



SALINAN

**BUPATI PURWOREJO
PROVINSI JAWA TENGAH**

**PERATURAN BUPATI PURWOREJO
NOMOR 34 TAHUN 2015**

TENTANG

**TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. TJITROWARDOJO PURWOREJO**

BUPATI PURWOREJO,

- Menimbang : a. bahwa untuk meningkatkan penyelenggaraan tata kelola organisasi yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di Rumah Sakit Umum Dr. Tjitrowardojo Purworejo serta untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf i Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dalam pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah, perlu menyusun Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Tjitrowardojo Purworejo;
- b. bahwa Peraturan Bupati Purworejo Nomor 9A Tahun 2008 tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Saras Husada Purworejo, sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan keadaan, sehingga perlu segera disesuaikan dengan menerbitkan Peraturan Bupati yang baru;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Tjitrowardojo 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);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. TJITROWARDOJO 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 Dr. Tjitrowardojo Purworejo yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisien dan produktivitas.

7. 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.
8. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit yang selanjutnya disebut BLUD-Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Tjitrowardojo Purworejo yang menerapkan PPK BLUD.
9. Direksi adalah Direktur dan Wakil Direktur Rumah Sakit.
10. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit selaku Pimpinan BLUD Rumah Sakit.
11. Wakil Direktur terdiri dari Wakil Direktur Pelayanan selaku Pejabat Teknis BLUD-Rumah Sakit dan Wakil Direktur Umum dan Keuangan selaku Pejabat Keuangan BLUD Rumah Sakit.
12. 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.
13. 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.
14. Pengangkatan adalah proses pengangkatan pegawai non PNS oleh Direktur bagi calon pegawai yang lulus seleksi administrasi, ujian tulis, ujian praktik dan wawancara.
15. 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.
16. Pemberhentian/pemutusan kerja pegawai Non PNS adalah proses yang mengakibatkan seorang pegawai Non PNS menjadi hilang hak-hak dan kewajiban kepegawaianya.
17. Dewan Pengawas BLUD Rumah Sakit, yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD Rumah Sakit.
18. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi, yang terdiri atas Direktur, Wakil Direktur Pelayanan, Wakil Direktur Umum dan Keuangan, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.
19. 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.

20. Jabatan Non Fungsional adalah pegawai yang pengangkatan dalam jabatan dan kenaikan pangkatnya tidak disyaratkan dengan angka kredit.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. Peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
25. Peraturan internal staf keperawatan (*nursing staf bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di rumah sakit.
26. Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
27. Komite keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi Rumah Sakit.
28. Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis di rumah sakit;
29. Staf keperawatan adalah perawat dan bidan.
30. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
31. 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.
32. 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.
33. 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.

34. Pelayanan medis spesialistik dasar adalah pelayanan medis spesialis penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak.
35. Pelayanan medis spesialistik luas adalah pelayanan medis spesialis dasar ditambah dengan pelayanan spesialis telinga, hidung dan tenggorokan, mata, syaraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anestesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, gigi dan mulut, kedokteran forensik dan medikolegal, dan pelayanan spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
36. Pelayanan medis subspesialistik 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.
37. Buku putih adalah dokumen yang berisi syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh tenaga keperawatan yang digunakan untuk menentukan kewenangan klinis.
38. Unit kerja adalah tempat staf medis menjalankan profesinya, yang dapat berbentuk Instalasi, Bagian atau Bidang.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. 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, Misi, Nilai-nilai, Falsafah, Motto, Janji Layanan

Pasal 2

Nama Rumah Sakit ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Tiitrowardojo Purworejo.

Pasal 3

- (1) Visi Rumah Sakit adalah menjadi rumah sakit rujukan terbaik di Jawa Tengah selatan.
- (2) Sebagai upaya mewujudkan Visi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai misi untuk:
 - a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna;
 - b. meningkatkan cakupan pelayanan;
 - c. mengembangkan sarana dan prasarana;
 - d. meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia; dan
 - e. melaksanakan pendidikan dan pelatihan.
- (3) Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.
- (4) Penetapan dan Perubahan Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan dalam Peraturan Bupati.

Pasal 4

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

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.

Pasal 6

Motto Rumah Sakit adalah Kami siap melayani secara “TERAKTUAL”:

- a. Tertib Administrasi;
- b. Akurat Tindakan;
- c. Tepat Diagnosa;
- d. Umum untuk siapa saja;
- e. Aman Suasana;
- f. Lancar Pelayanan.

Pasal 7

Janji Layanan Rumah Sakit adalah Kepuasan Pelanggan Kami
Itamakan

Pasal 8

Direktur Rumah Sakit wajib mensosialisasikan nama, Visi, 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 Rumah Sakit

Pasal 9

- (1) Rumah Sakit adalah Lembaga Teknis 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 Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 10

Tujuan Rumah Sakit adalah melaksanakan tugas Pemerintah Daerah dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal melalui upaya kesehatan bermutu, efektif dan efisien dengan senantiasa berorientasi pada keselamatan pasien (*Patient Safety*)

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 mempunyai 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 tujuan pokok dan finansinya.

Pasal 13

Struktur Organisasi Rumah Sakit diatur dalam Peraturan Daerah Kabupaten Purworejo tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Purworejo.

Bagian Ketiga Kedudukan Pemerintah Daerah

Pasal 14

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan layanan dan kemajuan Rumah Sakit sesuai dengan yang dibutuhkan masyarakat.
- (2) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggung jawabnya mempunyai kewenangan:
 - a. menetapkan peraturan internal Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Rumah Sakit beserta perubahannya;
 - b. membentuk dan menetapkan pejabat pengelola dan dewan pengawas BLUD-Rumah Sakit;
 - c. melakukan evaluasi atas kinerja Pejabat pengelola BLUD-Rumah Sakit yang dilakukan minimal 1 (satu) tahun sekali;
 - d. menghentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas BLUD-Rumah Sakit karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk dihentikan;
 - e. menyetujui, menetapkan dan mengumumkan visi dan misi Rumah Sakit serta melakukan review berkala minimal 1 (satu) tahun sekali atas visi dan misi tersebut;
 - f. menyetujui Rencana Strategis dan/atau Rencana Strategi Bisnis, kebijakan Rumah Sakit;
 - g. *menyetujui dan mengesahkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran BLUD-Rumah Sakit;*
 - h. menyetujui rencana BLUD-Rumah Sakit untuk mutu dan keselamatan pasien serta menerima laporan dan tindak lanjut tentang program mutu dan keselamatan pasien tersebut; dan
 - i. 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 e yang didelegasikan kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit.
- (4) Kewenangan Pemerintah Daerah untuk pemberian penghargaan dan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf i, didelegasikan kepada Direktur Rumah Sakit.

Bagian Keempat
Pengelolaan Rumah Sakit

Paragraf 1
Struktur Organisasi

Pasal 15

- (1) Susunan Organisasi Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. Unsur Jabatan struktural yang terdiri dari:
 1. Direktur;
 2. Wakil Direktur;
 3. Bidang/Bagian; dan
 4. Seksi/Sub Bagian.
 - b. Unsur Jabatan Fungsional yang terdiri dari:
 1. Komite medik;
 2. Komite Keperawatan;
 3. Staf Medik Fungsional;
 4. Satuan Pengawas Internal; dan
 5. Instalasi.
 - c. Kelompok Jabatan Fungsional Lain.
- (2) Tugas Pokok dan Fungsi masing-masing unsur tertuang dan diatur dalam Peraturan Bupati tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsional dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Purworejo.

Paragraf 2
Direksi

Pasal 16

- (1) Pengelola Rumah Sakit dilakukan oleh Direksi yang berjumlah tiga orang, seorang diantaranya diangkat menjadi Direktur sedangkan dua orang lainnya menjadi Wakil Direktur.
- (2) Komposisi Direksi adalah Direktur sebagai pimpinan, Wakil Direktur Pelayanan sebagai pejabat teknis dan Wakil Direktur Umum dan Keuangan sebagai pejabat keuangan.
- (3) Jenis dan jumlah komposisi Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diatur dalam Peraturan Daerah.
- (4) Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

Paragraf 3
Persyaratan menjadi Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 17

- (1) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:
 - a. seorang tenaga medis dengan pendidikan strata dua yang memiliki kemampuan dan keahlian dibidang perumahsakitan;
 - 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.
- (2) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Umum dari keuangan adalah:
 - a. seorang sarjana strata 2 (dua) bidang manajemen;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan Pelayanan Umum dan usaha guna kemandirian keuangan Rumah Sakit;
 - c. berstatus PNS atau Non PNS;
 - d. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umur dan administrasi Rumah Sakit;
 - e. 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.
- (3) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan adalah:
 - a. seorang dokter spesialis atau seorang dokter dengan pendidikan strata 2 (dua) bidang kesehatan yang memiliki kemampuan di bidang manajemen rumah sakit;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 - c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit;
 - d. berstatus Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil dan
 - e. memenuhi svarat administrasi kenegawaian.

Paragraf 4
Tugas dan Kewajiban Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 18

- (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.
- (2) Tugas dan Kewajiban Wakil Direktur Umum dan keuangan adalah:
 - a. mengkordinasikan penyusunan RBA;
 - b. menyiapkan DPA BLUD-Rumah sakit;
 - c. melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
 - d. menyelenggaraan pengelolaan kas;
 - e. *melakukan utang piutang*;
 - f. menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
 - g. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan; dan
 - h. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan.
- (3) Tugas dan Kewajiban Wakil Direktur Pelayanan adalah:
 - a. menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidangnya;
 - b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai RBA; dan
 - c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidangnya.

Pasal 19

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

Paragraf 5
Fungsi Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 20

- (1) Direktur selaku Pemimpin BLUD-Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan BLUD-Rumah Sakit.
- (2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan menyelenggarakan fungsi:
 - a. penyiapan perumusan kebijakan teknis, pembinaan, pengkoordinasian penyelenggaraan secara terpadu, dan pengendalian kesekretariatan;
 - b. penyiapan perumusan kebijakan teknis, pembinaan, pengkoordinasian penyelenggaraan secara terpadu, dan pengendalian di bidang perencanaan dan rekam medik;
 - c. penyiapan perumusan kebijakan teknis, pembinaan, pengkoordinasian penyelenggaraan secara terpadu, dan pengendalian di bidang keuangan;
 - d. penyiapan perumusan kebijakan teknis, pembinaan, pengkoordinasian penyelenggaraan secara terpadu, dan pengendalian di bidang penyuluhan kesehatan masyarakat;
 - e. penyiapan perumusan kebijakan teknis, pembinaan, pengkoordinasian penyelenggaraan secara terpadu, dan pengendalian di bidang pengolahan data elektronik; dan
 - f. pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas pokok dan fungsi.
- (3) Wakil Direktur Pelayanan menyelenggarakan fungsi:
 - a. penyiapan perumusan kebijakan teknis, pembinaan, dan pengkoordinasian penyelenggaraan, dan pengendalian secara terpadu di bidang pelayanan;
 - b. penyiapan perumusan kebijakan teknis, pembinaan, dan pengkoordinasian penyelenggaraan secara terpadu, dan pengendalian di bidang penunjang medik;
 - c. penyiapan perumusan kebijakan teknis, pembinaan, dan pengkoordinasian penyelenggaraan secara terpadu, dan pengendalian di bidang keperawatan; dan
 - d. pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas pokok dan fungsi.

Paragraf 6
Pengangkatan dan Pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 21

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur Rumah Sakit selaku Direksi yang berasal dari PNS disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur yang berasal dari Non PNS, diatur lebih lanjut dengan Peraturan Bupati.
- (3) Pemberhentian Direktur dan Wakil 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 22

- (1) Direktur mempunyai kewenangan
 - a. menandatangani Renstra Bisnis, yang selanjutnya diusulkan menjadi Rencana Strategi Pemerintah Daerah;
 - 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 23

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

Dewan Pengawas

Pasal 24

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggungjawab kepada Bupati.
- (2) 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.

- (3) Dewan Pengawas bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD-Rumah Sakit yang dilakukan oleh pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
- (4) Dewan Pengawas berkewajiban:
- memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai RBA yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
 - mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;
 - melaporkan kepada Bupati tentang kinerja Rumah Sakit;
 - memberikan nasihat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;
 - 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
 - memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (5) Dalam melakukan tugasnya Dewan Pengawas mempunyai wewenang:
- menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
 - menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
 - meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur;
 - meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas;
 - berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit untuk ditetapkan oleh Bupati; dan
 - memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Pasal 25

- (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 26

- (1) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari:
- pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan BLUD Rumah Sakit;
 - pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
 - 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 komite audit atau Tim *Ad-Hoc*.

Pasal 27

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

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

Pasal 28

- (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 29

- (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 26 ayat (1) huruf a.
 - f. tidak lagi menjabat pada satuan kerja pengelola keuangan daerah, bagi anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ayat (1) huruf b.

Pasal 30

- (1) Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (4), diganti oleh anggota Dewan Pengawas baru yang memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1), adalah sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Paragraf 9 Kelompok Fungsional dan Non Fungsional

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 10 Satuan Pengawas Intern

Pasal 39

- (1) Satuan Pengawas Intern dibentuk guna membantu Direktur dalam pengawasan internal dan monitoring.
- (2) Satuan Pengawas Intern 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 intern dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 11 Komite Medik

Pasal 40

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 41

- (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 42

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

Pasal 43

- (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 44

- (1) Panitia *adhoc* dibentuk untuk membantu pelaksanaan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Paragraf 13 Komite Keperawatan

Pasal 45

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

Pasal 46

Tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud Dalam Pasal 45 meliputi perawat dan bidan.

Pasal 47

- (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 48

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

Pasal 59

Susunan Organisasi Komite Keperawatan terdiri dari:

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

Pasal 50

- (1) Sub komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 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 a, 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.

Bagian Kelima Sumber Daya Manusia

Paragraf 1 Umum

Pasal 51

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 52

- (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 perundangan.
- (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 53

- (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 54

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 55

- (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 56

- (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 57

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 58

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

Pasal 59

- (1) Rotasi PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 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 60

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

**Paragraf 7
Pemberhentian Pegawai**

Pasal 61

- (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 63 tahun;
 - b) batas usia pensiun Staf Medik Fungsional (SMF) adalah 63 tahun;
 - c) batas usia pensiun Staf keperawatan fungsional, Staf fungsional dan Non Fungsional adalah 58 tahun;
 - d) batas usia pensiun bagi pegawai non PNS yang berasal dari pensiunan PNS Rumah Sakit adalah 60 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
Eselonisasi

Pasal 62

Eselonisasi jabatan struktural di BLUD-Rumah Sakit berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 63

Eselonisasi jabatan struktural sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 terdiri dari:

- a. Direktur adalah jabatan struktural eselon II.b;
- b. Wakil Direktur adalah jabatan struktural eselon III.a;
- c. Kepala Bagian dan Kepala Bidang adalah jabatan struktural eselon III.b;
- d. Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi adalah jabatan struktural eselon IV.a

Bagian Keenam
Tata Kerja

Pasal 64

Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan BLUD-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 65

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 66

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

Pasal 67

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

Pasal 68

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 69

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

Pasal 70

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

Pasal 71

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 Ketujuh Remunerasi

Pasal 72

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 73

Remunerasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 72 merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, insentif tahunan dan/atau pensiun.

Pasal 74

Remunerasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 73, ditetapkan oleh Bupati berdasarkan usulan yang disampaikan oleh Direktur melalui Sekretaris Daerah.

Bagian Kedelapan Standar Pelayanan Minimal

Pasal 75

- (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 76

- (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 Kesembilan
Tarif Layanan

Pasal 77

- (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 78

- (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 79

- (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 Kesepuluh
Pengelolaan Keuangan

Pasal 80

- (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 81

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

Bagian Kesebelas Prosedur Tetap

Pasal 82

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

Bagian Keduabelas Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 83

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

Pasal 84

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83 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 85

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

Bagian Ketigabelas
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 86

- (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 renstra bisnis dan RBA.

Bagian Keempatbelas
Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 87

- (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 Kelimabelas
Pengelolaan Lingkungan dan Limbah

Pasal 88

- (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 89

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 88 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 Keenambelas
Pendanaan

Pasal 90

Pendanaan pelaksanaan kegiatan di Rumah Sakit, dapat bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatar 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 91

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 92

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 93

- (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 94

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 95

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94, Staf Medis Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.

Pasal 96

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 97

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 98

- (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 99

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 100

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 101

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 102

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 103

- (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 104

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 perbarui kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;
- c. untuk staf medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang telah pensiun adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diperbarui kembali untuk 2 (dua) kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan.

Bagian Kelima Kategori Staf Medis

Pasal 105

Kategori staf medis adalah dokter tetap, paruh waktu, tamu, spesialis konsultan, staf pengajar, dokter umum di unit gawat darurat, dokter umum di pelayanan rawat inap dan dokter peserta program pendidikan dokter spesialis.

Pasal 106

- (1) Dokter Tetap adalah 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 subordinat, dokter tetap bekerja untuk *dan atas nama* BLUD-Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada Rumah Sakit.
- (3) Dokter tetap harus memiliki kualifikasi sesuai kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 107

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

Pasal 108

- (1) 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 Tamu harus memiliki kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 109

- (1) Dokter Spesialis Konsultan adalah dokter yang karena keahliannya direkrutmen oleh BLUD-Rumah Sakit untuk memberikan konsultasi yang tidak bersifat mengikat kepada Staf Medis Fungsional lain yang memerlukannya dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien.
- (2) Dokter Spesialis Konsultan harus memiliki kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 110

- (1) Dokter Staf Pengajar adalah Dokter yang mempunyai status tenaga pengajar, baik dari status kepegawaian departemen kesehatan departemen pendidikan nasional atau departemen lain yang dipekerjakan dan atau diperbantukan untuk menjadi pendidik 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 111

- (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 Instalasi Gawat Darurat harus memiliki kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 112

- (1) Dokter Umum di pelayanan rawat inap adalah Dokter Umum yang memberikan pelayanan di Instalasi Rawat Inap sesuai tugas yang diberikan oleh BLUD-Rumah Sakit.
- (2) Dokter Umum di pelayanan rawat inap harus memiliki kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 113

- (1) Dokter peserta program pendidikan dokter spesialis adalah Dokter yang secara sah diterima sebagai peserta program pendidikan dokter spesialis, dan memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan.
- (2) Dokter peserta program pendidikan dokter spesialis 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 114

- (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 ijasah/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 115

Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 114 ayat (1) akan dievaluasi terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut

Pasal 116

- (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 117

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 118

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

Bagian Kedelapan Penilaian dan evaluasi Staf Medis

Pasal 119

- (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 120

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

Pasal 121

- (1) Dalam pembinaan administratif Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 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 122

- (1) Dalam pembinaan profesi Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 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 123

- (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 124

- (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 125

- (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 126

Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medis adalah:

- a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesi;
- b. menguasai segi ilmu profesi 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 profesi; dan
- f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

Pasal 127

- (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 128

- (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 129

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 130

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;
- e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat.
- f. 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 131

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 132

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 133

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 134

- (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 135

- (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 (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 136

- (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 137

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 kenada Komite Medis.

Pasal 138

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

Pasal 139

- (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 140

- (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 standards*).

Pasal 141

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 142

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 143

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 144

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

Bagian Kelimabelas Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 145

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*) dari 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 146

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 147

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

Pasal 148

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 149

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 150

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 151

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 152

Mekanisme kerja subkomite mutu profesi meliputi:

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

Bagian Ketujuhbelas Rapat

Pasal 153

(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 154

- (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 155

- (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 156

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

Pasal 157

- (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 158

- (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 ditolaknya usulan tersebut.

Pasal 159

- (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 sejirip 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 160

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

- (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 161

- (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 medis 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 dari 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

KOMITE KEPERAWATAN

Bagian Kesatu Maksud dan Tujuan

Pasal 162

Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*) dibuat dengan maksud agar komite keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial peningkatan mutu profesi dan penegakan etik dan disiplin profes perawat di Rumah Sakit.

Pasal 163

Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*) mempunya 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.

Bagian Kedua Susunan Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 164

Komite Kenerawatan dibentuk oleh Direktur.

Pasal 165

Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari:

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

Pasal 166

- (1) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah personil keanggotaan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah tenaga keperawatan di Rumah Sakit.

Pasal 167

- (1) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 165 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 a 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.

Bagian Ketiga Fungsi, Tugas, dan Kewenangan

Pasal 168

Komite keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit, dengan cara:

- a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akar melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
- b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
- c. meniasa disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.

Pasal 169

- (1) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. menyusun daftar rincian Kewenangan klinis dan Buku Putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
 - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan;
 - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
 - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan; dan
 - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan;
- (3) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan kode etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

Pasal 170

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Keperawatan berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan rincian Kewenangan Klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
- f. menetapkan program kerja dan pengorganisasian Komite Keperawatan; dan
- g. memberikan rekomendasi langkah-langkah untuk memberikan motivasi dan pembinaan perawat dan bidan dalam upaya meningkatkan profesionalisme keperawatan

Bagian Keempat
Hubungan Komite Keperawatan dengan Direktur

Pasal 171

- (1) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan fungsi dan tugas Komite Keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Kelima
Kewenangan Klinis

Pasal 172

- (1) Semua asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi kewenangan klinis melalui proses kredensial.
- (2) Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Keperawatan berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- (3) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari tenaga keperawatan yang bersangkutan dengan memperhatikan kondisi di rumah sakit.

Pasal 173

- (1) Kewenangan Klinis yang diberikan kepada staf keperawatan disesuaikan dengan kategori jenjang klinis keperawatan.
- (2) Jenjang klinis keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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 174

Dalam keadaan tertentu Kewenangan Klinis dapat diberikan kepada staf keperawatan dengan melihat kondisi berupa:

- a. kewenangan klinis sementara;
- b. kewenangan klinis dalam keadaan darurat; atau
- c. kewenangan klinis bersvarat.

Pasal 175

- (1) Kewenangan Klinis Keperawatan dijabarkan lebih lanjut dalam Buku Putih Kewenangan Klinis Keperawatan.
- (2) Buku Putih sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disusun oleh Panitia *Adhoc* yang dibentuk oleh Komite Keperawatan Rumah Sakit dengan melibatkan Mitra Bestari (*Peer Group*).

Pasal 176

Dalam rangka mendapatkan Kewenangan Klinis, staf keperawatan mengajukan permohonan tertulis kepada Komite Keperawatan Rumah Sakit dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan.

Pasal 177

Komite Keperawatan menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf keperawatan sebagai dasar mengeluarkan rekomendasi Kewenangan Klinis staf keperawatan.

Pasal 178

- (1) Dalam hal proses kredensial memerlukan tenaga yang banyak, maka Subkomite Kredensial mengajukan kepada Ketua Komite Keperawatan agar melibatkan Kelompok Jabatan Fungsional Perawat (seminat) untuk melakukan proses kredensial staf keperawatan.
- (2) Dalam hal proses kredensial telah selesai, maka Subkomite Kredensial mengeluarkan rekomendasi kepada Komite Keperawatan.

Pasal 179

Rekomendasi Subkomite Kredensial dapat berupa:

- a. direkomendasikan diberi kewenangan klinis;
- b. tidak direkomendasikan;
- c. *direkomendasikan dengan syarat*.

Pasal 180

Komite Keperawatan menetapkan Kewenangan Klinis staf keperawatan atas dasar rekomendasi dari Subkomite Kredensial.

Pasal 181

- (1) Kewenangan untuk melakukan asuhan keperawatan/kebidanan berakhir bila penugasan klinis (*clinical privilege*) staf keperawatan dicabut oleh Direktur berdasarkan usulan Komite Keperawatan atas rekomendasi subkomite etika dan disiplin profesi.

- (2) Dalam hal seorang staf keperawatan dikenai sanksi disiplin maka setelah melalui rapat khusus Komite Keperawatan, Ketua Komite Keperawatan memberikan Surat Pemberitahuan tentang hal itu kepada Direktur dengan tembusan kepada yang bersangkutan.

Bagian Keenam
Penugasan Klinis (*Clinical appointment*)

Pasal 182

- (1) Setiap staf keperawatan yang melakukan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan harus memiliki surat penugasan klinis.
- (2) Surat penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikeluarkan oleh Direktur untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.

Pasal 183

Dalam hal tertentu, Direktur berhak mengeluarkan surat pengakhiran Penugasan Klinis kepada staf keperawatan atas rekomendasi Subkomite Etik dan Disiplin Profesi melalui Komite Keperawatan.

Bagian Ketujuh
Delegasi Tindakan Medik

Pasal 184

- (1) Kewenangan tenaga keperawatan untuk melakukan tindakan medik merupakan tindakan yang bersifat delegasi yang memerlukan Kewenangan Klinis tertentu dan perlu dilakukan Kredensial.
- (2) Tindakan medik yang bersifat delegasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tetap menjadi tanggung jawab tenaga medis yang memberikan delegasi.

Pasal 185

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Keperawatan.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berasal dari tenaga keperawatan di Rumah Sakit yang tergolong sebagai Mitra Restari

**Bagian Kedelapan
Rapat**

Pasal 186

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari rapat kerja, rapat rutin, rapat pleno dan sidang tahunan.
- (3) Setiap rapat komite keperawatan dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan secara pantas, kecuali seluruh anggota Komite Keperawatan yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 187

- (1) Rapat Kerja Keperawatan dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka.
- (2) Rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan anggota Sub Komite dan Kelompok Jabatan Fungsional Perawat (seminat).
- (3) Agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 3 (tiga) tahun.

Pasal 188

- (1) Rapat Rutin Keperawatan dilaksanakan 1 (satu) kali dalam sebulan diikuti oleh Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan.
- (2) Agenda Rapat Rutin adalah membahas masalah-masalah harian Keperawatan.
- (3) Rapat Rutin Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan

Pasal 189

- (1) Rapat Pleno Keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan.
- (2) Rapat Pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite Kelompok Jabatan Fungsional Perawat (seminat) dan Kasie Kenerawatan.

- (3) Agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.
- (4) Kehadiran rapat pleno adalah 100% (seratus persen) peserta rapat.

Pasal 190

- (1) Sidang Tahunan Keperawatan diadakan satu kali dalam setahun.
- (2) Sidang Tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite Keperawatan dan Kelompok Jabatan Fungsional Perawat (seminat).
- (3) Agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu.
- (4) Keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 peserta.

Pasal 191

- (1) Setiap rapat Komite Keperawatan berhak dihadiri oleh seluruh Pengurus Komite Keperawatan.
- (2) Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau yang ditunjuk oleh Ketua Komite Keperawatan.
- (3) Sebelum rapat dimulai, agenda rapat dan notulen dibacakan oleh Sekretaris Komite Keperawatan.
- (4) Setiap peserta rapat hanya dapat meninggalkan rapat dengan seizin Pimpinan Rapat.
- (5) Hal-hal yang menyangkut teknis tata-tertib rapat akan ditetapkan oleh Ketua Komite Keperawatan sebelum rapat dimulai.

Pasal 192

- (1) Setiap rapat harus dibuat notulennya.
- (2) Semua notulen rapat Komite Keperawatan dicatat oleh Sekretaris Komite Keperawatan atau pengantinya yang ditunjuk.
- (3) Notulen tidak boleh diubah, kecuali untuk hal-hal yang berkaitan dengan keakuratan notulen tersebut.

- (4) Notulen rapat ditanda-tangani oleh Ketua Komite Keperawatan dan notulen tersebut diberlakukan sebagai dokumen yang sah.
- (5) Sekretaris Komite Keperawatan memberikan salinan notulen kepada Direktur, paling lambat satu minggu setelah ditanda-tangani oleh Ketua Komite Keperawatan.

Bagian Kesembilan
Subkomite Kredensial

Pasal 193

Tujuan umum penetapan Subkomite kredensial adalah:

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

Pasal 194

Subkomite Kredensial mempunyai tugas:

- a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
- b. menyusun buku putih (*white paper*);
- c. menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial dari bagian SDM meliputi:
 1. ijazah;
 2. Surat Tanda Registrasi (STR);
 3. sertifikat kompetensi;
 4. logbook yang berisi uraian capaian kinerja;
 5. surat penyataan telah menyelesaikan program orientasi Rumah Sakit atau orientasi di unit tertentu bagi tenaga keperawatan baru;
 6. surat hasil pemeriksaan kesehatan sesuai ketentuan.
- d. merekomendasikan tahapan proses Kredensial:
 1. perawat dan/atau bidan mengajukan permohonan untuk memperoleh Kewenangan Klinis kepada Ketua Komite Keperawatan;
 2. ketua Komite Keperawatan menugaskan Subkomite Kredensial untuk melakukan proses Kredensial (dapat dilakukan secara individu atau kelompok);
 3. sub komite membentuk panitia *adhoc* untuk melakukan review verifikasi dan evaluasi dengan berbagai metode: portofolio, asesmen kompetensi;
 4. sub komite memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rapat menentukan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan.

- e. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan.
- f. melakukan Kredensial ulang secara berkala setiap 3 (tiga) tahun.
- g. sub komite membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke Direktur.

Pasal 195

Subkomite Kredensial mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis untuk memperoleh surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*).

Pasal 196

Untuk melaksanakan tugas subkomite Kredensial, maka ditetapkan mekanisme sebagai berikut:

- a. mempersiapkan Kewenangan Klinis mencakup kompetensi sesuai area praktik yang ditetapkan oleh rumah sakit;
- b. menyusun Kewenangan Klinis dengan kriteria sesuai dengan persyaratan Kredensial dimaksud;
- c. melakukan assesmen Kewenangan Klinis dengan berbagai metode yang disepakati;
- d. memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rekomendasi memperoleh Penugasan Klinis dari Direktur;
- e. memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis untuk memperoleh Penugasan Klinis dari Direktur dengan cara:
 1. tenaga keperawatan mengajukan permohonan untuk memperoleh Kewenangan Klinis kepada Ketua Komite Keperawatan;
 2. ketua Komite Keperawatan menugaskan sub komite Kredensial untuk melakukan proses Kredensial (dapat dilakukan secara individu atau kelompok);
 3. sub komite melakukan *review*, verifikasi dan evaluasi dengan berbagai metode: portofolio, asesmen kompetensi;
 4. sub komite memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rapat menentukan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan.
 5. melakukan pembinaan dan pemulihan Kewenangan Klinis secara berkala;
 6. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan.

Bagian Kesepuluh Subkomite Mutu Profesi

Pasal 197

- (1) Subkomite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 167 ayat (1) huruf b, bertugas:
 - 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 tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Subkomite Mutu profesi dapat mengusulkan dibentuknya Kelompok Jabatan Fungsional Perawat (seminat) kepada ketua komite keperawatan baik insidental atau permanen.

Bagian Kesebelas
Subkomite Etik dan Disiplin

Pasal 198

- (1) Subkomite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam pasal 169 ayat (1) huruf c bertugas:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
 - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau *surat penugasan klinis*;
 - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Subkomite Etik dan Disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (1), komite keperawatan membentuk panitia *adhoc* baik insidental atau permanen.

Bagian Keduabelas
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola

Pasal 199

- (1) Dalam memberikan pelayanan keperawatan dan kebidanan diperlukan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional dan kebutuhan dasar pasien.
- (2) Untuk memenuhi kebutuhan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Komite Keperawatan bersama-sama Bidang Keperawatan berkewajiban menyusun:
- a. Standar profesi keperawatan dan kebidanan;
 - b. Standar pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - c. Standar prosedur operasional keperawatan dan kebidanan;
 - d. Standar kebutuhan dasar pasien

- (3) Dalam keadaan tidak mampu, setiap staf keperawatan berkewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada tenaga keperawatan lain yang dianggap lebih mampu.

Bagian Ketigabelas

Tata cara dan Review Perbaikan Peraturan Internal Staf Keperawatan

Pasal 200

- (1) Review dan perbaikan peraturan internal staf keperawatan bisa dilaksanakan perubahan terkait adanya perubahan peraturan perundang-undangan, perubahan ilmu dan teknologi keperawatan terkini, kondisi riil yang mengharuskan terjadi perubahan didasarkan pada data dan fakta yang terjadi, atau hal-hal lain yang mengharuskan untuk dilaksanakan review dan perbaikan peraturan internal staf keperawatan.
- (2) Review dan perbaikan peraturan internal staf keperawatan dilaksanakan sekurang-kurangnya setahun sekali.

Pasal 201

Review dan perbaikan peraturan internal staf keperawatan dihadiri oleh unsur komite keperawatan, unsur struktural keperawatan dan unsur fungsional keperawatan.

Pasal 202

- (1) Mekanisme review dan perbaikan peraturan internal staf keperawatan melalui tahapan sebagai berikut:
- a. surat undangan/pemberitahuan terkait dengan review dan perbaikan peraturan internal staf keperawatan;
 - b. melalui rapat khusus membahas review dan peraturan internal staf keperawatan.
- (2) Notulensi hasil rapat review dan perbaikan peraturan internal staf keperawatan disampaikan kepada Direktur sebagai dasar perubahan dan ketetapan untuk revisi Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staf Bylaws*).

Pasal 203

- (1) Hal hal yang belum diatur dalam Peraturan Internal Keperawatan ini, sepanjang sangat dibutuhkan dapat diatur dikemudian berdasarkan hasil Rapat Pleno Keperawatan.
- (2) Peraturan Internal Keperawatan ini, dapat ditinjau ulang melalui Sidang Tahunan Kenerawatan.

BAB V

MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 204

- (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 205

- (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 206

Semua peraturan Rumah Sakit yang telah ada dan masih berlaku sebelum berlakunya Peraturan Internal Rumah Sakit ini, dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit ini.

Pasal 207

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Purworejo Nomor 9.A Tahun 2008 tentang Tata Kelola Rumah Sakit ~~Tingkat Daerah Saraswati dicabut dan dinonaktifkan tidak berlaku~~.

Pasal 208

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 29 Oktober 2015

BUPATI PURWOREJO,

ttd

MAHSUN ZAIN

Diundangkan di Purworejo
pada tanggal 29 Oktober 2015

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PURWOREJO,

ttd

TRI HANDOYO

BERITA DAERAH KABUPATEN PURWOREJO
TAHUN 2015 NOMOR 35 SERI E NOMOR 28