



SALINAN

**WALIKOTA MAKASSAR
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

PERATURAN WALIKOTA MAKASSAR

Nomor 7 Tahun 2015

TENTANG

**PERATURAN POLA TATA KELOLA (*HOSPITAL BY LAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA MAKASSAR,

- Menimbang : a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu urusan kewenangan pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota sehingga Pemerintah Kabupaten/Kota bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di Kota Makassar;
- b. bahwa untuk melaksanakan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah, maka perlu menyusun Pola Tata Kelola bagi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota Makassar tentang Peraturan Pola Tata Kelola (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar.
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tk.II di Sulawesi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1822);
3. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 1, Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);

5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
7. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
9. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
10. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
11. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik indonesia Nomor 5494);
12. 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 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);
13. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 1971 tentang Perubahan Batas-batas Daerah Kotamadya Makassar dan Kabupaten-Kabupaten Gowa, Maros dan Pangkajene dan Kepulauan dalam Lingkungan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1971 Nomor 65, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2970);

15. Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 1999 tentang Perubahan Nama Kota Ujung Pandang menjadi Kota Makassar dalam wilayah Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 193);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
18. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
19. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
20. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
25. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 32);

26. Peraturan Daerah Kota Makassar Nomor 3 Tahun 2009 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Perangkat Daerah Kota Makassar (Lembaran Daerah Kota Makassar Nomor 3 Tahun 2009) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Makassar Nomor 7 Tahun 2013 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Kota Makassar Nomor 3 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Perangkat Daerah Kota Makassar (Lembaran Daerah Kota Makassar Tahun 2013 Nomor 7).

M E M U T U S K A N :

Menetapkan : **PERATURAN POLA TATA KELOLA (HOSPITAL BY LAWS) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR.**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Pola Tata Kelola ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Daerah Kota Makassar;
2. Walikota adalah Walikota Makassar ;
3. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kota Makassar;
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar;
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar;
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 efisiensi dan produktivitas;
7. Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah peraturan organisasi rumah sakit (Corporate Bylaws) dan Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff Bylaws) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
8. Tata Kelola Korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah peraturan yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan Staf Medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing;
9. Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah peraturan Internal Staf Medis yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari Staf Medis di rumah sakit;
10. Tata kelola keperawatan adalah peraturan yang mengatur penyelenggaraan profesi keperawatan, mekanisme tata kerja dan tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga perawat di rumah sakit;
11. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah 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;

12. Jabatan struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala seksi dan Kepala Sub Bagian;
13. Jabatan fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak seseorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri;
14. Pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit adalah pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yaitu Direktur Rumah Sakit, pejabat keuangan, dan pejabat teknis yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada BLUD yang bersangkutan;
15. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
16. Tenaga Medis adalah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis terdiri dari Staf Medik Struktural dan Staf Medik Fungsional.
17. Kelompok Staf Medik yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit;
18. Unit kerja adalah tempat staf administrasi, staf medis, profesi kesehatan dan profesi lainnya yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain;
19. Komite Rumah Sakit adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk tujuan dan tugas tertentu;
20. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit menjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;
21. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) tenaga medis adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*);
22. Penugasan klinis (*clinical appointment*) tenaga medis adalah penugasan Direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya;
23. Kredensial tenaga medis adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
24. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut;
25. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh Komite Medik (Sub Komite Mutu Profesi);
26. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat;
27. Instalasi adalah unit kerja penyelenggara pelayanan fungsional dan atau pendukung pelayanan di rumah sakit dengan mengelola sumber daya di bawah tanggung jawabnya untuk mencapai tujuan dan target kinerja yang ditetapkan direktur;
28. Tata Kelola Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur penyelenggaraan profesi staf keperawatan, mekanisme tata kerja & tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga perawat di Rumah Sakit;

29. Staf keperawatan adalah seluruh perawat, perawat gigi dan bidan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar;
30. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga perawat melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi;
31. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) tenaga keperawatan adalah uraian intervensi keperawatan dan kebidanan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan berdasarkan area praktiknya;
32. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) tenaga keperawatan adalah penugasan Direktur kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit tersebut berdasarkan daftar Kewenangan Klinis;
33. Kredensial tenaga keperawatan adalah proses evaluasi terhadap staf keperawatan untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menjalankan tindakan keperawatan, tindakan kebidanan dan tindakan delegasi tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu;
34. Rekredensial tenaga keperawatan adalah proses re-evaluasi terhadap tenaga keperawatan yang telah memiliki Kewenangan Klinis untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis tersebut;
35. 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;
36. Mitra Bestari (*Peer Group*) keperawatan adalah sekelompok tenaga keperawatan dengan reputasi dan kompetensi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan kompetensi tenaga keperawatan;
37. Buku Putih (*White Paper*) adalah dokumen yang berisi syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh tenaga keperawatan yang digunakan untuk menentukan Kewenangan Klinis.

BAB II POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT

Pasal 2

- (1) Pola Tata Kelola merupakan peraturan internal rumah sakit (*Hospital By Laws*) yang terdiri dari Tata Kelola Korporasi (*Corporate Bylaws*), Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staf Bylaws*), dan Tata Kelola Staf Keperawatan (*Nursing Staff bylaws*) dan Tata Kelola Lainnya yang mengatur pengelolaan rumah sakit, yang didalamnya memuat :
 - a. struktur organisasi;
 - b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi-fungsi yang logis; dan
 - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Pola Tata Kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas; dan
 - d. independensi.

Pasal 3

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku;

- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi;
- (3) Pengelompokan fungsi logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi;
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.

Pasal 4

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan;
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak yang diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen SDM, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan;
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan;
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

BAB III TATA KELOLA KORPORASI (Corporate by laws)

Bagian Kesatu Identitas, Nama dan Kedudukan

Pasal 5

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar;
- (2) Jenis dan Kelas Rumah Sakit sebagaimana dimaksud ayat (1) adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar;
- (3) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud ayat (1) bertempat kedudukan di Jalan Perintis Kemerdekaan Km 14 Daya Makassar.

Bagian Kedua
Falsafah, Visi, Misi, Tujuan Strategis, dan Nilai-nilai Dasar

Pasal 6

- (1) Falsafah Rumah Sakit adalah :
 - a. Kewajiban Rumah Sakit adalah memberikan pelayanan terbaik;
 - b. Kepedulian Rumah Sakit terhadap lingkungan merupakan bagian dari kepedulian terhadap kelestarian ekosistem;
 - c. Kepercayaan pasien terhadap pelayanan Rumah Sakit harus tetap terjaga dengan baik;
 - d. Kepuasan penerima layanan menjadi tujuan utama rumah sakit ;
 - e. Peningkatan sumber daya manusia merupakan salah satu prioritas dalam meningkatkan mutu pelayanan.

- (2) Visi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar 2014 - 2019 adalah “Rumah Sakit dengan Pelayanan yang Aman dan Nyaman Menuju Standar Kota Dunia”;

- (3) Misi Rumah Sakit 2014-2019 adalah :
 - a. Mendukung visi dan misi pemerintah kota dalam pelayanan kesehatan masyarakat;
 - b. Meningkatkan kompetensi SDM di seluruh lini pelayanan;
 - c. Melengkapi peralatan medis dan non medis dengan teknologi kedokteran mutakhir;
 - d. Mengadakan dan mengembangkan sistem Informasi manajemen Rumah Sakit;
 - e. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar akreditasi;
 - f. Mengembangkan sarana dan prasarana rumah sakit yang lebih modern;
 - g. Meningkatkan kesejahteraan seluruh karyawan rumah sakit.

- (4) Tujuan Strategis Rumah Sakit adalah:
 - a. sinkronisasi antara kebijakan RSUD Kota Makassar dan pemerintah kota Makassar;
 - b. meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialis dan paramedis disertai dengan peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan;
 - c. mengembangkan, menambah dan memelihara sarana dan prasarana peralatan medis (*medical equipment*), utamanya yang berkaitan dengan teknologi tinggi;
 - d. meningkatkan pelayanan dengan sistem Informasi Rumah Sakit yang Terpadu;
 - e. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai standar Akreditasi Rumah Sakit;
 - f. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan peralatan mutakhir;
 - g. Melaksanakan sistem remunerasi.

- (5) Nilai – nilai dasar Rumah Sakit adalah “ SOMBERE ” :
 - a. S = Sopan;
 - b. O = Objektif;
 - c. M = Menarik;
 - d. B = Bertanggungjawab;
 - e. E = Efektif;
 - f. R = Ramah;
 - g. E = Edukatif.

- (6) Janji layanan adalah “ Cepat, Tepat dan Aman ”.

**Bagian Ketiga
Kedudukan Rumah Sakit**

Pasal 7

RSUD Kota Makassar adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Kota Makassar yang merupakan unsur pendukung tugas Walikota di bidang Pelayanan Kesehatan, dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Walikota melalui Sekertaris Dacrah.

**Bagian Keempat
Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Pasal 8

Rumah Sakit mempunyai tugas pokok menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan rumah sakit.

Pasal 9

Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada pasal 8, Rumah Sakit mempunyai fungsi :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan dan;
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta pemilahan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

**Bagian Kelima
Kode Etik Rumah Sakit**

Pasal 10

Rumah Sakit melaksanakan kode etik sebagai berikut :

- a. Rumah Sakit mengawasi serta bertanggung jawab terhadap semua kejadian rumah sakit;
- b. Mengutamakan pelayanan yang baik dan bermutu secara berkesinambungan serta tidak mendahulukan biaya;
- c. Rumah Sakit mengikuti perkembangan dunia perumahsakititan;
- d. Jujur dan terbuka, peka terhadap saran dan kritik masyarakat dan berusaha agar pelayanannya menjangkau di luar rumah sakit;
- e. Senantiasa menyesuaikan kebijakan pelayanannya pada harapan dan kebutuhan masyarakat setempat;
- f. Rumah sakit dalam perjalanan operasionalnya bertanggung jawab terhadap lingkungan agar tidak terjadi pencemaran yang merugikan masyarakat;
- g. Rumah Sakit harus mengindahkan hak-hak pasien;
- h. Menjelaskan apa yang diderita pasien, dan tindakan yang hendak dilakukan;
- i. Meminta persetujuan pasien (informed consent) sebelum melakukan tindakan medik;
- j. Berkewajiban melindungi pasien dari penyalahgunaan teknologi kedokteran;
- k. Menjamin agar pimpinan, staf, dan karyawannya senantiasa mematuhi etika profesi masing-masing;

- l. Mengadakan seleksi tenaga staf dokter, perawat dan tenaga lainnya berdasarkan nilai, norma, dan standar ketenagaan;
- m. Menjamin agar kondisi serta hubungan yang baik antara seluruh tenaga di rumah sakit dapat terpelihara;
- n. Memberi kesempatan kepada seluruh tenaga rumah sakit untuk meningkatkan dan menambah ilmu pengetahuan serta keterampilannya;
- o. Mengawasi agar penyelenggaraan pelayanan dilakukan berdasarkan standar profesi yang berlaku;
- p. Memberi kesejahteraan kepada karyawan dan menjaga keselamatan kerja sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- q. Memelihara hubungan yang baik antar rumah sakit dan menghindari persaingan yang tidak sehat;
- r. Menggalang kerjasama yang baik dengan instansi atau badan lain yang bergerak di bidang kesehatan;
- s. Berusaha membantu kegiatan pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian dalam bidang ilmu pengetahuan dan teknologi dan kesehatan.

Bagian Kelima Kedudukan Pemerintah Daerah

Pasal 11

- (1) Pemerintah Kota Makassar dalam melaksanakan tugasnya di bidang Pelayanan Kesehatan dibantu unsur pendukung, diantaranya Lembaga Teknis Daerah;
- (2) Rumah Sakit adalah salah satu Lembaga Teknis Daerah pendukung tugas Pemerintah Kota Makassar;
- (3) Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Daerah Kota Makassar.

Pasal 12

Pemerintah Kota Makassar, berdasarkan kewenangan yang dimilikinya, bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup serta kemajuan dan perkembangan Rumah Sakit sesuai yang diharapkan dan diinginkan masyarakat.

Pasal 13

Pemerintah Kota Makassar berwenang untuk:

- a. Menentukan kebijakan secara umum Rumah Sakit;
- b. Mengangkat dan memberhentikan Direktur;
- c. Mengawasi dan mengevaluasi kinerja Rumah Sakit.

Bagian Keenam Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Rumah Sakit yang memiliki realisasi omset tahunan menurut laporan operasional atau nilai aset menurut neraca yang memenuhi syarat minimal, dapat dibentuk Dewan Pengawas;
- (2) Jumlah Anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang dan seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai ketua Dewan Pengawas;

- (3) Syarat minimal dan jumlah anggota Dewan Pengawas mengikuti peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- (4) Dewan Pengawas dibentuk dengan keputusan Walikota atas usulan Direktur Rumah Sakit.

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas bertugas melakukan pembinaan dan pengawas terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas berkewajiban :
 - a. Memberikan pendapat dan saran kepada kepala daerah mengenai Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
 - b. Mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada kepala daerah mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;
 - c. Melaporkan kepada kepala Walikota tentang kinerja Rumah Sakit;
 - d. Memberikan nasehat kepada Direksi dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;
 - e. Melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh Direksi Rumah Sakit; dan
 - f. Memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada kepala daerah secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun dan sewaktu-waktu diperlukan.

Pasal 16

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur-unsur :
 - a. Pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan BLUD;
 - b. Pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah;
 - c. Tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - d. Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Direktur Rumah Sakit.
- (2) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas, yaitu :
 - a. Memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris, atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
 - c. Mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Pasal 17

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya;
- (2) Anggota dewan pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh kepala daerah;
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebelum waktunya 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 karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

Pasal 18

- (1) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari rapat rutin, rapat khusus dan rapat tahunan;
- (2) Rapat dipimpin oleh ketua atau yang mewakili berdasarkan kesepakatan para anggota;
- (3) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh dua per tiga anggota yang hadir;
- (4) Keputusan rapat didasarkan pada azas musyawarah.

Pasal 19

- (1) Rapat Rutin Dewan Pengawas dilaksanakan paling sedikit 6 (enam) kali dalam setahun.
- (2) Ketua menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3(tiga) hari sebelum rapat rutin dilaksanakan.

Pasal 20

- (1) Rapat Khusus Dewan Pengawas dilaksanakan bila :
 - a. adanya permintaan yang ditanda tangani oleh paling sedikit 3(tiga) anggota Dewan Pengawas dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya;
 - b. adanya keadaan /situasi tertentu yang mendesak untuk segera dilaksanakan rapat Dewan Pengawas.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan;
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik;
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat 1 butir a, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 21

- (1) Rapat Tahunan Dewan Pengawas diselenggarakan sekali dalam setahun;
- (2) Direktur selaku pemimpin BLUD sebagai penanggung jawab teknis operasional menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan rumah sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit;
- (3) Ketua menyampaikan undangan tertulis kepada anggota Dewan Pengawas dan laporan lain paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 22

Setiap rapat khusus, rapat tahunan wajib dihadiri oleh anggota Dewan pengawas kecuali rapat rutin yang juga dihadiri oleh direktur, kepala Bagian Keuangan dan pihak lain yang ditentukan oleh Dewan pengawas

Pasal 23

- (1) Walikota dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas;
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.

Pasal 24

Honorarium Dewan Pengawas, Anggota Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 25

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis Anggaran.

Bagian Ketujuh Struktur Organisasi Rumah Sakit

Paragraf Pertama Umum

Pasal 26

Susunan Organisasi RSUD Kota Makassar, masing-masing terdiri dari :

- a. Direktur;
- b. Wakil Direktur Umum dan Keuangan yang membawahi :
 1. Bagian Umum :
 - a) Sub Bagian Tata Usaha dan Rumah Tangga;
 - b) Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia.
 2. Bagian Pelayanan Masyarakat :
 - a) Sub Bagian Humas dan Pemasaran;
 - b) Sub Bagian Rekam Medik dan Sistem Informasi;
 - c) Sub Bagian Pendidikan dan Penelitian.

3. Bagian Keuangan :
 - a) Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi;
 - b) Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan.
- c. Wakil Direktur Pelayanan Medik membawahi :
 1. Bidang Pelayanan Medik :
 - a) Seksi Perencanaan dan Pengembangan Pelayanan Medik;
 - b) Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Medik.
 2. Bidang Penunjang Pelayanan Medik dan Keperawatan :
 - a) Seksi Perencanaan Pengembangan Penunjang Pelayanan Medik;
 - b) Seksi Monitoring dan Evaluasi Penunjang Pelayanan Medik dan Keperawatan.
 3. Bidang Pelayanan Keperawatan :
 - a) Seksi Perencanaan dan Pengembangan Pelayanan Keperawatan;
 - b) Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan.
- d. Kelompok Jabatan Fungsional yang terdiri dari :
 1. Instalasi/Unit Layanan atau pengelola;
 2. Komite-Komite;
 3. Staf Jabatan Fungsional;
 4. Satuan Pengawas Internal.

**Paragraf Kedua
Direktur Rumah Sakit**

Pasal 27

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh Direktur;
- (2) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.

Pasal 28

Yang dapat diangkat menjadi Direktur adalah dokter atau dokter gigi yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

- a. Direktur Rumah Sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai integritas, kepemimpinan, kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitian;
- b. Direktur Rumah Sakit telah mengikuti pelatihan perumahsakitian meliputi Kepemimpinan, Kewirausahaan, Rencana Strategis Bisnis, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Tatakelola Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi Rumah Sakit, Pengelolaan Sumber Daya Manusia;
- c. Pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b harus dipenuhi sebelum atau paling lama satu tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural;
- d. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- e. Saat diusulkan pertamakali sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun sebelum usia pensiun yang bersangkutan;
- f. Lulus Uji Kelayakan dan Kepatutan.

Pasal 29

Penentuan Kriteria Direktur Rumah Sakit sebagaimana yang diatur dalam Pasal 28 selain yang disebut diatas mengikuti ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 30

- (1) Direktur rumah sakit diangkat oleh Walikota dengan Surat Keputusan Walikota;
- (2) Masa bakti Direktur sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 31

Tugas dan wewenang Direktur adalah :

- a. Memimpin dan mengurus rumah sakit sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. Menguasai, memelihara dan mengelola kekayaan rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- c. Mewakili rumah sakit di dalam dan di luar pengadilan;
- d. Melaksanakan kebijakan pengembangan pelayanan dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh Pemilik;
- e. Menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
- f. Memperhatikan pengelolaan rumah sakit dengan berwawasan lingkungan;
- g. Menyiapkan Rencana Jangka Panjang dan Rencana Kerja dan Anggaran rumah sakit;
- h. Mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai kelaziman yang berlaku;
- i. Mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan;
- j. Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- k. Menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
- l. Dalam melaksanakan tugasnya Direktur dibantu oleh para pejabat struktural, Komite Medis, Komite Keperawatan dan Satuan Pengawas Internal; dan komite lainnya.

Pasal 32

Direktur bertanggungjawab dalam hal:

- a. Kebenaran kebijaksanaan Rumah Sakit;
- b. Kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan rumah sakit;
- c. Kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya; dan
- d. Meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.

Pasal 33

- (1) Direktur dapat diberhentikan oleh Walikota oleh karena :
 - 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 karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.
- (2) Pemberhentian dilakukan :
- a. Setelah mencapai usia pensiun;
 - b. Setelah habis masa jabatan; dan
 - c. Pemberhentian oleh Walikota sebelum habis masa jabatan.
- (3) Pemberhentian Direktur ditetapkan dengan Keputusan Walikota.

Pasal 34

Dalam melaksanakan tugasnya direktur wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi secara vertikal.

Pasal 35

- (1) Rapat antara Dewan Pengawas dengan Direktur bersama jajarannya dapat diadakan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam satu tahun;
- (2) Rapat Direktur dengan jajarannya dapat diadakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali.

Pasal 36

Kebijakan teknis operasional rumah sakit disusun dan ditetapkan oleh Direktur dengan mengacu pada Peraturan Pola Tata Kelola Rumah Sakit.

Paragraf Ketiga Kepala Bidang atau Kepala Bagian

Pasal 37

- (1) Kepala Bidang atau Kepala Bagian berlatar belakang pendidikan minimal Sarjana sesuai dengan bidang kerjanya;
- (2) Kepala Bidang atau Kepala Bagian telah mengikuti pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Sistem Rekrutment Pegawai, dan Sistem Remunerasi;
- (3) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural;
- (4) Kepala Bidang atau Kepala Bagian diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun sesuai dengan bidang tugasnya.

Paragraf keempat Kepala Sub Bidang atau Kepala Sub Bagian

Pasal 38

- (1) Kepala Seksi atau Kepala Subbagian berlatar belakang pendidikan minimal Sarjana sesuai dengan bidang kerjanya;

- (2) Kepala Seksi atau Kepala Subbagian telah mengikuti pelatihan Kepemimpinan dan Kewirausahaan, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Sistem Rekrutment Pegawai, dan Sistem Remunerasi;
- (3) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural.

Paragraf Kelima
Pengelompokan Fungsi Pelayanan dan Pendukung

Pasal 39

Rumah Sakit dalam operasional kegiatannya mengembang fungsi pelayanan dan fungsi pendukung:

- a. Fungsi pelayanan di rumah sakit meliputi pelayanan di bidang pelayanan medik dan keperawatan serta dikelompokkan sesuai dengan bidang keahliannya masing-masing;
- b. Fungsi pendukung di rumah sakit meliputi pelayanan penunjang antara lain pelayanan gizi, laboratorium, radiologi, farmasi, sanitasi dan Rehabilitasi medik, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR), Instalasi Laundry, Central Sterilisasi Supply Departement (CSSD), Instalasi Bank darah serta Instalasi Pemulasaran Jenasah;
- c. Fungsi pelayanan dan pendukung pelayanan di Rumah Sakit dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan dan berdasarkan Ketentuan yang berlaku;
- d. Pengembangan fungsi pelayanan dan pendukung pelayanan di tetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dan disampaikan kepada Walikota.

Paragraf Keenam
Instalasi dan Unit Pelayanan

Pasal 40

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi dan atau unit yang merupakan unit pelayanan non struktural;
- (2) Pembentukan instalasi dan atau unit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
- (3) Instalasi dan atau unit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan dan bertanggung jawab kepada Direktur;
- (4) Kepala Instalasi bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan yang membidangi;
- (5) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan Instalasi dan unit wajib berkoordinasi dengan bidang/bagian dan/atau seksi/sub bagian terkait;
- (6) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional;
- (7) Kepala Unit bertanggung jawab kepada kepala instalasi.

Pasal 41

- (1) Jumlah dan jenis Instalasi/unit disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan rumah sakit;
- (2) Perubahan jumlah dan jenis Instalasi/unit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
- (3) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 42

Kepala Instalasi/unit mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala bidang atau Kepala Bagian yang membidangi.

Paragraf Ketujuh Staf Fungsional Rumah Sakit

Pasal 43

- (1) Staf fungsional terdiri dari:
 - a. Staf Medik Fungsional yang disingkat KSM;
 - b. Staf Keperawatan Fungsional yang dapat disingkat SKF;
 - c. Staf Fungsional lainnya.
- (2) Staf Medik Fungsional (KSM) 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 keschatan, 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 yang melaksanakan tugas profcsinya dalam memberikan asuhan keperawatan 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) sesuai dengan peraturan perundang undangan yang berlaku.

Pasal 44

- (1) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja;
- (2) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, staf fungsional dikelompokkan berdasarkan bidang keahliannya.

**Paragraf Kedelapan
Komite**

Pasal 45

- (1) Komite, merupakan lembaga khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk tujuan dan tugas tertentu rumah sakit;
- (2) Rumah Sakit sekurang-kurangnya memiliki Komite Medik dan Komite Keperawatan;
- (3) Setiap komite dipimpin oleh seorang ketua yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur;
- (4) Setiap komite mempunyai tugas dan fungsi membantu Direktur mewujudkan terselenggaranya pelayanan rumah sakit berjalan efektif dan efisien dalam peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien;
- (5) Pelaksanaan tugas dan fungsi komite sebagaimana disebutkan ayat (4) berdasarkan ketentuan dan perundang-undangan yang berlaku;
- (6) Dalam melaksanakan tugas Komite dapat membentuk Sub Komite dan/atau Panitia, serta tim yang merupakan kelompok kerja tertentu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

**Paragraf kesembilan
Pengelola, Panitia dan Tim**

Pasal 46

- (1) Pengelola, Panitia dan Tim adalah kelompok kerja dalam menjalankan tugas dan kegiatan tertentu rumah sakit;
- (2) Pengelola, Panitia dan Tim dibentuk dapat bertanggung jawab langsung kepada direktur atau kepala Bagian dan atau kepala bidang yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku;
- (3) Tugas dan Kegiatan Tertentu sebagaimana disebutkan ayat (1) dapat bersifat permanen atau sementara sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.

**Bagian kedelapan
Remunerasi Rumah Sakit**

Pasal 47

- (1) Pejabat pengelola Rumah Sakit dan pegawai Rumah Sakit dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan;
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/ atau pension;

- (3) Besaran remunerasi pejabat pengelola rumah sakit, dan pegawai rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pasal 48

Penetapan remunerasi dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan:

- a. Ukuran (*size*) dan jumlah aset yang dikelola Rumah Sakit, tingkat pelayanan serta produktivitas;
- b. Pertimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
- c. Kemampuan pendapatan Rumah Sakit bersangkutan; dan
- d. Kinerja operasional Rumah Sakit yang ditetapkan oleh kepala daerah dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.

Pasal 49

- (1) Remunerasi bagi pejabat pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud dalam pasal 47 ayat (2), dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian :
 - a. Pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
 - b. Ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
 - c. Resiko kerja (*risk index*);
 - d. Tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
 - e. Jabatan yang disandang (*position index*); dan
 - f. Hasil/ capaian kerja (*performance index*).
- (2) Bagi pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan PNS serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai peraturan perundang-undangan.

Pasal 50

Sistem Remunerasi Rumah Sakit ditetapkan dengan Peraturan Walikota atas usul Direktur Rumah Sakit.

Bagian Kesembilan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Pasal 51

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit, kepala daerah menetapkan standar pelayanan minimal Rumah Sakit dengan peraturan kepala daerah;
- (2) Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), 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 52

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

Bagian Kesepuluh Tarif Layanan Rumah Sakit

Pasal 53

- (1) 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 yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana;
- (3) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbalan hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan;
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/ atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.

Pasal 54

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit kepada kepala daerah melalui sekretaris daerah;
- (2) Instalasi/Unit Kerja mengusulkan tarif layanan melalui Direktur;
- (3) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), ditetapkan dengan peraturan kepala daerah;

- (4) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat;
- (5) Kepala daerah dalam menetapkan besaran tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pasal 55

- (1) Peraturan kepala daerah mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan;
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan;
- (3) Proses perubahan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berpedoman pada ketentuan pasal 53.

Bagian Kesebelas Pengelolaan Keuangan

Pasal 56

- (1) Pengelolaan keuangan rumah sakit dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- (2) Pengelolaan keuangan rumah sakit berdasarkan pada prinsip-prinsip efektifitas, efisiensi, dan produktivitas;
- (3) Pengelolaan administrasi keuangan berbasis pada akuntabilitas dan transparansi;
- (4) Dalam pengelolaan keuangan Rumah Sakit sebagai SKPD dengan status BLUD penuh memperoleh fleksibilitas pengelolaan keuangan/barang;
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada pasal (4), diatur dalam Keputusan dan atau Peraturan Walikota.

Bagian Keduabelas Pejabat Pengelola BLUD

Pasal 57

- (1) Pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit terdiri atas :
 - a. Pimpinan yaitu Direktur;
 - b. Pejabat Pengelola keuangan BLUD yaitu pejabat yang berhubungan langsung dengan pengelolaan keuangan BLUD Rumah Sakit;
 - c. Pejabat teknis yaitu pejabat yang secara teknis fungsional melaksanakan tugas dan fungsi pelayanan.
- (2) Sebutan pimpinan, pejabat Pengelola keuangan BLUD dan pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku di Rumah Sakit dan disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit.

Pasal 58

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam pasal 57 ayat (1), ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat;
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit berupa pengetahuan, ketrampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya;
- (3) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kepentingan Rumah Sakit untuk meningkatkan kinerja keuangan dan non keuangan berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik.

Pasal 59

- (1) Pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Walikota;
- (2) Direktur RSUD Kota Makassar selaku pimpinan BLUD bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah;
- (3) Pejabat pengelola Keuangan dan pejabat teknis BLUD bertanggungjawab kepada Direktur RSUD Kota Makassar selaku pimpinan BLUD.

Pasal 60

- (1) Direktur Rumah Sakit BLUD sebagaimana dimaksud dalam pasal 57 ayat (1) huruf a, mempunyai tugas dan kewajiban :
 - a. Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit;
 - b. Menyusun renstra bisnis Rumah Sakit;
 - c. Menyiapkan Rencana Bisnis Anggaran;
 - d. Mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis kepada kepala daerah sesuai ketentuan;
 - e. Menetapkan pejabat lainnya sesuai kebutuhan Rumah Sakit selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan; dan
 - f. Menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan Rumah Sakit kepada Walikota.
- (2) Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar sebagai pimpinan BLUD dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan Rumah Sakit.

Pasal 61

- (1) Pejabat keuangan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada pasal 59 ayat (3), mempunyai tugas dan kewajiban :
 - a. Mengkoordinasikan penyusunan Rencana Bisnis Anggaran;
 - b. Menyiapkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran/BLUD;
 - c. Melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
 - d. Menyelenggarakan pengelolaan kas;
 - e. Melakukan pengelolaan 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.

- (2) Pejabat keuangan Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab keuangan BLUD Rumah Sakit yang didelegasikan oleh Direktur.

Pasal 62

- (1) Pejabat teknis sebagaimana dimaksud dalam pasal 59 ayat (3), mempunyai tugas dan kewajiban :
 - a. Menyusun perencanaan teknis di bidangnya;
 - b. Melaksanakan kegiatan teknis sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran; dan
 - c. Mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang masing- masing.
- (2) Pejabat teknis Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada pasal 62 ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab teknis di bidang masing-masing;
- (3) Tanggung jawab pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya.

Pasal 63

- (1) Pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit dengan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan/ atau Non PNS yang profesional sesuai dengan kebutuhan;
- (2) Pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak;
- (3) Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari PNS disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (4) Pengangkatan dan pemberhentian pegawai Rumah Sakit yang berasal dari Non PNS dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.

Pasal 64

Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari Non PNS, diatur lebih lanjut dengan keputusan Walikota.

**Bagian Ketiga belas
Satuan Pengawas Internal**

Pasal 65

- (1) Satuan Pengawas Internal adalah Satuan kerja Fungsional yang bertugas melaksanakan pemeriksaan di internal rumah sakit;
- (2) Satuan Pengawas Internal berada dibawah langsung dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 66

- (1) Satuan Pengawas Internal (SPI) melakukan pengawasan internal keuangan dan Operasional Rumah Sakit, mulai pengendalian, Pengelolaan dan pelaksanaan pada rumah sakit serta memberikan saran-saran perbaikan;
- (2) Komite Medis melakukan Pengawasan internal di bidang praktik kedokteran dalam rangka penyelenggaraan pelayanan profesi agar sesuai dengan standar etika profesi.

Pasal 67

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit ini selanjutnya akan menjadi pedoman semua peraturan dan kebijakan Rumah Sakit yang dibuat dengan keputusan Direkur;
- (2) Setiap satuan kerja harus membuat standar prosedur operasional yang mengacu pada peraturan internal Rumah Sakit;
- (3) Semua Kebijakan Operasional, Prosedur tetap administrasi dan manajemen rumah sakit. Semua kebijakan Operasional, Prosedur tetap administrasi dan manajemen rumah sakit tidak boleh bertentangan dengan peraturan tata kelola ini.

**Bagian Keempat belas
Status Kelembagaan Rumah Sakit**

Pasal 68

- (1) Dalam hal Rumah Sakit atau unit Kerja merubah status kelembagaannya, berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (2) Perubahan status kelembagaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa :
 - a. Perubahan satuan kerja struktural menjadi non struktural atau sebaliknya;
 - b. Perubahan organisasi, antara lain : penyempurnaan tugas, fungsi, struktur organisasi dan tata kerja.

**Bagian Kelima belas
Pembinaan Dan Pengawasan**

Pasal 69

- (1) Pembinaan dan pengawasan dilakukan oleh Dewan Pengawas atau yang ditentukan oleh Pemilik sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) adalah dalam rangka menjamin pelaksanaan tugas pokok dan fungsi rumah sakit sesuai dengan rencana yang bersifat strategis, rencana operasional dan standar-standar pokok lainnya.

Bagian Keenam Belas
Monitoring dan Evaluasi Kinerja

Pasal 70

- (1) Monitoring dan evaluasi dilakukan secara kontinu dan bertahap;
- (2) Monitoring dan evaluasi dimaksudkan untuk menjamin pelaksanaan operasional berjalan sesuai dengan tujuan, program dan pencapaian target.

BAB III
TATA KELOLA STAF MEDIS
(MEDICAL STAFF BY LAWS)

Bagian Kesatu
Kelompok Staf Medis (KSM)

Pasal 71

- (1) Untuk menjadi anggota KSM rumah sakit, seorang staf medis harus memiliki:
 - a. Standar kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. Surat Tanda Registrasi (STR);
 - c. Surat Ijin Praktik (SIP);
 - d. Kewenangan klinis (*clinical privalage*) dan *clinical apoitment* yang diberikan oleh direktur sesuai hasil kredensial yang diusulkan oleh komite medik.
- (2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf medis harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang baik (*fit*) untuk melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.

Pasal 72

Staf medis yang melaksanakan praktik kedokteran pada unit-unit pelayanan Rumah Sakit, termasuk yang melakukan kerjasama operasional dengan Rumah Sakit, wajib menjadi anggota KSM.

Pasal 73

- (1) Keanggotaan KSM mempunyai kewenangan yang dapat diberikan kepada dokter secara terus menerus yang 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 74

Kelompok Staf Medis Rumah Sakit berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.

Pasal 75

KSM Dalam melaksanakan fungsinya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 mempunyai tugas:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- b. membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran;
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 76

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 KSM dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus;
- (2) Setiap kelompok KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian yang sama.

Pasal 77

- (1) Kelompok KSM dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya;
- (2) Ketua KSM dapat dijabat oleh Dokter PNS atau Dokter Non PNS;
- (3) Pemilihan Ketua KSM diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur;
- (4) Ketua KSM ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit;
- (5) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Pasal 78

Tanggungjawab KSM meliputi:

- a. Melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- b. Memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- c. Memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
- d. Memberikan laporan secara teratur minimal 1 (satu) kali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur atau Kepala Bidang Pelayanan Medik tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu;
- e. Melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen yang terkait.

Pasal 79

Kewajiban KSM meliputi:

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

Pasal 80

- (1) Terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi KSM dilakukan penilaian kinerja oleh Direktur sesuai ketentuan yang berlaku;
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan yang berlaku;
- (3) KSM yang memberikan pelayanan medik dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Bagian Kedua Kategori Kelompok Staf Medis

Pasal 81

Kategori Kelompok staf medis yang memberikan pelayanan pada rumah sakit yang terbagi atas :

- a. Dokter tetap ;
- b. Dokter tidak tetap;
- c. Dokter paruh waktu;
- d. Dokter tamu;
- e. Dokter spesialis konsultan;
- f. Dokter peserta pendidikan dokter spesialis; dan
- g. Dokter interensif.

Pasal 82

- (1) Dokter Tetap sebagaimana disebutkan pasal 81 huruf (a) adalah pegawai tetap yang bekerja penuh waktu dan berkedudukan sebagai bagian KSM yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada Rumah Sakit;
- (2) Pelayanan dokter tetap sebagaimana disebutkan pasal 81 huruf a sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- (3) Pengangkatan dokter tetap dilaksanakan sesuai dengan mekanisme dan sistem perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 83

- (1) Dokter tidak tetap sebagaimana disebutkan pasal 81 huruf (b) adalah dokter yang direkrut dengan sistem kontrak oleh Pemerintah melalui rumah sakit sebagai pegawai tidak tetap yang bekerja penuh waktu untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada Rumah Sakit;

- (2) Pelayanan dokter tidak tetap sebagaimana disebutkan pasal 81 huruf (b) sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- (3) Mekanisme rekrutmen dan seleksi dokter tidak tetap dengan berpedoman pada Peraturan Walikota;
- (4) Masa kerja dokter tidak tetap sesuai dengan perjanjian dalam kontrak kerja dan dapat diperpanjang lagi.

Pasal 84

- (1) Dokter paruh waktu sebagaimana disebutkan pasal 81 huruf (c) adalah dokter yang bekerja tidak penuh waktu dalam seminggu, yang dipekerjakan di rumah sakit dengan sistem perjanjian kerjasama dengan pihak lain atas nama individu atau organisasi/lembaga/pendidikan yang mempunyai kewenangan dalam pemberian layanan kesehatan;
- (2) Pelayanan dokter paruh waktu sebagaimana disebutkan ayat (1) sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- (3) Pelayanan dokter paruh waktu sebagaimana disebutkan ayat (2) berdasarkan atas kebutuhan dan untuk kepentingan pelayanan pasien di rumah sakit serta melalui persetujuan komite medik;
- (4) Perjanjian kerjasama dokter paruh waktu adalah perjanjian direktur atas nama rumah sakit dengan pihak individu dokter atau atas nama organisasi/lembaga/ pendidikan, yang memuat jangka waktu, spesifikasi pelayanan, kewenangan, serta hak dan kewajiban dan lain-lain yang dibutuhkan untuk kepentingan pelayanan rumah sakit.

Pasal 85

- (1) Dokter tamu sebagaimana disebutkan pasal 81 huruf (d) adalah dokter yang karena reputasi atau keahliannya diundang secara khusus oleh Rumah Sakit untuk menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani oleh Kelompok Staf Medis;
- (2) Pelayanan dokter tamu sebagaimana disebutkan ayat (1) karena adanya permintaan khusus dari pelayanan dan atas dasar persetujuan komite medik;
- (3) Pelayanan dokter tamu sebagaimana disebutkan ayat (1) sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi serta memiliki hak dan kewajiban sesuai dengan perundang-undangan.

Pasal 86

- (1) Dokter Spesialis konsultan sebagaimana disebutkan pasal 81 huruf (e) adalah dokter yang karena keahliannya direkrut oleh rumah sakit untuk memberikan konsultasi (yang tidak bersifat mengikat) kepada kelompok staf medis lain yang memerlukannya.

- (2) Pelayanan dokter konsultan sebagaimana disebutkan ayat (1) sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi serta memiliki hak dan kewajiban sesuai dengan perundang-undangan;
- (3) Pengangkatan dokter spesialis konsultan dengan keputusan direktur atas usulan dan pertimbangan komite medik;
- (4) Masa kerja Dokter konsultan adalah sesuai dengan perjanjian atau keputusan direktur;

Pasal 87

- (1) Dokter peserta pendidikan dokter spesialis sebagaimana disebutkan pasal 81 huruf (g) adalah dokter yang secara sah diterima sebagai peserta pendidikan dokter spesialis, serta memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan;
- (2) Dokter peserta pendidikan dokter spesialis sebagaimana disebutkan ayat (1) sesuai dengan kualifikasi dan kompetensinya dan mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan perundang-undangan;
- (3) Pelayanan Dokter peserta pendidikan dokter spesialis berdasarkan perjanjian kerja sama antara rumah sakit yang diwakili direktur dengan lembaga atau institut pendidikan dokter spesialis.

Pasal 88

- (1) Dokter Interensif sebagaimana disebutkan pasal 81 huruf (h) adalah dokter umum yang menjalankan kegiatan magang pelayanan kesehatan di rumah sakit yang direkomendasikan oleh Kementerian Kesehatan;
- (2) Pelayanan dokter interensif sebagaimana disebutkan ayat (1) sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi yang telah ditetapkan atau sesuai ketentuan yang berlaku;
- (3) Masa kerja dokter interensif adalah sesuai masa magang di rumah sakit atau sesuai petunjuk yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Bagian Ketiga Kelompok Staf Medis

Pasal 89

- (1) KSM Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 huruf a terdiri dari:
 - a. KSM Bedah;
 - b. KSM Non Bedah; dan
 - c. KSM Umum.
- (2) KSM Bedah sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) yaitu kelompok staf medik dokter ahli yang dalam menjalankan tugas dan fungsinya memberikan pelayanan operasi;
- (3) KSM Non Bedah sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) yaitu Kelompok staf medik dokter ahli yang dalam menjalankan tugas dan fungsinya tanpa melakukan kegiatan pelayanan operasi;

- (4) KSM Umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c yaitu kelompok staf medik dokter umum yang memberikan pelayanan medik dasar umum, kesehatan mulut dan gigi, yang meliputi dokter umum dan dokter gigi;

Pasal 90

- (1) Kelompok Staf Medik dengan status tetap atau Pegawai Negeri Sipil yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Kelompok Staf Medik tidak tetap atau Kelompok Staf Medik tetap non PNS, apabila yang bersangkutan memenuhi persyaratan dengan mengajukan permohonan kepada Direktur;
- (2) Dalam pengambilan keputusan untuk menerima atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur meminta Komite Medik untuk melakukan kajian kompetensi calon staf medik melalui Subkomite Kredensial Staf Medis.

Pasal 91

- (1) Kelompok Staf Medik diberhentikan dengan hormat karena:
- a. telah memasuki masa pensiun;
 - b. permintaan sendiri;
 - c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai Staf Medis; dan
 - d. berhalangan tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut.
- (2) Kelompok Staf Medik dapat diberhentikan dengan tidak hormat apabila melakukan perbuatan melawan hukum dengan ancaman pidana 4(empat) tahun sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 92

- (1) Dalam hal Staf Medik dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan/atau kematian maka Komite Medik dapat melakukan penelitian;
- (2) Bila hasil penelitian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membuktikan bahwa Staf Medik melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan, maka Komite Medik dapat mengusulkan kepada Direktur agar Staf Medik yang bersangkutan dikenai sanksi berupa sanksi administratif;
- (3) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medik yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik;
- (4) Dalam hal Staf Medik tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan;
- (5) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Sanggahan, Direktur harus menyelesaikan dengan mengundang semua pihak yang terkait;
- (6) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (5) bersifat final.

Pasal 93

Seluruh Staf Medis Rumah Sakit, yang melakukan pelanggaran terhadap aturan perundang-undangan, aturan rumah sakit, klausul-klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.

Pasal 94

- (1) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Medik dalam hal ini Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya;
- (2) Sanksi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dapat berupa:
 - a. teguran lisan atau tertulis;
 - b. pemberhentian praktik di rumah sakit untuk sementara waktu;
 - c. pemberhentian dengan tidak hormat dari KSM yang berstatus PNS;
 - d. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medik yang berstatus Non PNS.

Bagian Keempat Komite Medik

Paragraf Pertama Umum

Pasal 95

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural di rumah sakit yang dibentuk dengan Keputusan Direktur;
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan KSM;
- (3) Komite Medik berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur, meliputi hal-hal yang berkaitan dengan:
 - a. mutu pelayanan medis;
 - b. pembinaan etik kedokteran; dan
 - c. pengembangan profesi medis.
- (4) Komite Medik mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun;
- (5) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan bagi Komite Medik untuk melaksanakan fungsinya.

Pasal 96

Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:

- a. ketua;
- b. sekretaris;
- c. anggota yang terbagi dalam Subkomite.

Pasal 97

- (1) Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 96 huruf (a) ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis;
- (2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis;
- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku;
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit.

Pasal 98

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medik di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi medik.
- (2) Komite Medik terbagi dalam 3 (tiga) Subkomite, yaitu:
 - a. Subkomite Kredensial Staf Medis;
 - b. Subkomite Mutu Profesi Medis; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis.
- (3) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf (a), huruf b dan huruf c terdiri atas paling banyak 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

Pasal 99

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang:

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

Pasal 100

- (1) Organisasi Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (2) huruf a terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medik;
- (2) Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud pada Pasal 99 ayat (2), huruf (a) mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis;
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Subkomite Kredensial Staf Medis, memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

Pasal 101

- (1) Subkomite Mutu Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (2), huruf (b) paling sedikit 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Subkomite Mutu Profesi Medis sebagaimana disebutkan ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.
- (3) Subkomite Mutu Profesi Medis dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis, memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - d. rekomendasi pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan;
 - e. Pemantauan dan pengendalian mutu profesi dilakukan melalui:
 1. pemantauan kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading*;
 2. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Pasal 102

- (1) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi medis sebagaimana disebutkan pasal 98 ayat (2), huruf (c) terdiri atas 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda;
- (2) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi medis sebagaimana disebutkan ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik;
- (3) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi;
- (4) Sub Komite etika dan disiplin Profesi Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. pemberian rekomendasi pendisiplinan pelaku pelanggaran disiplin professional di Rumah Sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
- (5) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis;
- (6) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (5) terdiri dari 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit.

Paragraf Kedua Kewenangan Klinik Staf Medis

Pasal 103

- (1) Setiap Dokter yang diterima sebagai staf medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh Direktursesuai standar profesi setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan buku putih (*white paper*);
- (2) Kewenangan klinis seorang staf medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (*behavior*).

Pasal 104

- (1) Untuk dapat memberikan rekomendasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 103 ayat (1) Komite Medik menetapkan rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) dari syarat-syarat kompetensi yang dibutuhkan untuk setiap jenis pelayanan medis bagi setiap jenis pelayanan di rumah sakit;

- (2) Penetapan rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium spesialisasi;
- (3) Penetapan rincian kewenangan dan syarat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) didokumentasikan oleh Komite Medik dalam buku putih (*white paper*);
- (4) *white paper* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) menjadi dasar bagi Komite Medik dalam mengeluarkan rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk staf medis.

Paragraf Ketiga Surat Penugasan Klinik

Pasal 105

- (1) Pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 103 diberikan Direktur melalui penerbitan Surat Penugasan Klinik;
- (2) Surat Penugasan Klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Staf Medis sebagai dasar untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
- (3) Berdasarkan Surat Penugasan Klinik (*Clinical Appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka seorang staf medis tergabung menjadi anggota kelompok (*member*) staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medik di rumah sakit;
- (4) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu;
- (5) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medik di rumah sakit.

Pasal 106

Direktur dapat memberikan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*) kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti.

Pasal 107

Dalam keadaan *emergency* atau bencana yang menimbulkan banyak korban, semua staf medik dapat diberikan kewenangan klinis oleh Direktur untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

**Paragraf Keempat
Kredensial**

Pasal 108

- (1) Rekomendasi dari Komite Medik untuk pemberian kewenangan klinis dilakukan melalui proses kredensial;
- (2) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf medis yang akan berhadapan langsung dengan pasien;
- (3) Rumah sakit wajib melakukan proses kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk memverifikasi keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis agar yang bersangkutan bisa melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasinya;
- (4) Upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan cara mengatur agar setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar memiliki kompetensi;
- (5) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi dua aspek yaitu:
 - a. Kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan dan perilaku profesional; dan
 - b. Kompetensi fisik dan mental.

Pasal 109

- (1) Setelah seorang staf medis dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan Surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu, berupa pemberian kewenangan klinis;
- (2) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang staf medis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut.

Pasal 110

- (1) Paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum Surat Penugasan Klinis habis masa berlakunya, staf medis yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit;
- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rumah sakit melalui Subkomite Kredensial Staf Medis harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan;
- (3) Mekanisme dan proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial;

- (4) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Medik kepada Direktur berupa :
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan/atau
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Pasal 111

- (1) Mekanisme kredensial dan rekredensial di Rumah Sakit merupakan tanggung jawab komite medik;
- (2) Proses kredensial dan rekredensial dilaksanakan oleh Subkomite Kredensial Staf Medis.

Paragraf Kelima Rapat-Rapat Komite Medik

Pasal 112

Rapat Komite Medik terdiri dari rapat Rutin, rapat khusus dan rapat tahunan.

Pasal 113

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud pada Pasal 112 dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan;
- (2) Rapat Rutin bersama semua kelompok Staf Medis dan/atau dengan semua staf medis, dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan;
- (3) Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Wakil Ketua dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu dari anggota yang hadir dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik tidak hadir;
- (4) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik 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;
- (5) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 114

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 diadakan apabila:
 - a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik.
- (2) Rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal Qorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya;

- (3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan;
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada pasal 114 ayat (1) huruf a harus dilakukan/paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 115

- (1) Rapat Tahunan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 diselenggarakan sekali dalam setahun;
- (2) Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas hari) sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 116

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 wajib dihadiri oleh Direktur, Pejabat struktural yang membidangi pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.

Pasal 117

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

Pasal 118

- (1) Direktur 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.

**Paragraf Keenam
Panitia Adhoc**

Pasal 119

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*;
- (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) Mitra bestari (*peer group*) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis;
- (5) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada pasal 119 ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/ atau instansi pendidikan kedokteran/ kedokteran gigi.

**Paragraf Ketujuh
Pembinaan Dan Pengawasan Komite Medik**

Pasal 120

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh badan-badan yang berwenang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit;
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan, pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

**BAB IV
TATA KELOLA STAF KEPERAWATAN
(NURSING STAFF BYLAWS)**

**Bagian Pertama
Tujuan**

Pasal 121

Tujuan dari disusunnya Tata Kelola Staf Keperawatan adalah :

- a. memberikan landasan hukum bagi komite keperawatan guna melaksanakan tugas dan fungsinya dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit, melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi terhadap seluruh staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit;

- b. agar staf keperawatan rumah sakit terorganisir secara baik, dan memiliki peran, tugas serta kewenangan yang jelas, fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas, efisien dan bertanggung jawab.

Bagian Kedua Staf Keperawatan

Pasal 122

- (1) Staf keperawatan adalah perawat, perawat gigi dan bidan yang bergabung dalam salah satu kelompok staf keperawatan;
- (2) Staf keperawatan dalam melaksanakan keprofesiannya wajib mengikuti Tata Kelola Klinis (*Good Clinical Governance*) di tingkat Kelompok Fungsional Keperawatan di Rumah Sakit;
- (3) Staf Keperawatan secara manajerial bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Keperawatan melalui Kepala Instalasi atau Kepala Ruangan;
- (4) Staf Keperawatan secara profesi bertanggung jawab kepada Komite Keperawatan.

Pasal 123

- (1) Untuk menjadi anggota Staf Keperawatan, seorang staf keperawatan harus memiliki:
 - a. Standar kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. Surat Tanda Registrasi (STR);
 - c. Surat Ijin Kerja (SIK).
- (2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf keperawatan harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang baik (*fit*) untuk melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.

Pasal 124

- (1) Keanggotaan Staf Keperawatan mempunyai kewenangan yang dapat diberikan kepada staf keperawatan secara terus menerus yang 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 125

- (1) Tugas staf keperawatan:
 - a. Melaksanakan kegiatan keprofesian yang terkait dengan asuhan keperawatan sesuai kewenangan kliniknya ;
 - b. Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan/pelatihan berkelanjutan baik formal maupun non formal;
 - c. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan keperawatan, standar kompetensi keperawatan serta standar etika dan disiplin yang sudah ditetapkan;

- d. Menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator kinerja.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya staf keperawatan secara perorangan berfungsi sebagai pelaksana pelayanan asuhan keperawatan, sebagai pendidik & sebagai peneliti sesuai dengan perkembangan IPTEK dalam bidang keperawatan.

Bagian Ketiga
Pembinaan dan Pengawasan Staf Keperawatan

Pasal 126

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf keperawatan yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Kepala Bidang Keperawatan dan atau Komite Keperawatan;
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf keperawatan meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi, dan motivasi kerja dilakukan oleh Komite Keperawatan;
- (3) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan, disiplin pegawai dan motivasi kerja dilakukan oleh Kepala Bidang Keperawatan berdasarkan rekomendasi Seksi Perencanaan dan Pengembangan Pelayanan Keperawatan, serta Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan.

Pasal 127

- (1) Pembinaan dan pengawasan terkait kewenangan klinis dilakukan dengan investigasi.
- (2) Rekomendasi hasil investigasi sebagaimana ayat (1), berupa:
- a. Penjatuhan sanksi berupa teguran tertulis atau/dan pembatasan kewenangan klinis, paling lama 3 (tiga) bulan untuk pelanggaran ringan;
 - b. Pembatasan kewenangan klinis, paling lama 6 (enam) bulan untuk pelanggaran sedang;
 - c. Pembatasan kewenangan klinis, paling lama 1 (satu) tahun untuk pelanggaran berat.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terkait mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan dengan audit keperawatan, yang diarahkan untuk:
- a. Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan;
 - b. Meningkatkan etika dan disiplin profesi;
 - c. Melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan.

Pasal 128

Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap staf keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

**Bagian keempat
Komite Keperawatan**

**Paragraf Pertama
Umum**

Pasal 129

- (1) Komite keperawatan adalah merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit, yang keanggotaannya dari tenaga keperawatan;
- (2) Komite keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan;
- (3) Komite keperawatan dibentuk oleh direktur rumah sakit.

Pasal 130

Komite Keperawatan mempunyai fungsi sebagai berikut :

- a. Melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidan di rumah sakit;
- b. Memelihara mutu profesi tenaga keperawatan;
- c. Menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi perawat dan bidan;

Pasal 131

Komite Keperawatan mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. Meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan;
- b. Mengatur tata kelola klinis yang baik agar pelayanan keperawatan bermutu;
- c. Menjaga keselamatan pasien di rumah sakit;
- d. Melakukan koordinasi dengan Direktur dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas kelompok staf Keperawatan.

Pasal 132

Komite Keperawatan mempunyai wewenang sebagai berikut :

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

Pasal 133

Komite Keperawatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur terkait dengan mutu pelayanan Keperawatan, pembinaan etika Keperawatan dan pengembangan profesi Keperawatan.

Pasal 134

Kewajiban Komite Keperawatan adalah sebagai berikut :

- a. Menyusun peraturan internal staf Keperawatan (Nursing Staf Bylaws);

- b. Membuat standarisasi format untuk standar pelayanan Keperawatan, standar prosedur operasional dibidang manajerial / administrasi dan bidang keilmuan / profesi dan standar kompetensi;
- c. Membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik Keperawatan;
- d. Melakukan pemantauan mutu klinik, etika Keperawatan pelaksanaan pengembangan profesi Keperawatan.

Pasal 135

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya sebagai berikut:
 - a. Ketua ;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. 3 Sub Komite.
- (2) Anggota Komite Keperawatan terbagi ke dalam sub komite;
- (3) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari :
 - a. Subkomite kredensial yang bertugas menyeleksi profesionalisme staf keperawatan;
 - b. Subkomite mutu profesi, yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf keperawatan;
 - c. Subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin etika dan perilaku profesi staf keperawatan.
- (4) Personalia Komite Keperawatan Rumah Sakit berjumlah 5 (lima) orang.

Pasal 136

- (1) Seseorang yang dapat diangkat menjadi anggota/Komite Keperawatan ialah Staf keperawatan yang memiliki integritas dan dedikasi yang tinggi terhadap ilmu keperawatan dan sudah bekerja di Rumah Sakit minimal 2 tahun terakhir;
- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan :
 - a. sikap profesional;
 - b. reputasi;
 - c. perilaku; dan
 - d. memperhatikan usulan dari Staf Keperawatan.
- (3) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur;
- (4) Ketua Sub Komite, ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Keperawatan;
- (5) Pengangkatan dan pemberhentian anggota/personalia Komite Keperawatan ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Pasal 137

- (1) Persyaratan Ketua Komite Keperawatan:
 - a. Mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. Menguasai segi ilmu pofesinya;
 - c. Peka terhadap perkembangan perumahsakititan;
 - d. Bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;

- e. Mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya;
 - f. Mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
- (2) Dalam menentukan Ketua Komite Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan Pengawas.

Pasal 138

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme Staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
- a. Melakukan kredensial bagi seluruh Staf keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan, menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Pedoman pelaksanaan tugas Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 139

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

Pasal 140

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan memiliki wewenang:

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

Pasal 141

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

Pasal 142

- (1) Masa bakti kepengurusan Komite Keperawatan adalah 3 tahun;
- (2) Pengurus komite Keperawatan dapat diberhentikan oleh Direktur sebelum masa jabatan berakhir atas dasar pertimbangan tertentu dari Direktur.

Pasal 143

- (1) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan dan diberhentikan oleh Direktur, dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku;
- (2) Jumlah keanggotaan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah 5 (Lima) orang yaitu 1 (satu) orang Ketua, 1 (satu) orang Sekretaris, 1 (Satu) orang Subkomite Kredensial, 1 (Satu) orang Subkomite Mutu Profesi dan 1 (Satu) orang Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

Pasal 144

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit;
- (2) Sekretaris Komite Keperawatan dan ketua dan sekretaris serta anggota subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

Pasal 145

- (1) Rapat Komite Keperawatan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Keperawatan untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan keprofesian tenaga perawat sesuai tugas dan kewajibannya;
- (2) Anggota Komite Keperawatan berkewajiban ikut menghadiri rapat/pertemuan Komite Keperawatan;
- (3) Keputusan rapat dianggap sah dan mengikat apabila dihadiri oleh lebih separuh dari jumlah anggota;
- (4) Keputusan rapat/pertemuan anggota Komite Keperawatan diambil atas dasar musyawarah dan mufakat;

- (5) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak;
- (6) Rapat Komite Keperawatan terdiri dari rapat rutin, rapat dengan Kepala Bidang Keperawatan, dan rapat khusus;
- (7) Peserta rapat Komite Keperawatan selain Anggota Komite Keperawatan, apabila diperlukan dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang terkait dengan agenda rapat, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit yang ditentukan oleh Komite Keperawatan;
- (8) Setiap rapat Komite Keperawatan dibuat risalah rapat;
- (9) Mekanisme pelaksanaan rapat Komite Keperawatan diatur dalam pedoman rapat Komite Keperawatan.

Pasal 146

- (1) Rapat rutin Komite Keperawatan:
 - a. Rapat rutin diselenggarakan terjadwal paling sedikit 2 (dua) kali dalam 1 (satu) bulan dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan;
 - b. Rapat rutin merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, melakukan klarifikasi, mencari alternatif solusi berbagai masalah pelayanan keperawatan dan membuat usulan tentang kebijakan pelayanan keperawatan;
 - c. Risalah rapat rutin disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat rutin berikutnya.
- (2) Rapat Komite Keperawatan dengan Kepala Keperawatan:
 - a. Rapat dengan Kepala Bidang Keperawatan diselenggarakan terjadwal paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan dan Kepala Bidang Keperawatan;
 - b. Rapat rutin merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, melakukan klarifikasi, mencari alternatif solusi berbagai masalah pelayanan keperawatan dan membuat usulan tentang kebijakan pelayanan keperawatan;
 - c. Risalah rapat dengan Kepala Bidang Keperawatan disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat dengan Kepala Bidang Keperawatan berikutnya.
- (3) Rapat khusus Komite Keperawatan:
 - a. Rapat khusus diselenggarakan atas permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Komite Keperawatan;
 - b. Rapat khusus bertujuan untuk membahas masalah mendesak/penting yang segera memerlukan penetapan/keputusan Direktur;
 - c. Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Komite Keperawatan kepada peserta rapat melalui telepon sebelum rapat diselenggarakan, dengan memberitahukan agenda rapat.
- (4) Pimpinan rapat Komite Keperawatan:
 - a. Setiap rapat Komite Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan, apabila Ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat, bila kuorum telah tercapai, maka Anggota Komite Keperawatan yang hadir dapat memilih pimpinan rapat;
 - b. Pimpinan rapat sebagaimana dimaksud pada huruf a, berkewajiban

melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Komite Keperawatan.

- (5) Qorum:
- Dalam hal untuk pengambilan keputusan, rapat Komite Keperawatan hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai;
 - Kuorum dianggap tercapai bila $\frac{1}{2}$ (setengah) ditambah 1 (satu) orang dari jumlah seluruh anggota Komite Keperawatan hadir;
 - Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu satu jam dari waktu yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilaksanakan pada tempat, hari dan jam yang disepakati paling lambat dalam waktu 2x24 jam;
 - Dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu satu jam dari waktu rapat yang telah ditentukan sebagaimana dimaksud pada huruf c, maka rapat dapat dilaksanakan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Komite Keperawatan berikutnya.
- (6) Pengambilan putusan rapat:
- Pengambilan putusan rapat Komite Keperawatan berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*);
 - Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak;
 - Apabila belum mendapat kesepakatan maka pimpinan rapat menyampaikan hasil rapat kepada Direktur untuk diputuskan;
 - Keputusan rapat Komite Keperawatan merupakan sebuah rekomendasi yang diberikan kepada Direktur.

Paragraf Kedua Subkomite Kredensial

Pasal 147

- (1) Pengorganisasian subkomite Kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari :
- Ketua;
 - Sekretaris ; dan
 - Anggota.
- (2) Ketua, sekretaris dan anggota sub komite kredensial ditetapkan dan bertanggung jawab kepada Komite Keperawatan

Pasal 148

Tugas Sub Komite kredensial:

- Menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan buku putih;
- Melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
- Merekomendasikan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan ;
- Merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan ;
- Melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
- Melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke Direktur Rumah Sakit.

Pasal 149

Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite kredensial memiliki kewenangan memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis untuk memperoleh surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*) bagi seluruh perawat dan bidan yang bekerja di rumah sakit.

Pasal 150

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

Pasal 151

- (1) Rekredensial terhadap staf keperawatan dilakukan dalam hal:
 - a. Penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf keperawatan yang telah habis masa berlakunya;
 - b. Staf keperawatan yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. Staf keperawatan yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Rekomendasi hasil rekredensial berupa:
 - a. Kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. Kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. Kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. Kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. Kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan/atau
 - f. Kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Pasal 152

- (1) Anggota subkomite kredensial Komite Keperawatan terdiri sekurang-kurangnya 1 orang staf keperawatan;
- (2) Anggota subkomite kredensial Komite Keperawatan memiliki surat penugasan klinis di Rumah Sakit.

Paragraf Ketiga
Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan

Pasal 153

- (1) Pengorganisasian Subkomite Mutu Profesi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Anggota.
- (2) Ketua, sekretaris dan anggota Subkomite Mutu Profesi ditetapkan dan bertanggung jawab kepada Komite Keperawatan

Pasal 154

Tugas Subkomite Mutu Profesi Komite Keperawatan :

- a. Menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
- b. Melakukan audit keperawatan dan kebidanan;
- c. Merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan;
- d. Memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

Pasal 155

Dalam melaksanakan tugasnya, Subkomite Mutu Profesi Komite Keperawatan mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan, pendidikan keperawatan berkelanjutan serta pendampingan.

Paragraf Keempat
Audit Keperawatan

Pasal 156

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

Pasal 157

- (1) Memberikan rekomendasi atau persetujuan pendidikan berkelanjutan baik yang merupakan program rumah sakit maupun atas permintaan staf keperawatan sebagai usulan kepada Direktur;
- (2) Pendidikan berkelanjutan dilakukan dengan:
 - a. Menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan;
 - b. Mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus antara lain, kasus keselamatan pasien, kasus sulit, maupun kasus langka;
 - c. Menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf keperawatan dan keteknisian setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
 - d. Bersama-sama dengan Bidang keperawatan menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang melibatkan staf keperawatan dan keteknisian sebagai narasumber dan peserta aktif;
 - e. Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

Pasal 158

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

Paragraf Kelima Sub Komite Disiplin dan Etika Profesi

Pasal 159

- (1) Pengorganisasian Subkomite Disiplin dan Etika Profesi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris ; dan
 - c. Anggota.
- (2) Ketua, sekretaris dan anggota Subkomite Disiplin dan Etika Profesi ditetapkan dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.

Pasal 160

Tugas Subkomite Disiplin dan Etika Profesi Komite Keperawatan :

- a. Melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
- b. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;

- c. Merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan dan kebidanan;
- d. Merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis dan/atau surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*) terkait masalah etik dan disiplin profesi.
- e. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

Pasal 161

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Subkomite disiplin dan etika Profesi Komite Keperawatan mempunyai kewenangan memberikan usul rekomendasi pencabutan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) tertentu, memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis (*delineation of clinical privilege*), serta memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin;
- (2) Anggota Subkomite disiplin dan etika Profesi Komite Keperawatan di Rumah Sakit terdiri dari :
 - a. Minimal 1 (Satu) orang staf keperawatan; dan
 - b. Memiliki surat penugasan klinis.

Pasal 162

- (1) Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf keperawatan, antara lain:
 - a. Pedoman pelayanan keperawatan di rumah sakit;
 - b. Prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. Daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
 - d. Pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan keperawatan (*white paper*) di rumah sakit;
 - e. Kode etik keperawatan Indonesia;
 - f. Pedoman perilaku profesional;
 - g. Pedoman pelanggaran disiplin keperawatan yang berlaku di Indonesia;
 - h. Standar prosedur operasional asuhan keperawatan.
- (2) Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf keperawatan berupa:
 - a. Peringatan lisan
 - b. Peringatan tertulis;
 - c. Limitasi (reduksi) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - d. Bekerja di bawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan keperawatan tersebut;
 - e. Pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
- (3) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional ditetapkan oleh Komite Keperawatan.

Pasal 163

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Subkomite disiplin dan etika Profesi.

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

Pasal 164

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

Pasal 165

- (1) Pembinaan dan pengawasan kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi staf keperawatan dilakukan oleh Komite Keperawatan;
- (2) Pembinaan dan pengawasan disiplin pegawai dan motivasi kerja staf keperawatan dilakukan oleh Direktur melalui Kepala Bidang Keperawatan;
- (3) Pembinaan sebagaimana ayat (1) yang merupakan tindakan korektif terkait dengan pembatasan kewenangan klinis dilakukan dengan investigasi;
- (4) Pembinaan sebagaimana ayat (3) berupa :
 - a. Teguran tertulis atau pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 3 (tiga) bulan untuk pelanggaran ringan;
 - b. Pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 6 (enam) bulan untuk pelanggaran sedang; atau
 - c. Pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 1 (satu) tahun untuk pelanggaran berat.
- (5) Pengawasan sebagaimana ayat (1) merupakan tindakan korektif terkait kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi dilakukan dengan audit keperawatan;
- (6) Audit Keperawatan sebagaimana ayat (5) diarahkan untuk :
 - a. Meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan oleh staf keperawatan;

- b. Meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf keperawatan; dan
 - c. Melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf keperawatan.
- (7) Pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap Staf keperawatan terkait disiplin pegawai dan motivasi kerja berpedoman pada peraturan perundang-undangan dan kebijakan Direktur;
- (8) Pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap Staf Keperawatan sebagai profesi berpedoman pada peraturan perundang-undangan dan peraturan rumah sakit yang berlaku.

Paragraf Keenam
Mitra Bestari Keperawatan

Pasal 166

- (1) Mitra Bestari (*Peer Group*) adalah sekelompok staf keperawatan dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan kompetensi tenaga keperawatan termasuk evaluasi & verifikasi dokumen kewenangan klinis yang diajukan oleh tenaga perawat dan bidan;
- (2) Mitra Bestari (*Peer Group*) tidak terbatas dari staf keperawatan yang ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan perawat spesialis, kolegium perawat spesialis, dan/atau institusi pendidikan keperawatan yang memiliki spesialisasi yang sama;
- (3) Mitra Bestari (*Peer Group*) dapat ditunjuk sebagai Panitia Adhoc untuk membantu Komite Keperawatan melakukan kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit;
- (4) Penetapan Mitra Bestari (*Peer Group*) sebagai Panitia Adhoc sebagaimana disebutkan pasal 128 ayat (3) ditetapkan dengan keputusan Direktur atas usulan Komite Keperawatan.

Bagian Kelima
Kewenangan Klinis

Pasal 167

- (1) Kewenangan Klinis merupakan kewenangan untuk melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya;
- (2) Kewenangan klinis sebagai syarat mutlak staf keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan;
- (3) Kewenangan Klinis ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan;
- (4) Kewenangan klinis setiap staf keperawatan dapat saling berbeda walaupun memiliki spesialisasi yang sama;

- (5) Kewenangan klinis diberikan kepada staf keperawatan berdasarkan pertimbangan antara lain:
 - a. *Clinical appraisal* (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
 - b. Standar profesi dari organisasi profesi;
 - c. Standar pendidikan;
 - d. Standar kompetensi dari kolegium; dan
 - e. Area pelayanan.
- (7) Kewenangan Klinis perawat baru diberikan setelah menyelesaikan program orientasi serta telah lulus uji kompetensi keperawatan dasar.

Pasal 168

- (1) Kewenangan Klinis yang diberikan kepada perawat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu :
 - a. Kewenangan klinis umum;
 - b. Kewenangan klinis khusus.
- (2) Kewenangan klinis umum merupakan kewenangan yang diberikan kepada staf keperawatan berdasarkan kompetensi dasar perawat;
- (3) Kewenangan klinis khusus merupakan kewenangan yang diberikan kepada staf keperawatan yang dalam kompetensinya membutuhkan pelatihan tambahan atau khusus.

Pasal 169

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf keperawatan yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Komite Keperawatan dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya;
- (2) Sesuai dengan permohonan sebagaimana yang dimaksud pada pasal 130 ayat (1) Komite Keperawatan melakukan kredensial melalui subkomite kredensial;
- (3) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam pasal 130 ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Keperawatan;
- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan dituangkan pada penugasan klinis dalam bentuk Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan;
- (5) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditanda tangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.

Pasal 170

Dalam keadaan bencana alam, kegawat daruratan akibat bencana massal, kerusuhan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf keperawatan rumah sakit dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Pasal 171

Kewenangan klinis diberikan oleh Komite keperawatan melalui sub Komite Kredensial dan akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut oleh Direktur.

Pasal 172

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

Bagian Keenam Penugasan Klinis

Pasal 173

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*clinical governance*) maka semua pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh setiap staf keperawatan di rumah sakit harus senantiasa didukung dengan mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan etika dan disiplin profesi;
- (2) Untuk melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan di rumah sakit, staf keperawatan harus memiliki penugasan klinis yang diberikan oleh Direktur kepada staf keperawatan sesuai area pelayanan dalam melaksanakan tugas;
- (3) Rekomendasi Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan setelah dilakukan kredensial;
- (4) Dalam keadaan darurat Direktur dapat memberikan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) tanpa rekomendasi Komite Keperawatan;
- (5) Penugasan klinis seperti pada ayat (4) harus ditinjau kembali melalui mekanisme kredensial setelah keadaan darurat teratasi/terlewati;
- (6) Penyesuaian level kompetensi terkait remunerasi diberikan setelah semua rincian kewenangan klinis sesuai levelnya sudah diberikan oleh Komite Keperawatan melalui tahapan proses kredensial, penilaian kinerja, etika dan disiplin.

Pasal 174

- (1) Direktur menetapkan kriteria dan syarat-syarat penugasan setiap staf keperawatan untuk suatu tugas atau jabatan klinis tertentu dan akan menyampaikan hal tersebut kepada setiap tenaga keperawatan yang menghendaki penugasan klinis di rumah sakit;
- (2) Kriteria dan syarat-syarat penugasan sebagaimana dimaksud dalam pasal 135 ayat (1) ditetapkan oleh Direktur atas rekomendasi dari Komite Keperawatan;
- (3) Surat penugasan klinis staf keperawatan diberikan untuk jangka waktu adalah 3 (tiga) tahun;
- (4) Direktur dapat merubah atau mencabut surat penugasan klinis sebelum berakhirnya jangka waktu yang telah ditentukan, dengan memperhatikan:
 - a. Ijin praktek yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada;
 - b. Kondisi fisik atau mental staf keperawatan yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan asuhan keperawatan secara tetap;
 - c. Staf keperawatan telah mencapai usia pensiun;
 - d. Tidak memenuhi ketentuan dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kerja

Bagian Ketujuh Review dan Perubahan

Pasal 175

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

BAB V PROSEDUR DAN TATA KERJA RUMAH SAKIT

Pasal 176

Direktur menetapkan prosedur kerja di bidang administrasi, pelayanan medis, penunjang medis penunjang non medis, keperawatan dan pelayanan lainnya yang dibuat oleh unit kerja di lingkungan rumah sakit.

Pasal 177

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan unit kerja di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi secara vertikal dan horisontal sesuai tugas masing-masing;

- (5) Dalam menyampaikan laporan masing-masing kepada atasan, tembusan laporan disampaikan kepada satuan unit kerja lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

BAB VI PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Bagian Kesatu Jenis Tenaga

Pasal 179

- (1) Penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dilaksanakan oleh tenaga rumah sakit yang meliputi tenaga medis, keperawatan, kefarmasian, kesehatan masyarakat, gizi, keterampilan fisik, laboran, analis, radiografer, keteknisian medis dan tenaga non kesehatan;
- (2) Tenaga Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil (Non-PNS).

Bagian Kedua Pengangkatan Pegawai

Pasal 180

- (1) Pengangkatan pegawai berstatus PNS sesuai dengan peraturan perundangan-undangan;
- (2) Pengangkatan pegawai berstatus Non PNS dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan;
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai berstatus Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dalam Peraturan Walikota tersendiri.

Bagian Ketiga Penghargaan dan Sanksi

Pasal 181

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

Pasal 182

- (1) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai berstatus PNS dapat berupa:
 - a. kenaikan Pangkat dengan sistem regular atau kenaikan pangkat pilihan;
 - b. kenaikan Gaji Berkala;
 - c. mendapatkan kesempatan pendidikan yang lebih tinggi ; dan/atau
 - d. insentif.
- (2) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai berstatus Non PNS dapat berupa:
 - a. kenaikan upah secara berkala;
 - b. insentif.

Pasal 183

Sanksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 181 diberikan sesuai ketentuan yang berlaku pada peraturan disiplin PNS.

Bagian Keempat Mutasi Pegawai

Pasal 184

- (1) Mutasi pegawai dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir;
- (2) Mutasi pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
 - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan ketrampilannya;
 - b. masa kerja di unit tertentu;
 - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - d. kegunaannya dalam menunjang karir; dan/atau
 - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Bagian Kelima Kedisiplinan Pegawai

Pasal 185

- (1) Disiplin pegawai ditunjukkan melalui nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban yang dituangkan dalam:
 - a. daftar hadir;
 - b. rekam jejak (track record);
 - c. Penilaian Pekerjaan Pegawai ; dan
 - d. Penilaian kinerja berdasarkan prestasi kerja.
- (2) Pelanggaran terhadap ketentuan disiplin pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan hukuman sesuai tingkat dan jenis pelanggarannya;
- (3) Pelanggaran terhadap ketentuan disiplin pegawai diberikan hukuman sesuai dengan Ketentuan dan Perundang-Undangan yang berlaku

Bagian Keenam Pendidikan Pegawai dan Penelitian

Pasal 186

Pegawai di Rumah Sakit dapat mengajukan peningkatan pendidikan berkelanjutan sesuai mekanisme yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur berdasarkan hasil analisis kebutuhan Rumah Sakit dan rekomendasi dari unit atau bagian di Rumah Sakit.

Pasal 187

- (1) Rekomendasi bagi tenaga staf medis yang ingin mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 186 harus melalui Komite Medis;
- (2) Rekomendasi bagi tenaga keperawatan harus selalui Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan;
- (3) Rekomendasi bagi tenaga kesehatan lainnya harus melalui Kepala Bidang Pelayanan Penunjang; dan
- (4) Rekomendasi bagi tenaga umum dan manajemen melalui Kepala bidang atau Kepala bagian umum

Pasal 188

- (1) Penetapan pemberian izin untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan sepenuhnya menjadi kewenangan Direktur berdasarkan hasil rekomendasi;
- (2) Pengajuan izin belajar dan tugas belajar diproses sesuai dengan peraturan yang berlaku dan harus melalui Sub Bagian Kepegawaian yang berkoordinasi dengan Bidang Pendidikan dan Penelitian dan Bagian Tata Usaha.

Pasal 189

Pendidikan bagi mahasiswa tenaga staf medis dan mahasiswa tenaga keperawatan serta mahasiswa tenaga kesehatan dan lainnya dikelola oleh Bidang Pendidikan dan Penelitian sesuai mekanisme dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Ketujuh Pemberhentian Pegawai

Pasal 190

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus PNS dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian PNS;
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus non PNS dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. mengundurkan diri;
 - b. mencapai usia 56 Tahun;
 - c. meninggal dunia;
 - d. melanggar perjanjian kerja;
 - e. masa perjanjian kerja habis;
 - f. melakukan tindak pidana dengan ancaman hukuman 4 tahun atau lebih;
 - g. tidak masuk kerja selama 46 (empat puluh enam) hari kerja secara akumulatif selama 1 tahun tanpa keterangan;
 - h. berhalangan tetap karena sakitnya sehingga tidak dapat melaksanakan tugas; dan
 - i. penyederhanaan organisasi.

BAB VII
PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT
DAN SUMBER DAYA LAIN

Pasal 191

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

Pasal 192

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 191 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, yang terdiri dari limbah medis dan limbah non medis;
- (2) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan perundang-undangan.

Pasal 193

- (1) Pengelolaan Sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, gedung dan jalan dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- (2) Pengelolaan sumber daya sebagaimana dimaksud ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.

BAB VIII
INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu
Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 194

- (1) Rumah Sakit berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku;
- (2) Rumah Sakit wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- (3) Rekam medis dapat diberikan kepada:
 - a. pasien ataupun pihak lain atas izin pasien secara tertulis; dan
 - b. pengadilan untuk kepentingan peradilan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua
Hak dan Kewajiban Tenaga Medis Rumah Sakit

Pasal 195

- (1) Tenaga Medis Rumah Sakit berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;

- (2) Tenaga Medis Rumah Sakit berkewajiban untuk:
- merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
 - menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, etika dan hukum profesi kedokteran.

Bagian Ketiga
Hak dan Kewajiban Pasien Rumah Sakit

Pasal 196

- (1) Pasien Rumah Sakit berhak untuk:
- memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi;
 - memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
 - memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
 - mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
 - memilih dokter dan kelas perawatan sesuai keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
 - mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya termasuk data-data medisnya;
 - mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
 - memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
 - didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
 - menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya;
 - memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
 - mengajukan usul, saran, perbaikan, atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
 - menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 - menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana dan;
 - mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
- (2) Pasien Rumah Sakit berkewajiban untuk:
- memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya; dan
 - mentaati seluruh prosedur yang berlaku di Rumah Sakit.

BAB IV
KETENTUAN PERUBAHAN

Pasal 197

- (1) Tata Kelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan;
- (2) Perubahan Tata Kelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Walikota;
- (3) Mekanisme perubahan Tata Kelola Rumah Sakit sebagaimana tersebut pada ayat (1) akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Walikota lainnya.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 198

Hal-hal yang belum cukup diatur dalam Peraturan Walikota ini, sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya akan diatur lebih lanjut oleh Direktur.

Pasal 199

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan, agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Makassar

Ditetapkan di Makassar
pada tanggal 6 Pebruari 2015

WALIKOTA MAKASSAR

TTD

MOH. RAMDHAN POMANTO

Diundangkan pada tanggal
pada tanggal 6 Pebruari 2015

SEKRETARIS DAERAH KOTA MAKASSAR

TTD

IBRAHIM SALEH

BERITA DAERAH KOTA MAKASSAR TAHUN 2015 NOMOR 7

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM DAN HAM
SEKRETARIAT DAERAH KOTA MAKASSAR,


Dts. H. MANAI SOPHIAN, SH., MH
Pangkat : Pembina Tingkat I
N I P : 19610524.198503.1.004