keadaan kegawatdaruratan staf keperawatan dapat diberikan penugasan klinis untuk melakukan asuhan keperawatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.
- (3) Masing-masing Kelompok Staf Fungsional Keperawatan wajib membuat pedoman pelayanan keperawatan, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya.
- (4) Kebijakan teknis operasional pelayanan keperawatan tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) ini.
- (5) Dalam melaksanakan tugas, wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik di lingkungannya maupun dengan Kelompok Staf Fungsional Keperawatan lain atau instansi lain yang terkait.
- (6) Untuk menangani pelayanan keperawatan tertentu, Direktur dapat membentuk panitia atau kelompok kerja.
- (7) Setiap Kepala Ruang Keperawatan wajib membantu Bidang Keperawatan serta Komite Keperawatan melakukan bimbingan, pembinaan dan pengawasan terhadap anggotanya.
- (8) Peraturan pelaksanaan tata kelola klinis ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kesembilanbelas
Review Dan Perubahan

Pasal 225

- (1) Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff ByLaws*) secara berkala sekurang-kurangnya setiap 3 (tiga) tahun dievaluasi, ditinjau kembali, disesuaikan dengan perkembangan profesi keperawatan dan kondisi rumah sakit.
- (2) Perubahan dapat dilakukan dengan menambah pasal baru (*Addendum*) dan atau mengubah pasal yang telah ada (*Amandemen*) yang merupakan satu kesatuan tidak terpisahkan dari Peraturan Internal ini.
- (3) Mekanisme review dan perubahan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keduapuluh
Ketentuan Penutup

Pasal 226

- (1) Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff ByLaws*) ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.
- (2) Kebijakan teknis operasional, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya harus disesuaikan dengan Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff ByLaws*) ini.
- (3) Semua peraturan rumah sakit yang dilaksanakan sebelum berlakunya Peraturan Internal ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff ByLaws*) ini.

BAB V

MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 227

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) dilakukan monitoring dan evaluasi setiap 2 (dua) tahun sesuai perkembangan Rumah Sakit.
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), akan dilaksanakan oleh Rumah Sakit.

BAB VI

KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 228

- (1) Untuk kepentingan operasional Rumah Sakit digunakan stempel atas nama Rumah Sakit.
- (2) Pembuatan dan penggunaan stempel sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan sesuai ketentuan tata naskah dinas yang berlaku di lingkungan Pemerintah Daerah.
- (3) Direktur bertanggung jawab atas keamanan penggunaan stempel atas nama Rumah Sakit.
- (4) Penggunaan stempel Rumah Sakit diatur lebih lanjut oleh Direktur.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 229

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Purworejo Nomor 39 Tahun 2020 Tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah R.A.A Tjokronegoro Kabupaten Purworejo (Berita Daerah Kabupaten Purworejo Tahun 2020 Nomor 39 Seri E Nomor 33), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 230

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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



Ditetapkan di Purworejo
pada tanggal 25 September 2020

BUPATI PURWOREJO,

Ttd

AGUS BASTIAN,

pada tanggal 25 September 2020

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PURWOREJO

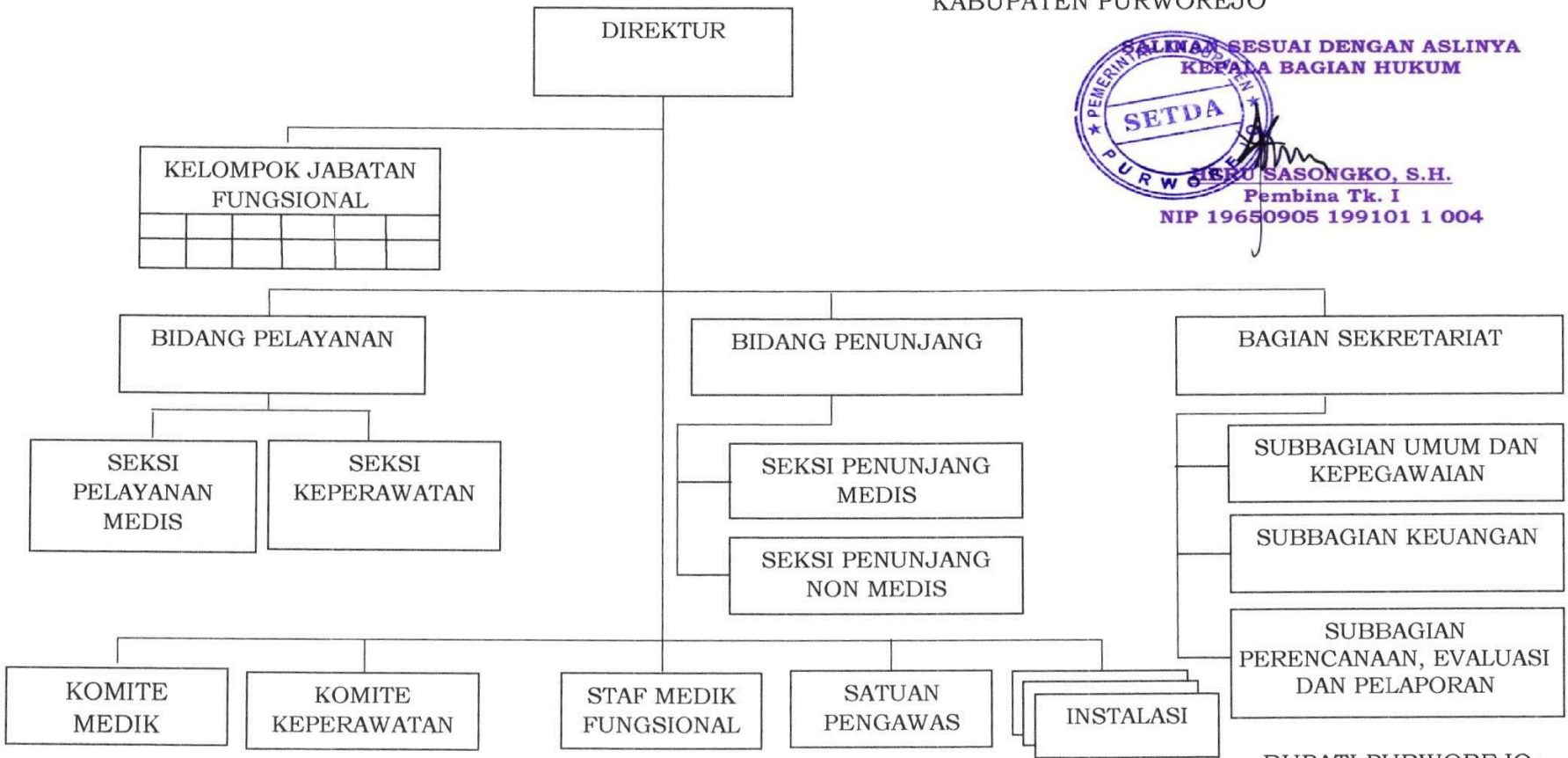
Ttd

SAID ROMADHON

BERITA DAERAH KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2020 NOMOR 72 SERI E NOMOR 63

BAGAN ORGANISASI
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH R.A.A. TJOKRONEGORO
KABUPATEN PURWOREJO

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI PURWOREJO
NOMOR: 72 TAHUN 2020
TENTANG
TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH R.A.A. TJOKRONEGORO
KABUPATEN PURWOREJO



SALINAN SESUAI DENGAN ASLINYA
KEPALA BAGIAN HUKUM

HERU SASONGKO, S.H.
Pembina Tk. I
NIP 19650905 199101 1 004

BUPATI PURWOREJO,

Ttd

AGUS BASTIAN