



WALIKOTA DENPASAR

PERATURAN WALIKOTA DENPASAR

NOMOR 33 TAHUN 2012

TENTANG

TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WANGAYA

WALIKOTA DENPASAR,

Menimbang

- a. bahwa dengan telah ditetapkannya RSUD Wangaya sebagai Badan layanan Umum Daerah maka semua kegiatan harus dioperasikan berdasarkan pada Tata Kelola atau Peraturan Internal ;
- b. bahwa sebagai tindak lanjut dari ketentuan Pasal 31 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya ;

Mengingat

1. Undang - Undang Nomor 1 Tahun 1992 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Denpasar (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 9, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3465) ;
2. Undang - Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355) ;
3. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116) ;
4. Undang -Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana beberapa kali diubah terakhir dengan Undang -Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang - Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844) ;
5. Undang -Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438) ;
6. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) ;
7. Undang - Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) ;

8. 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) ;
9. 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) ;
10. 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) ;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741) ;
12. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik ;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah ;
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Tekhnis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah ;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/Menkes/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit ;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit tanggal 6 Februari 2008 ;
17. Peraturan Daerah Kota Denpasar Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Denpasar (Lembaran Daerah Kota Denpasar Tahun 2008 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Kota Denpasar Nomor 8) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Denpasar Nomor 13 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kota Denpasar Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Denpasar (Lembaran Daerah Kota Denpasar Tahun 2011 Nomor 13, Tambahan Lembaran Daerah Kota Denpasar Nomor 13) ;
18. Peraturan Walikota Denpasar Nomor 34 Tahun 2008 tentang Uraian Tugas Jabatan Pada Organisasi Lembaga Teknis Daerah Kota Denpasar (Berita Daerah Kota Denpasar Tahun 2008 Nomor 34)

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WANGAYA KOTA DENPASAR.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Kota adalah Kota Denpasar.

2. Pemerintah Kota adalah Pemerintah Kota Denpasar.
3. Walikota adalah Walikota Denpasar.
4. Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya yang selanjutnya disingkat RSUDW adalah Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar
6. Peraturan Pola Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) adalah peraturan yang mengatur tentang hubungan antara hak dan kewajiban Pemerintah Kota Denpasar sebagai pemilik dengan pengelola dan staf medis Rumah Sakit.
7. Dewan Pengawas adalah pengawas yang melakukan pengawasan pengelolaan BLUD dibentuk dengan Keputusan Walikota atas usulan Direktur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
8. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam organisasi, yang terdiri atas Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang/Bagian, Kepala Sub Bagian/ Kepala Seksi.
9. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang Pegawai Negeri Sipil dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
10. Direksi adalah Direktur dan Wakil Direktur.
11. Direktur adalah Direktur RSUDW Kota Denpasar.
12. Wakil Direktur adalah Wakil Direktur RSUDW Kota Denpasar yang terdiri dari Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan, Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan SDM dan Wakil Direktur Administrasi Umum.
13. Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
14. Tokoh masyarakat adalah mereka yang karena prestasi dan perilakunya dapat dijadikan contoh / tauladan bagi masyarakat.
15. Profesi kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapat pendidikan formal kesehatan dan melaksanakan fungsi melayani masyarakat dengan usaha pelayanan penyakit dan mental untuk menjadi sehat.
16. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, Instalasi Bedah Sentral , radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain – lain.
17. Pelayanan medis spesialistik dasar adalah pelayanan medis spesialis penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak.
18. Pelayanan medis spesialistik luas adalah pelayanan medis spesialis dasar ditambah dengan pelayanan spesialis THT, mata, syaraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anestesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, gigi dan mulut, kedokteran forensik dan medicolegal serta pelayanan spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.

19. Pelayanan medis subspecialistik luas adalah pelayanan sub spesialisasi yang ada di pelayanan medis spesialis bedah, kesehatan anak, kebidanan dan penyakit kandungan, penyakit dalam, THT, paru dan pelayanan sub spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
20. Instalasi adalah suatu unit tempat penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit yang dipimpin oleh seorang kepala instalasi
21. Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang keanggotaannya ditunjuk sesuai dengan Keputusan Direktur.
22. Sub komite adalah kelompok kerja dibawah komite medik yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus yang anggotanya terdiri dari staf medis dan tenaga profesi lainnya secara *ex officio* di RSUDW Kota Denpasar.
23. Satuan pengawas internal (SPI) 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 di RSUDW Kota Denpasar.
24. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas – tugas staf medis, komite medik dan sub komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis di Rumah Sakit.
25. Tenaga Kontrak adalah Tenaga Rumah Sakit yang diangkat oleh Direktur.
26. Staf medis organik adalah staf yang memiliki masa kerja sampai memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang – undangan yang berlaku
27. Staf medis mitra adalah staf medis yang memiliki masa kerja selama 2 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan dan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
28. Staf medis relawan (*volunteer*) adalah staf medis yang memiliki masa kerja selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi semua persyaratan
29. Komite medik RSUDW Denpasar adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di RSUDW Denpasar terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;
30. Staf medis RSUDW Denpasar adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis di RSUDW denpasar;
31. Rumah Sakit adalah Rumah sakit Umum Daerah (RSUD) Wangaya Denpasar milik Pemerintah Kota Denpasar merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat;
32. Peraturan internal korporasi (*corporate bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit;
33. Peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit;
34. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*);
35. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di RSUDW berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya;

36. Kredensial adalah proses evaluasi dan penapisan terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
37. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut;
38. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis;
39. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis;

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Pedoman Tata Kelola RSUDW dimaksudkan sebagai peraturan dasar yang mengatur pemilik, direktur dan tenaga medis rumah sakit, yang merupakan pedoman bagi RSUDW Kota Denpasar dalam pengelolaan rumah sakit, dan pedoman dalam menyusun kebijakan operasional rumah sakit.
- (2) Pedoman Tata Kelola RSUDW ditujukan untuk :
 - a. tercapainya kerjasama yang baik antara Pemerintah Daerah, Pejabat Pengelola dan Staf Medis; dan
 - b. tertatanya penerapan profesionalisme yang bertanggung jawab terhadap mutu layanan yang sesuai standar di rumah sakit.
- (3) Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) ini bertujuan untuk mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di RSUDW Denpasar lebih terjamin dan terlindungi serta mengatur penyelenggaraan komite medik di RSUDW dalam rangka peningkatan profesionalisme staf medis.
- (4) Untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi

BAB III

POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Identitas

Pasal 3

RSUDW adalah Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar Kelas B Non Pendidikan.

Bagian Kedua

Visi, Misi, Tujuan Strategis, Motto, Janji Layanan dan Nilai-Nilai Dasar

Pasal 4

- (1) Visi Rumah RSUDW adalah
" Menjadi Rumah Sakit Pilihan Utama, Inovatif dalam pelayanan berbasis budaya kerja "

(2) Misi RSUDW adalah :

1. Memberikan pelayanan bermutu dan terjangkau oleh tenaga profesional;
2. Mengutamakan kenyamanan dan keselamatan pasien

(3) Tujuan RSUDW :

Mewujudkan Derajat Kesehatan Masyarakat yang Optimal

(4) Motto RSUDW adalah :

" Melayani Sedjak Tahoen 1921 "

(5) Janji Layanan RSUDW adalah :

" Memberikan Pelayanan yang aman dan bermutu "

(6) Nilai-nilai dasar :

Dalam memberikan pelayanan kesehatan, RSUDW memiliki nilai - nilai dasar :

1. Melayani adalah kewajiban (Sewaka Dharma);
2. Mengawali pekerjaan dengan doa;
3. Senantiasa senyum, ramah, sopan santun, dan rendah hati;
4. Empati kepada pasien (mendengarkan, penuh perhatian, peduli, responsif dan suka menolong);
5. Menjaga kebersihan (rapi, berpenampilan menarik);
6. Menjunjung tinggi nilai profesionalisme.

Bagian Ketiga

Kedudukan Pemerintah Kota

Pasal 5

- (1) Pemerintah Kota bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, pengembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.
- (2) Pemerintah Kota dalam melaksanakan tanggung jawabnya mempunyai kewenangan.
 - a. menetapkan peraturan tentang Rencana Strategis Bisnis, Pola Tata Kelola, Laporan Pokok Keuangan dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit beserta perubahannya, sistem remunerasi;
 - b. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku ;
 - c. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan ;
 - d. menyetujui dan mengesahkan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah dan ;
 - e. berwenang mengambil keputusan yang terkait dengan :
 - 1) Pengalihan atau penghapusan asset tetap ;
 - 2) Penggunaan surplus atas operasi rumah sakit ;
 - 3) Investasi, pembiayaan jangka panjang dan kerja sama operasional yang bersifat strategis ; dan
 - 4) Perubahan arah strategis Rumah Sakit.

- (3) Pemerintah Kota bertanggungjawab menutup defisit rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan setelah diaudit oleh auditor independen.

Bagian Keempat

Dewan Pengawas

Paragraf 1

Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 6

- (1) Dewan Pengawas ditetapkan dengan Keputusan Walikota atas usulan Direktur.
- (2) Jumlah anggota Dewan Pengawas Rumah Sakit berjumlah maksimal 5 (lima) terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan (empat) orang anggota

Paragraf 2

Tugas dan Kewajiban Dewan Pengawas

Pasal 7

- (1) Dewan Pengawas bertugas
- a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit ;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran ;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien ;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah sakit, etika Profesi, dan peraturan perundang-undangan;
- (2) Dewan Pengawas berkewajiban :
- a. memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai Rencana Strategis Bisnis dan Rencana Bisnis dan anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola RSUDW;
 - b. melaporkan kepada Walikota apabila terjadi gejala menurunnya kinerja RSUDW
 - c. mengikuti perkembangan kegiatan RSUDW, memberikan pendapat dan saran kepada walikota mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelola RSUDW ;
 - d. memberikan nasihat kepada Pejabat pengelola RSUDW dalam melaksanakan pengelolaan RSUDW ; dan
 - e. memberikan masukan, saran, atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja RSUDW kepada Pejabat Pengelola RSUDW
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Walikota secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Paragraf 3

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 8

- (1) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur – unsur pejabat SKPD yang terkait dengan kesehatan dan unsur-unsur Pejabat Pengelola Keuangan daerah, serta tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan RSUDW ;
- (2) Pengangkatan Anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola RSUDW ;
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas, yaitu :
 - a. memiliki dedikasi dan memahami masalah masalah yang berkaitan dengan kegiatan BLUD, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya ; dan
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan kerugian Negara;

Paragraf 4

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 9

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk (1) satu kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Walikota setelah masa jabatan Anggota Dewan Pengawas berakhir ;
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebelum waktunya apabila :
 - a. Tidak melaksanakan tugasnya dengan baik ;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang - undangan ;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUDW ;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan / atau kesalahanyang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas RSUDW ; atau Berhalangan tetap.

Paragraf 5

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 10

- (1) Untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas, dapat diangkat seorang sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat oleh Pimpinan RSUDW dengan persetujuan Dewan Pengawas.

Paragraf 6

Biaya Dewan Pengawas

Pasal 11

Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada RSUDW, dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran BLUD.

Bagian Kelima

Pejabat Pengelola

Paragraf 1

Komposisi Pejabat Pengelola

Pasal 12

Pejabat Pengelola rumah sakit adalah pimpinan rumah sakit yang bertanggungjawab terhadap kinerja operasional rumah sakit, terdiri atas ;

- a. Pemimpin, selanjutnya disebut Direktur;
- b. Pejabat Administrasi dan Keuangan, selanjutnya disebut Wakil Direktur Administrasi Umum;
- c. Pejabat Teknis Pelayanan, selanjutnya disebut Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan;
- d. Pejabat Teknis Penunjang, selanjutnya disebut Wadir Penunjang dan Pengembangan SDM

Pasal 13

Direktur bertanggungjawab atas operasional dan keuangan rumah sakit secara menyeluruh kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah .

Pasal 14

Semua Wakil Direktur bertanggungjawab kepada Direktur sesuai bidang tanggungjawab masing-masing.

Pasal 15

- (1) Komposisi Pejabat Pengelola rumah sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi dan analisis jabatan guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi Pejabat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Walikota.

Paragraf 2

Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 16

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola rumah sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan, yang mengacu kepada Peraturan Perundang undangan yang berlaku.

- (3) Kebutuhan praktis bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.
- (4) Pejabat Pengelola rumah sakit diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Walikota setelah mendapat pertimbangan dari Dewan Pengawas.

Pasal 17

- (1) Dalam hal Direktur berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil (PNS), maka yang bersangkutan merupakan pengguna anggaran dan barang daerah.
- (2) Dalam hal Direktur berasal dari unsur non Pegawai Negeri Sipil, maka yang bersangkutan bukan merupakan pengguna anggaran dan barang daerah
- (3) Dalam hal Direktur bukan Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka yang menjadi pengguna anggaran dan barang daerah adalah Wakil Direktur Administrasi Umum yang berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil.

Paragraf 3

Persyaratan menjadi Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 18

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :

- a. Seorang tenaga medis yang mempunyai keahlian / memahami kompetensi manajemen administrasi perumahsakit, sesuai dengan Peraturan dan Perundang Undangan yang berlaku, dan sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun pernah menjabat menjadi pejabat struktural di Rumah Sakit;
- b. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- c. Berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan atau Non Pegawai Negeri Sipil;
- d. Bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis sehat di rumah sakit dengan meningkatkan kinerja pelayanan, kinerja keuangan dan kinerja manfaat bagi masyarakat;
- e. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Pegawai Negeri Sipil.

Pasal 19

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Administrasi Umum adalah :

- a. Seorang sarjana yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang administrasi dan memahami keuangan Rumah Sakit;
- b. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
- c. Mampu melaksanakan koordinasi di lingkup administrasi dan keuangan;
- d. Berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- e. Bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di rumah sakit.

Pasal 20

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan adalah :

- a. Seorang tenaga medis, yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
- b. Mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan rumah sakit;
- c. Berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- d. Bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di rumah sakit.

Pasal 21

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan SDM adalah :

- a. Seorang tenaga medis, yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidangnya;
- b. Mampu melaksanakan koordinasi di lingkup rumah sakit;
- c. Bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di rumah sakit;
- d. Berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian;

Paragraf 4

Pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 22

Direktur dan Wakil Direktur dapat diberhentikan karena :

- a. Meninggal dunia;
- b. Berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- c. Tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
- d. Melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- e. Mengundurkan diri karena alasan yang patut;
- f. Terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang telah mempunyai ketetapan hukum

Paragraf 5

Tugas dan Kewajiban, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 23

Tugas Direktur adalah :

- a. Menetapkan program kerja Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar ;
- b. Membuat perumusan kebijakan Operasional Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya sesuai dengan ketentuan Perundang – undangan yang berlaku ;
- c. Melaksanakan pembinaan ketatausahaan ;
- d. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas-tugas bawahan sesuai dengan bidangnya masing-masing ;
- e. memberikan petunjuk dan bimbingan serta pengawasan kepada bawahan;

- f. memeriksa hasil kerja bawahan ;
- g. melaksanakan pelayanan masyarakat di bidang kesehatan ;
- h. menetapkan kebijakan teknis pelaksanaan tugas Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya ;
- i. Membina dan melakukan kerjasama dengan Instansi dan Organisasi lain ;
- j. Mengevaluasi dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan ;
- k. Melaporkan pertanggungjawaban kinerja kepada Walikota ;
- l. Melaksanakan tugas dinas lainnya yang diberikan oleh atasan.

Direktur dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah

Pasal 24

Fungsi Direktur adalah :

- a. Perumusan kebijakan teknis dibidang pelayanan kesehatan;
- b. Pelayanan penunjang dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah dibidang pelayanan kesehatan;
- c. Penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan;
- d. Penyelenggara pelayananan medis, penunjang medis dan non medis , keperawatan, pelayanan rujukan;
- e. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;
- f. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
- g. Pengelolaan akuntansi dan keuangan;
- h. Pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tata laksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

Pasal 25

Wewenang Direktur adalah :

- a. Memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh karyawan rumah sakit, yang berkaitan dengan pelayanan;
- b. Menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
- c. Menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap rumah sakit;
- d. Mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- e. Menetapkan hal – hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang – undangan;
- f. Memberikan penghargaan bagi pegawai yang berprestasi sesuai dengan peraturan interal rumah sakit;
- g. Memberikan sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- h. Mendatangkan ahli, profesional, konsultan atau lembaga independen sesuai kebutuhan;
- i. Menetapkan organisasi fungsional sesuai dengan kebutuhan;
- j. Mengangkat pejabat fungsional dan memberrhentikan sesuai dengan peraturan dan perundang - undangan yang berlaku;
- k. Menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;

- l. Mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
- m. Meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua Wakil Direktur.

Pasal 26

Tanggungjawab Direktur menyangkut hal – hal sebagai berikut :

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

Pasal 27

Tugas Wakil Direktur Administrasi Umum adalah :

- a. Menyusun rencana program kegiatan dalam kebijakan (strategi) rumah Sakit umum Daerah Wangaya berdasarkan ketentuan peraturan perundang - undangan yang berlaku;
- b. Menyusun laporan pertanggung jawaban kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya berdasarkan laporan hasil kegiatan masing – masing Bidang dan Bagian;
- c. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas-tugas bawahan sesuai dengan bagian masing-masing;
- d. Memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
- e. Memeriksa hasil kerja bawahan;
- f. Melaksanakan pengelolaan urusan Perencanaan, Umum, Kepegawaian, Keuangan, Rumah tangga dan Kehumasan Rumah Sakit;
- g. Melaksanakan pembinaan ketatausahaan ;
- h. Mengkoordinasikan penyusunan dan pengawasan pelaksanaan Statuta Rumah Sakit (Hospital Bylaws);
- i. Menyusun rencana kebutuhan sumber daya berupa sarana, prasarana, tenaga, peralatan, bahan dan kebutuhan lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku ;
- j. Mengkoordinasikan Instalasi Elektronik Data Prosesing (SIM RS);
- k. Mengkoordinasikan pemeriksaan, pemeliharaan, dan perbaikan secara terus menerus terhadap kondisi sarana, prasarana dan peralatan rumah sakit;
- l. Mengkoordinasikan semua kegiatan administrasi umum agar dapat mencapai visi dan misi rumah sakit;
- m. Mengawasi, mengendalikan dan membina pelaksanaan tugas - tugas dibagian agar sesuai dengan peraturan perundang – undangan yang berlaku;
- n. Mengevaluasi dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
- o. Melaksanakan tugas dinas lainnya yang diberikan oleh atasan.

Wakil Direktur Administrasi Umum berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 28

Fungsi Wakil Direktur Administrasi Umum adalah :

- a. Penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang anggaran dan perbendaharaan;
- b. Penyiapan perumusan kebijakan teknis pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang akuntansi dan verifikasi;

- c. Penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang pengelolaan pendapatan;
- d. Penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang perencanaan;
- e. Penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang kesekretariatan;
- f. Penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang organisasi dan kepegawaian;
- g. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 29

Tugas Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan adalah :

- a. Menyusun rencana program kegiatan pelayanan dalam rangka penetapan kebijakan (strategi) Rumah Sakit Umum Daerah;
- b. Menyusun laporan pertanggungjawaban kinerja Rumah Sakit Umum Daerah berdasarkan laporan hasil kegiatan masing-masing Bidang;
- c. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas-tugas bawahan sesuai dengan Bidang masing – masing ;
- d. Memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
- e. Memeriksa hasil kerja bawahan ;
- f. Menyusun rencana kebutuhan sumber daya berupa sarana prasarana, tenaga, peralatan, bahan dan kebutuhan lainnya;
- g. Mengkoordinir semua kegiatan pelayanan Rawat inap, rawat jalan, medical record di rumah sakit sesuai standar yang berlaku;
- h. Mengkoordinasikan penyusunan dan mengawasi pelaksanaan Statuta Staf Medis (Medical staff Bylaws);
- i. Mengawasi, mengendalikan dan membina pelaksanaan tugas-tugas di bidang pelayanan medik dan keperawatan ;
- j. Mengevaluasi dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan ;
- k. Melaksanakan tugas dinas lainnya yang diberikan oleh atasan.

Wakil Direktur pelayanan medik dan keperawatan berada dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 30

Fungsi Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan adalah :

- a. Penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang pelayanan medis.
- b. Penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang pelayanan keperawatan.
- c. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 31

Tugas Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan SDM adalah :

- a. Menyusun rencana program kegiatan penunjang dalam rangka penetapan kebijakan (strategi) Rumah Sakit Umum Daerah berdasarkan ketentuan peraturan perundang - undangan yang berlaku;
- b. Menyusun laporan pertanggungjawaban kinerja Rumah Sakit Umum Daerah berdasarkan laporan hasil kegiatan masing-masing Bidang;
- c. Mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas - tugas bawahan sesuai dengan Bidang masing – masing;
- d. Memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
- e. Memeriksa hasil kerja bawahan;
- f. Menyusun rencana kebutuhan sumber daya berupa sarana, prasarana, tenaga, peralatan, bahan, dan kebutuhan lainnya;
- g. Mengkoordinir kegiatan pelayanan pada Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium Klinik, Instalasi Radiologi, Instalasi Gizi, IPSRS, Instalasi Sterilisasi Sentral, Laundry, Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) dan Promosi Kesehatan Rumah Sakit agar dapat menyelenggarakan tugasnya sesuai dengan rencana kerja dan prosedur kerja yang telah ditetapkan ;
- h. Mengkoordinasikan pemeriksaan , pemeliharaan, kalibrasi dan perbaikan secara terus menerus terhadap peralatan medis rumah sakit;
- i. Mengkoordinir kegiatan Akreditasi Rumah sakit dan Sistem Manajemen Mutu rumah sakit;
- j. Mengawasi, mengendalikan dan membina pelaksanaan tugas-tugas dibidang agar sesuai dengan peraturan perundang yang berlaku;
- k. Mengevaluasi dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
- l. Melaksanakan tugas dinas lainnya yang diberikan oleh atasan.

Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan SDM berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur

Pasal 32

Fungsi Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan SDM adalah :

- a. Pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang pelayanan penunjang medis dan non medis;
- b. Pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang pendidikan, pelatihan dan penelitian;
- c. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Bagian keenam

Organisasi Pelaksana

Paragraf 1

Instalasi

Pasal 33

- (1) Guna meningkatkan mutu pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur
- (3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan Kepala Instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait sesuai standar operasi baku rumah sakit
- (5) Kepala instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.

Pasal 34

- (1) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Walikota.

Pasal 35

Kepala instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing – masing.

Paragraf 2

Panitia - Panitia

Pasal 36

- (1) Guna memperlancar aktivitas pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dapat dibentuk panitia - panitia, yang berada langsung dibawah Direktur.
- (2) Pembentukan panitia ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Pembentukan Panitia berdasarkan analisis kebutuhan.
- (4) Panitia dipimpin oleh Ketua Panitia.
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya panitia berkoordinasi dengan unit unit lain

Paragraf 3

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 37

- (1) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.

- (3) Kelompok jabatan fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing – masing yang berlaku.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

Paragraf 4

Staf Medis Fungsional

Pasal 38

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

Bagian Ketujuh

Organisasi Pendukung

Paragraf 1

Satuan Pengawas Internal

Pasal 39

Guna membantu Direktur dalam bidang pengawasan internal dan monitoring dibentuk Satuan Pengawas Internal (SPI).

Pasal 40

Tugas pokok Satuan Pengawas Intern adalah :

- a. Pengawasan terhadap pelaksanaan dan operasional rumah sakit atas perintah Direkrur
- b. Menilai pengendalian pengelolaan / pelaksanaan kegiatan rumah sakit;
- c. Memberikan saran perbaikan kepada Direktur.

Paragraf 2

Komite Medik

Pasal 41

- (1) Guna membantu Direktur dalam mengawal dan menjamin mutu pelayanan medis agar sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit dan untuk memberi wadah bagi profesional medis dibentuk Komite Medik.
- (2) Komite Medik mempunyai otoritas tertinggi dalam organisasi Staf Medis.
- (3) Susunan, tugas, fungsi, dan kewajiban, serta tanggungjawab dan kewenangan Komite Medik diuraikan lebih lanjut dalam Bab Pola Tata Kelola Staf Medis(*Medical Staf Bylaws*).
- (4) Komite Medik diberikan honorarium yang dibebankan pada Rumah Sakit dan dibuat dalam RBA.

Paragraf 3

Komite Keperawatan

Pasal 42

Guna membantu Direktur dalam menyusun Standar Pelayanan Keperawatan dan memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan (*previllege*) perawat dan bidan, mengembangkan pelayanan keperawatan, program pendidikan, pelatihan dan penelitian serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan, maka dibentuk Komite Keperawatan.

Pasal 43

- (1) Komite Keperawatan merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Susunan Komite Keperawatan terdiri dari seorang ketua, seorang wakil ketua dan seorang sekretaris yang kesemuanya merangkap anggota sejumlah 4 orang.
- (3) Komite Keperawatan diberikan honorarium yang dibebankan pada Rumah Sakit dan dimuat dalam RBA.

Pasal 44

Dalam menjalankan tugasnya Komite Keperawatan wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite Medik, dan unit / instalasi terkait.

Bagian Kedelapan

Tata Kerja

Pasal 45

Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan rumah sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal , horizontal dan diagonal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

Pasal 46

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

Pasal 47

Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.

Pasal 48

Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala pada waktunya.

Pasal 49

Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan pertimbangan untuk melakukan *corrective action* dan memberikan petunjuk kepada bawahannya.

Pasal 50

Wakil Direktur/Kepala Bagian/Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi, Kepala Instalasi, kepala SMF, Kepala Ruangan wajib menyusun Strategic Action Plan dan wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya

Pasal 51

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

Pasal 52

Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi dibantu oleh kepala unit organisasi dibawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahannya masing – masing wajib mengadakan rapat berkala.

Bagian Kesembilan

Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Paragraf 1

Tujuan Pengelolaan

Pasal 53

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

Pasal 54

- (1) Sumber Daya Manusia rumah sakit dapat berasal dari PNS dan Non PNS.
- (2) Penerimaan pegawai rumah sakit untuk Non PNS dilakukan dengan mekanisme kontrak, outsourcing, Kerja Sama Operasional (KSO), magang, atau cara – cara lain yang efektif dan efisien.
- (3) Rekrutmen pegawai Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilakukan dengan cara seleksi, meliputi seleksi administrasi, test psikologi, seleksi akademik dan keterampilan, wawancara dan test kesehatan.
- (4) Kontrak Pegawai dilaksanakan berdasarkan kebutuhan tenaga yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Outsourcing pegawai dilaksanakan berdasarkan kebutuhan tenaga yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (6) Kerjasama operasional dilaksanakan sesuai kebutuhan dan dilakukan oleh Direktur dengan pihak ketiga.

Paragraf 2

Penghargaan dan Sanksi

Pasal 55

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas pegawai maka rumah sakit menerapkan kebijakan tentang imbal jasa bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.

Bagian Kesepuluh

Standar Pelayanan Minimal

Pasal 56

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh rumah sakit, Walikota menetapkan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit dengan Keputusan Walikota.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diusulkan oleh pimpinan rumah sakit.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan jenis dan mutu pelayanan.

Pasal 57

- (1) Standar Pelayanan Minimal harus memperhatikan dimensi mutu layanan sebagai berikut:
 - a. Akses;
 - b. Efektifitas;
 - c. Efisiensi;
 - d. keselamatan dan keamanan;
 - e. kenyamanan;
 - f. kesinambungan pelayanan;
 - g. kompetensi teknis; dan
 - h. hubungan antar manusia;

Bagian Kesebelas

Pengelolaan Keuangan

Pasal 58

Pengelolaan keuangan rumah sakit berdasarkan pada prinsip efektivitas, efisiensi dan produktivitas dengan berazaskan akuntabilitas dan transparasi.

Pasal 59

Dalam rangka penerapan prinsip dan azas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37, maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan Sistem Akuntansi Berbasis Akreal (SAK) dan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

Pasal 60

Subsidi dari pemerintah untuk pembiayaan rumah sakit dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan jasa.

Bagian Keduabelas

Tarif Layanan

Pasal 61

- (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 yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan (*Unit Cost*).
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), 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 62

- (1) Tarif layanan rumah sakit diusulkan oleh Direktur rumah sakit kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Walikota.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.

Pasal 63

- (1) Peraturan Walikota 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 dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) berpedoman pada ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41

Bagian Ketigabelas

Pendapatan dan Biaya

Paragraf 1

Pendapatan

Pasal 64

Pendapatan rumah sakit dapat bersumber dari :

- a. Jasa layanan;
- b. Hibah;
- c. Hasil kerjasama dengan pihak lain;
- d. APBD;
- e. APBN ;dan
- f. Lain – lain pendapatan rumah sakit yang sah.

Pasal 65

- (1) Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari jasa layanan dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari hibah dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (3) Hasil kerjasama dengan pihak lain dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi rumah sakit.
- (4) Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari pendapatan yang berasal dan otorisasi kredit anggaran pemerintah daerah bukan dari kegiatan pembiayaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).
- (5) Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan / atau tugas pembantuan dan lain – lain.
- (6) Rumah sakit dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan / atau tugas pembantuan, proses pengelolaan keuangan diselenggarakan secara terpisah berdasarkan ketentuan yang berlaku dalam pelaksanaan APBN
- (7) Lain – lain pendapatan rumah sakit yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 huruf f, antara lain :
 - a. Hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan.
 - b. Hasil pemanfaatan kekayaan.
 - c. Jasa giro.
 - d. Pendapatan bunga.
 - e. Keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing.
 - f. Komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan / atau pengadaan barang dan / atau jasa oleh rumah sakit.
 - g. Hasil investasi.

Pasal 66

- (1) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran rumah sakit sesuai RBA.
- (2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (3) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 huruf a, huruf b, huruf c dan huruf f, dilaksanakan melalui rekening kas rumah sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain – lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan rumah sakit.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada pejabat pengelola keuangan daerah setiap triwulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Paragraf 2

Biaya

Pasal 67

- (1) Biaya rumah sakit merupakan biaya operasional dan biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.
- (4) Biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan peningkatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan.
- (5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

Pasal 68

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2), terdiri dari :
 - a. Biaya pelayanan; dan
 - b. Biaya umum dan administrasi.
- (2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (3) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (4) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari :
 - a. Biaya pegawai;
 - b. Biaya bahan;
 - c. Biaya jasa pelayanan;
 - d. Biaya pemeliharaan;
 - e. Biaya barang dan jasa; dan
 - f. Biaya pelayanan lain - lain.
- (5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), terdiri dari :
 - a. Biaya pegawai;
 - b. Biaya administrasi kantor;
 - c. Biaya pemeliharaan;
 - d. Biaya barang dan jasa;
 - e. Biaya promosi; dan
 - f. Biaya umum dan administrasi lain – lain.

Pasal 69

Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (3) terdiri dari :

- a. Biaya bunga;
- b. Biaya administrasi bank;
- c. Biaya kerugian penjualan aset tetap;
- d. Biaya kerugian penurunan nilai; dan
- e. Biaya non operasional lain – lain.

Pasal 70

- (1) Seluruh pengeluaran biaya rumah sakit yang bersumber sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) setiap triwulan.
- (2) Seluruh pengeluaran biaya rumah sakit yang bersumber sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan menerbitkan SPM pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggungjawab (SPTJ).
- (3) Format SPTJ sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan format laporan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 71

- (1) Pengeluaran biaya rumah sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas pengeluaran biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan pengeluaran biaya yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas pengeluaran biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya berlaku untuk biaya rumah sakit yang berasal dari pendapatan operasional selain dari APBN/APBD dan hibah terikat.
- (4) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada PPKD (Pejabat Pengelola Keuangan Daerah) melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 72

- (1) Ambang batas RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 50 ayat (2), ditetapkan dengan besaran persentase.
- (2) Besaran presentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional rumah sakit.
- (3) Besaran presentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan dalam RBA dan Daftar Pelaksanaan Anggaran (DPA) rumah sakit oleh PPKD.
- (4) Persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

Bagian Keempatbelas

Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 73

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

Bagian Kelimabelas

Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

Pasal 74

- (1) Direktur menunjuk pejabat yang mengelola lingkungan rumah sakit antara lain lingkungan fisik, kimia, biologi serta pembuangan limbah yang berdampak pada kesehatan lingkungan internal dan eksternal serta halaman, taman, dan lain-lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Tugas Pokok Pengelola Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit meliputi pengelolaan limbah dan sampah, pengawasan dan pengendalian vector/serangga, sistem pengelolaan lingkungan fisik dan biologi rumah sakit serta menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan pendidikan, pelatihan penelitian/pengembangan di bidang penyehatan lingkungan rumah sakit.
- (3) Fungsi Pengelola Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit.
 - a. Penyehatan ruang dan bangunan rumah sakit;
 - b. Penyehatan makanan dan minuman;
 - c. Penyehatan air bersih dan air minum;
 - d. Pemantauan pengelolaan linen;
 - e. Pengelolaan sampah;
 - f. Pengendalian serangga dan binatang pengganggu;
 - g. Desinfeksi dan sterilisasi ruang;
 - h. Pengelolaan air limbah;
 - i. Upaya penyuluhan kesehatan lingkungan.

BAB IV

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS RUMAH SAKIT

(MEDICAL STAFF BYLAWS)

Bagian Kesatu

Penetapan Kewenangan Klinis

Pasal 75

Untuk dapat bergabung di RSUDW sebagai staf medis harus memiliki standar kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP), kesehatan jasmani dan rohani yang baik (*fit*) untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya serta memiliki perilaku dan moral yang baik sesuai dengan norma norma yang berlaku di masyarakat serta telah dinyatakan lulus kredensial yang dilaksanakan oleh subkomite kredensial RSUDW.

Pasal 76

- (1) Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis rumah sakit diberikan hak istimewa dalam bentuk kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh Direktur.
- (2) Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhatikan rekomendasi dari komite medik.
- (3) Penentuan kewenangan klinis selain berdasarkan kredensial kompetensi didasarkan atas jenis ijazah / sertifikat yang diakui oleh masing masing organisasi profesi yang meliputi keilmuan, keterampilan dan perilaku (*attitude*).

- (4) Kewenangan klinis setiap staf medis dapat berbeda beda walaupun memiliki spesialisasi yang sama.
- (5) Rincian kewenangan klinis ditetapkan oleh Komite Medik.

Bagian Kedua
Tatalaksana Pengangkatan Staf Medis
Pasal 77

- (1) Tatalaksana pengangkatan dan pengangkatan kembali Staf Medis RSUDW Denpasar adalah dengan mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur berdasarkan pertimbangan hasil kredensial serta rekomendasi dari Komite Medik dapat mengabulkan atau menolak permohonan tersebut.
- (2) Keanggotaan staf medis diterima sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditindak lanjuti dengan surat perjanjian (*contractualagreement*) antara direktur dengan staf medis yang bersangkutan dan surat penetapan *privilege* sebagai dasar dalam memberikan pelayanan medis di rumah sakit.

Pasal 78

Lama masa kerja sebagai staf medis RSUDW sebagai berikut :

- a. Staf medis organik sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang – undangan yang berlaku;
- b. Untuk staf medis mitra (Ikatan kerja sama) adalah selama 2 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;
- c. Untuk staf medis relawan (*voullentee*) adalah selama 1 (Satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi semua persyaratan;
- d. Staf medis magang adalah bukan staf medis organik yang melakukan observasi untuk menambah pengetahuan dan pengalaman dibidang medis dalam spesialisasi tertentu, masa kerja sesuai dengan persiapan spesialisasi yang bersangkutan;
- e. Staf medis magang sebagaimana dimaksud dalam point d dapat menjadi asisten dibawah tanggung jawab dokter penanggung jawab pelayanan dan tidak diberikan kewenangan klinis ;
- f. Staf medis residen adalah bukan staf medis organik yang dapat diberikan kewenangan klinis sementara dibawah tanggung jawab dokter penanggung jawab pelayanan, masa kerja sesuai dengan penugasan dari bagian terkait di Fakultas Kedokteran jejaring; dan
- g. Dokter muda adalah bukan staf medis organik yang menimba ilmu pengetahuan dilingkungan rumah sakit dan tidak diberikan kewenangan klinis, masa kerja sesuai dengan penugasan dari bagian terkaitdi Fakultas Kedokteran jejaring.

Pasal 79

Bagi staf medis organik yang sudah pensiun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 117 ayat (1) dapat diangkat kembali sebagai staf medis mitra atau staf medis relawan sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan dibutuhkan oleh rumah sakit.

Bagian Ketiga
Buku Putih (*White paper*)
Pasal 80

- (1) Komite medik wajib menetapkan dan mendokumentasi syarat-syarat yang terkait kompetensi yang dibutuhkan untuk melakukan setiap jenis pelayanan medis sesuai dengan ketentuan kolegium setiap spesialisasi ilmu kedokteran.
- (2) Dokumentasi syarat terkait kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk melakukan pelayanan medis tersebut disebut sebagai "buku putih" (*white paper*).
- (3) Setiap rekomendasi komite medik dalam buku putih mengacu pada berbagai norma profesi yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.

Bagian Keempat
Kategori Staf Medis
Pasal 81

Staf medis yang telah bergabung dalam anggota kelompok staf medis RSUD Wangaya dikelompokkan ke dalam kategori :

- a. Staf medis organik, yaitu dokter yang direkrut oleh pemerintah dan bergabung dengan RSUDW Denpasar sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama RSUDW Denpasar serta bertanggungjawab kepada rumah sakit;
- b. Staf medis mitra, yaitu dokter yang bergabung dengan RSUDW sebagai mitra berkedudukan sederajat dengan rumah sakit, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggung gugat secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di RSUDW;
- c. Staf medis relawan, yaitu dokter yang bergabung dengan RSUDW atas dasar keinginan mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama rumah sakit, dan bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggung gugat sesuai ketentuan yang berlaku di RSUDW;
- d. Staf medis tamu yaitu dokter dari luar RSUDW yang karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis yang ada di RSUDW atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru; dan
- e. Staf medis pengajar adalah dokter yang mempunyai status tenaga pengajar, yang dipekerjakan dan atau diperbantukan untuk menjadi pendidik dan atau pengajar bagi peserta didik di bidang kesehatan. Kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

Pasal 82

Dokter spesialis konsultan adalah dokter yang karena keahliannya direkrut oleh rumah sakit untuk memberikan konsultasi (yang tidak bersifat mengikat) kepada staf medis fungsional lain yang memerlukannya dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien. Kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

Pasal 83

Dokter staf pengajar adalah dokter yang mempunyai status tenaga pengajar, baik dari status kepegawaian Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan Nasional atau Kementerian lain yang dipekerjakan dan atau diperbantukan untuk menjadi pendidik dan atau pengajar bagi peserta didik di bidang kesehatan. Kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

Pasal 84

- (1) Dokter umum di instalasi gawat darurat adalah dokter umum yang memberikan pelayanan di IGD sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh rumah sakit. Kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidang kegawat daruratan (sertifikat kegawatdaruratan) serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku. Dokter umum yang bekerja secara fungsional disetiap kelompok staf medis sebagai asisten staf medis spesialis dapat diberikan kewenangan klinis terbatas sesuai dengan rekomendasi dari kelompok staf medis yang terkait, dan bertanggung jawab atas kewenangan klinisnya.
- (2) Dokter umum di instalasi bedah sentral adalah dokter umum yang memberikan pelayanan di IBS sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh rumah sakit dengan kewenangan klinis terbatas.

Pasal 85

Dokter peserta pendidikan dokter spesialis adalah dokter yang secara sah diterima sebagai peserta program pendidikan dokter spesialis, serta memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan. Kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang – undangan.

Pasal 86

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi KOMITE MEDIK.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam surat keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon dan ditembuskan kepada KOMITE MEDIK

Bagian Kelima

Kewenangan Klinik

Pasal 87

- (1) Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinik (privilege) oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari komite medik.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah / sertifikat yang diakui oleh masing masing organisasi profesi.
- (3) Berdasarkan hasil kredensial subkomite kredensial di rumah sakit.
- (4) Dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinik maka komite medik dapat meminta informasi atau pendapat dari kolegium terkait.

Pasal 88

Kewenangan klinis sementara dapat diberikan kepada dokter tamu atau dokter pengganti dengan memperhatikan pendapat KOMITE MEDIK.

Penilaian

Pasal 89

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif, misalnya mengenai disiplin kepegawaian, motivasi kerja dan lain sebagainya dilakukan oleh Direktur rumah sakit.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian, misalnya audit medis, peer review, proctoring, disiplin profesi, etika profesi dan lain sebagainya dilakukan oleh komite medik.
- (3) Berdasarkan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) staf medis yang memberikan pelayanan medis menetap di unit kerja tertentu secara fungsional profesi tetap menjadi tanggung jawab komite medik khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu secara administrasi di bawah kepala instalasi.

Bagian Keenam Tugas Staf Medis

Pasal 90

Tugas staf medis rumah sakit adalah :

- 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;
- f. Melaksanakan program *patient safety*; dan
- g. Menyelenggarakan penelitian bekerjasama dengan pihak pihak terkait di rumah sakit

Pasal 91

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

Pasal 92

Tanggungjawab kelompok staf medis rumah sakit adalah :

- a. Memberikan rekomendasi melalui ketua KOMITE MEDIK kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di rumah sakit untuk mendapatkan surat keputusan;
- b. Melakukan evaluasi atas tampilan kinerja praktik dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. Memberikan rekomendasi melalui ketua KOMITE MEDIK kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di rumah sakit untuk mendapatkan surat keputusan Direktur;

- d. Pembinaan keterampilan, keilmuan dan perilaku yang sesuai dengan norma umum;
- e. Terselenggaranya patient safety;
- f. Memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. Memberikan masukan melalui ketua KOMITE MEDIK kepada Direktur mengenai hal – hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
- h. Memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui ketua KOMITE MEDIK kepada Direktur atau Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja klinik, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain – lain yang dianggap perlu; dan
- i. Melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen – dokumen yang terkait.

Pengorganisasian Staf Medis Fungsional

Pasal 93

Semua dokter yang melaksanakan praktik kedokteran di unit – unit pelayanan rumah sakit, termasuk unit – unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan rumah sakit, wajib menjadi anggota anggota staf medis.

Penugasan Klinis

Pasal 94

- (1) Direktur Rumah Sakit menerbitkan Surat Keputusan penugasan (*clinical appointment*) staf medis untuk melaksanakan pelayanan medis di rumah sakit.
- (2) Atas dasar surat keputusan penugasan, secara otomatis staf medis menjadi tergabung dalam anggota staf medis dan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan medis di rumah sakit.
- (3) Dalam keadaan tertentu direktur rumah sakit dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*).
- (4) Surat penugasan sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (3) untuk konsultan tamu yang diperlukan rumah sakit.
- (5) Dalam keadaan bencana alam, kegawat daruratan akibat bencana massal, kerusakan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis rumah sakit dapat diberikan kewenangan klinis dalam keadaan darurat (*emergency clinical privilege*) untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Pasal 95

- (1) Dalam melaksanakan tugas maka staf medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi / keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok staf medis minimal terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian sama.

- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok staf medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 96

Fungsi staf medis rumah sakit adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.

Pasal 97

Kewajiban kelompok staf medis rumah sakit adalah :

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

Pasal 98

Pemilihan ketua kelompok staf medis

- a. kelompok staf medis dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggotanya;
- b. ketua kelompok staf medis adalah dokter organik;
- c. Pemilihan ketua kelompok staf medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh komite medis. Proses pemilihan ini wajib melibatkan komite medis dan Direktur rumah sakit. Setelah proses pemilihan ketua kelompok staf medis selesai, maka penetapan sebagai Ketua Kelompok Staf Medis di sahkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit;
- d. Masa bakti ketua kelompok staf medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya berturut-turut;
- e. Ketua SMF tidak dapat merangkap jabatan sebagai Kepala Instalasi dan Jabatan Struktural.

Pasal 99

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan Surat Keputusan penugasan (*clinical appointment*) staf medis untuk melaksanakan pelayanan medis di rumah sakit.
- (2) Direktur rumah sakit dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan KOMITE MEDIK.
- (3) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
- (4) Mekanisme penugasan klinis (*Clinical Appointment*) ini merupakan salah satu instrumen utama tata kelola klinis (*clinical governance*).

Pasal 100

- (1) Dalam hal staf medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinis yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga diduga dapat menimbulkan kecacatan dan atau kematian komite medik dapat melakukan penelaahan dan penelitian melalui tim audit medis rumah sakit.

- (2) Audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah audit yang dilakukan oleh mitra bestari yang bersangkutan dan Tim audit medis rumah sakit.
- (3) Tim audit medis terdiri dari dokter spesialis sebagai ketua tim, manajemen sebagai sekretaris, tenaga rekam medis dan ketua SMF sebagai anggota.
- (4) Tim audit medis memiliki masa kerja selama 3 tahun dan ditetapkan berdasarkan surat keputusan direktur rumah sakit.
- (5) Jika penelitian kasus belum/tidak dapat diselesaikan ditingkat tim audit medis, maka penyelesaian penelitian dilakukan oleh Komite Medik.

Pasal 101

- (1) Bila hasil penelaahan dan penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 100 terbukti kebenaran penilaian maka KOMITE MEDIK dapat mengusulkan kepada Direktur agar yang bersangkutan dilakukan *proctoring* oleh SMF yang bersangkutan.
- (2) Jika telah dilakukan *proctoring* kemudian masih melakukan kesalahan yang sama, maka Komite Medik mengusulkan kepada Direktur agar yang bersangkutan mendapatkan sanksi pengurangan atau pencabutan kewenangan klinis sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.
- (3) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dituangkan dalam bentuk surat keputusan Direktur dan disampaikan kepada staf medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada KOMITE MEDIK.
- (4) Dalam hal staf medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya surat keputusan, untuk selanjutnya Direktur memiliki waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait
- (5) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bersifat final.

BAB V KOMITE MEDIK Bagian Kesatu Umum Pasal 102

Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.

Pasal 103

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

Bagian Kedua
Susunan Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 104

Komite medik dibentuk oleh direktur rumah sakit.

Pasal 105

Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:

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

Pasal 106

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

Pasal 107

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

Pasal 108

Persyaratan untuk menjadi ketua komite medik:

- a. Staf Medis spesialis;
- b. Mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
- c. Menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
- d. Peka terhadap perkembangan perumahsakit dan *demand* masyarakat;
- e. Bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
- f. Mempunyai kepribadian dan perilaku (*attitude*) yang dapat diterima oleh norma dan disegani di lingkungan profesinya; dan
- g. Mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

Pasal 109

Persyaratan sekretaris komite medik dan ketua subkomite adalah :

- a. Staf Medis organik yang memiliki integritas;

- b. Memiliki keilmuan, keterampilan dan perilaku yang sesuai dengan norma umum; dan
- c. Memiliki kredibilitas yang memadai.

Pasal 110

- (1) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. Subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. Subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata kerja subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi dilaksanakan dengan berpedoman pada lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.

Pasal 111

Pembentukan sub komite ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun atas usulan ketua komite medik setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno komite medik

Pasal 112

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

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

Bagian Ketiga

Tugas dan Fungsi

Pasal 113

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. Melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. Memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. Penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1) Kompetensi;
 - 2) Kesehatan fisik dan mental;
 - 3) Perilaku;
 - 4) Etika profesi.
 - c. Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. Penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. Pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. Melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. Rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. Pelaksanaan audit medis;
 - b. Rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis; dan
 - c. Rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. Pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. Pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. Rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. Pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Bagian Keempat

Hubungan Komite Medik dengan Direktur

Pasal 114

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Komite medik bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit, meliputi hal-hal yang berkaitan dengan :
 - a. Mutu pelayanan medis;
 - b. Pembinaan etik kedokteran; dan
 - c. Pengembangan profesi medis.

Bagian Kelima
Kewajiban Komite Medik

Pasal 115

- (1) Menyusun rancangan peraturan Tata Kelola staf medis (*Medical Staff ByLaws*);
- (2) Membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar prosedur operasional dibidang manajerial dan administrasi serta bidang keilmuan, profesi, standar profesi dan standar kompetensi;
- (3) Membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan, dan pelaporan indikator mutu klinik;
- (4) Melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi media; dan
- (5) Menerapkan program keselamatan pasien (*patient safety*).

Bagian Keenam

Panitia *Adhoc*

Pasal 116

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam menjalankan tugasnya hanya pada ruang lingkup pelayanan medis.
- (5) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Bagian Ketujuh

Pendanaan

Pasal 117

- (1) Personalia komite medik dapat memperoleh remunerasi sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit;
- (2) Pelaksanaan kegiatan komite medik didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Kedelapan

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 118

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite medik dilakukan oleh Menteri, Badan Pengawas Rumah Sakit, Dewan Pengawas Rumah sakit, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kota, dan perhimpunan/asosiasi perumah sakitan dengan melibatkan perhimpunan atau kolegium profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

Pasal 119

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 148 diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. Advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. Pelatihan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia;
 - c. dan monitoring dan evaluasi.
- (3) Dalam rangka pembinaan Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kota dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan dan teguran tertulis.

Sumber Daya

Pasal 120

Guna memperlancar tugas sehari – hari perlu tersedia ruangan pertemuan dan komunikasi bagi kelompok staf medis, komite medik dan sub komite serta tenaga administrasi penuh waktu yang dapat membantu kelompok staf medis, komite medik dan sub komite.

BAB VI

RAPAT

Bagian Kesatu

Jenis Rapat

Pasal 121

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
 - a. Rapat rutin;
 - b. Rapat bersama semua kelompok staf medis;
 - c. Rapat bersama Direktur dan atau Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - d. Rapat Khusus;
 - e. Rapat dipimpin oleh ketua atau yang mewakili berdasarkan kesepakatan para anggota;
 - f. Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh 2 / 3 (dua per tiga) anggota hadir jika korum tidak tercapai, rapat ditangguhkan 1 jam dan apabila tidak korum maka tetap akan dianggap korum.
- (2) Rapat rutin komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) poin a merupakan rapat seluruh anggota Komite Medik dilakukan minimal 1 (satu) kali 1 (satu) bulan.
- (3) Rapat bersama dengan semua kelompok staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat 1) poin b, merupakan rapat dengan semua tenaga dokter dilakukan minimal 1 (satu) kali 1 (satu) bulan.
- (4) Rapat KOMITE MEDIK dengan Direktur rumah sakit dan atau Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) poin c. dilakukan minimal 1 (satu) kali 1(satu) bulan.

- (5) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan ketua harus dilampiri dengan salah satu salinan risalah rapat yang lalu.

Rapat Khusus

Pasal 122

- (5) Rapat khusus diadakan dalam hal :
- Adanya permintaan yang ditanda tangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya; dan
 - Adanya keadaan / situasi tertentu yang mendesak untuk segera dilaksanakan rapat KOMITE MEDIK seperti adanya komplain pasien, adanya masalah yang kaitannya dengan pasien safety, atau ditengarai adanya pelanggaran etik.
- (6) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan;
- Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan spesifik; dan
 - Rapat khusus yang diminta untuk anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Rapat Tahunan

Pasal 123

- Rapat tahunan komite medik diselenggarakan sekali dalam setahun;
- Ketua menyampaikan undangan tertulis kepada anggota dan laporan lain paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Undangan Rapat

Pasal 124

Setiap anggota yang mendapat undangan rapat wajib memenuhi undangan tersebut kecuali ada hal khusus yang tidak memungkinkan yang bersangkutan untuk hadir.

Peserta Rapat

Pasal 125

Setiap rapat khusus, rapat tahunan wajib mengundang Direktur, dan atau Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan dan pihak lain yang ditentukan oleh komite medik.

Pejabat Ketua

Pasal 126

Dalam hal ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat dan kuorum telah tercapai maka anggota staf medis dan atau komite medik dapat memilih pejabat ketua untuk memimpin.

Kuorum

Pasal 127

- Rapat kelompok staf medis dan atau komite medik dapat dilaksanakan apabila kuorum tercapai.
- Kuorum dianggap tercapai apabila dihadiri oleh dua per tiga dari jumlah anggota kelompok staf medis.

- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, waktu dan hari yang sama minggu berikutnya.
- (4) Dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu yang telah ditentukan pada minggu berikutnya maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat pada risalah rapat disahkan dalam rapat anggota kelompok staf medis dan atau komite medik berikutnya.

Pemungutan Suara

Pasal 128

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat kelompok staf medis dan atau komite medik yang ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota kelompok staf medis dan atau komite medik, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
- (2) Keputusan rapat kelompok staf medis dan atau komite medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (3) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka ketua atau wakil ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara kedua kalinya.
- (4) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota kelompok staf medis dan atau komite medik yang hadir pada rapat tersebut.

Pembatalan Keputusan Rapat

Pasal 129

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

BAB VI

TINDAKAN KOREKTIF

Pasal 130

Dalam hal staf medis diduga melakukan layanan klinik tidak sesuai dengan pedoman standar maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan oleh komite medik untuk dilakukan tindakan telaahan dan penelitian.

Pasal 131

Bilamana hasil telaahan dan penelitian menunjukkan kebenaran dugaan layanan klinik tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan, maka komite medik dapat mengusulkan kepada direktur agar yang bersangkutan dilakukan tindakan koreksi (*corrective action*) oleh kelompok KSM kelompok staf medis yang bersangkutan

Pasal 132

Jika setelah dilakukan tindakan koreksi yang bersangkutan masih melakukan hal yang sama, maka Komite medik dapat memberikan usulan kepada direktur, agar yang bersangkutan diberi sanksi pengurangan kewenangan (*privilege*) atau sanksi berdasarkan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

Pasal 133

Staf medis mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja kembali setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak rumah sakit, selama masih dibutuhkan.

Pasal 134

Pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur rumah sakit setelah mendengar pendapat dari komite medik serta komite etik dan disiplin profesi dengan mempertimbangkan kadar kesalahannya, yang bentuknya dapat berupa :

- a. Teguran lisan atau tertulis;
- b. Pencabutan privilege;
- c. Penghentian praktik untuk sementara waktu;
- d. Pemberhentian dengan tidak hormat bagi staf medis organik dan;
- e. Pemutusan perjanjian kerja bagi staf medis mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

BAB VII

KERAHASIAAN DAN INFORMASI MEDIS

Pasal 135

(1) Rumah sakit :

- a. Rumah sakit berhak membuat peraturan yang berlaku di rumah sakit sesuai dengan kondisi keadaan yang ada di rumah sakit;
- b. Rumah sakit wajib menyimpan rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.;
- c. Isi dokumen rekam medis dapat diberikan kepada pasien ataupun pihak lain atas izin pasien secara tertulis;
- d. Isi dokumen rekam medis dapat diberikan untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

(2) Dokter :

- a. Mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;
- b. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
- c. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku, profesi dan etika hukum dan kedokteran.

(3) Pasien :

- a. Berhak mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur sikap tindakan sebagai pasien;
- b. Wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya;
- c. Mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis antara lain :
 - Diagnosis dan tata cara tindakan medis;
 - Tujuan tindakan medis yang dilakukan;
 - Alternatif tindakan lain dan risikonya;
 - Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
 - Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan;
- d. Meminta konsultasi kepada dokter lain (*second opinion*) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya;
- e. Mendapatkan isi rekam medis; dan
- f. Membuka isi rekam medis untuk kepentingan peradilan, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

BAB VIII

SUBKOMITE KREDENSIAL

Keanggotaan

Pasal 136

- (1) Keanggotaan sub komite kredensial sekurang kurangnya berjumlah 3 (tiga) orang berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Subkomite Kredensial terdiri dari Ketua, sekretaris dan anggota.

Kewenangan, tugas dan tanggung jawab

Pasal 137

Kewenangan subkomite kredensial, melaksanakan kegiatan kredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi.

Tugas dan tanggungjawab subkomite kredensial adalah :

- a. Melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis;
- b. Membuat rekomendasi hasil review;
- c. Membuat laporan kepada KOMITE MEDIK;
- d. Melakukan review kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada KOMITE MEDIK dalam rangka pemberian *clinical privileges*, re-appointments dan penugasan staf medis pada unit kerja;

- e. Membuat rencana kerja;
- f. Melaksanakan rencana kerja;
- g. Menyusun tata laksana dari instrumen kredensial;
- h. Melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
- i. Membuat laporan berkala kepada KOMITE MEDIK.

Sub komite bertanggungjawab kepada KOMITE MEDIK mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya

BAB IX
SUBKOMITE MUTU PROFESI
Keanggotaan
Pasal 138

- (1) Keanggotaan subkomite mutu profesi sekurang kurangnya berjumlah 3 (tiga) orang berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Subkomite mutu profesi terdiri dari Ketua, sekretaris dan anggota

Kewenangan , tugas dan tanggung jawab
Pasal 139

Kewenangan sub komite mutu profesi adalah melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi.

Tugas dan tanggungjawab sub komite peningkatan mutu profesi adalah :

- a. Membuat rencana atau program kerja;
- b. Melaksanakan rencana atau jadwal kegiatan;
- c. Membuat panduan mutu pelayanan medis;
- d. Melakukan pantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis;
- e. Menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, output proses dan outcome;
- f. Melakukan koordinasi dengan sub komite peningkatan mutu rumah sakit;
- g. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala;

Sub komite bertanggungjawab kepada KOMITE MEDIK mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya

BAB X
SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI
Keanggotaan
Pasal 140

- (1) Keanggotaan subkomite etika dan disiplin profesi sekurang kurangnya berjumlah 3 (tiga) orang berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

- (2) Pengorganisasian Subkomite etika disiplin profesi terdiri dari Ketua, sekretaris dan anggota

Kewenangan , tugas dan tanggung jawab

Pasal 141

Wewenang subkomite etika dan disiplin profesi, melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi.

Tugas dan tanggungjawab sub komite etika dan disiplin profesi :

- a. Membuat rencana kerja;
- b. Melaksanakan rencana kerja;
- c. Menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
- d. Melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
- e. Mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika;
- f. Melakukan koordinasi dengan komite etik dan hukum rumah sakit; dan
- g. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala;

Sub komite bertanggungjawab kepada KOMITE MEDIK mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.

Dasar tindakan disiplin medis

Pasal 142

- (1) Keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin medis dan tata tertib oleh seorang staf medis adalah hal-hal yang menyangkut:
- a. Kompetensi klinis;
 - b. Tindakan perawatan atas seorang pasien termasuk penatalayanan sebuah kasus di rumah sakit.
 - c. Dugaan pelanggaran *Medical staff bylaws* (peraturan internal staf medis) dan tata tertib staf medis;
 - d. Dugaan penyimpangan etika profesi;
 - e. Dugaan pelanggaran tata tertib dan kebijakan rumah sakit;
 - f. Perilaku yang dianggap tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit;
 - g. Penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar profesi, ketetapan Komite Medik atau tidak sesuai dengan formularium yang telah ditetapkan;
 - h. Ketidak mampuan untuk bekerjasama dengan staf rumah sakit yang dapat menimbulkan inefisiensi operasional rumah sakit; dan
 - i. Hal-hal lain yang oleh Komite Medik sepatutnya dianggap menyangkut disiplin medis.
- (2) Setiap staf medis, Management dan staf rumah sakit yang terkait dengan pelayanan medis wajib memberitahukan adanya dugaan pelanggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Ketua Komite Medik secara tertulis dalam satu formulir yang tersedia dengan tata cara sebagai berikut:
- a. Staf medis menyampaikan formulir pemberitahuan tersebut kepada Ketua Komite Medik melalui Ka SMF yang terkait;
 - b. Management dan staf rumah sakit menyampaikan formulir tersebut kepada atasan yang bersangkutan untuk selanjutnya disampaikan kepada Ketua Komite Medik melalui Direktur;

- (3) Ketua Komite Medik wajib meneliti, menindak lanjuti dan memberikan kesimpulan serta putusan setiap laporan yang disampaikan oleh staf medis, Management dan staf rumah sakit yang terkait dengan pelayanan medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (4) Ketua Komite Medik dapat menugaskan subkomite terkait dibawah Komite Medik untuk meneliti, menindaklanjuti setiap laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (3).
- (5) Ketua Komite Medik memberikan kesimpulan dan putusan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berdasar hasil penelitian dan rekomendasi subkomite terkait yang dapat berbentuk;
 - a. Saran kepada staf medis terkait dan Management rumah sakit;
 - b. Putusan untuk melakukan penelitian lanjutan guna menentukan adanya pelanggaran disiplin medis, tata tertib dan etik;
- (6) Semua putusan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) didokumentasikan secara lengkap oleh staf sekretariat Komite Medik dan diperlakukan secara konfidensial.
- (7) Pengungkapan dokumen sebagaimana dimaksud pada ayat (5) kepada pihak manapun hanya dapat ditentukan oleh Direktur setelah memperoleh persetujuan dari Ketua Komite Medik.

Penelitian Dugaan Pelanggaran Disiplin Medis, Etika Dan Tata Tertib

Pasal 143

- (1) Penelitian dugaan pelanggaran disiplin profesi Medis, etika medis dan tata tertib dimulai berdasarkan putusan Ketua Komite Medik untuk melakukan penelitian lanjutan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 162 ayat (5) dan dilaksanakan oleh subkomite terkait.
- (2) Subkomite Etika dan disiplin profesi melaksanakan penelitian berdasarkan tata cara yang ada.
- (3) Subkomite Etika dan disiplin profesi menyampaikan hasil penelitian dan rekomendasi kepada Ketua Komite Medik untuk ditetapkan sebagai putusan Komite Medik yang memuat:
 - a. Ringkasan kasus atau kejadian;
 - b. Kesimpulan tentang ada atau tidak adanya pelanggaran; dan
 - c. Rekomendasi tindakan korektif.
- (4) Ketua Komite Medik wajib menetapkan putusan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dengan memperhatikan masukan dari subkomite dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari kerja setelah diterimanya putusan subkomite terkait.
- (5) Putusan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disampaikan kepada Direktur dengan tembusan kepada yang bersangkutan dalam waktu paling lama 3 (tiga) hari kerja setelah ditetapkannya putusan tersebut untuk segera ditindak lanjuti oleh Direktur.

BAB XI

PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 144

Untuk melaksanakan tata kelola klinis (clinical governance) diperlukan aturan-aturan profesi bagi staf medis (*medical staff rules and regulation*) secara tersendiri diluar *medical staff bylaws*.

Aturan profesi tersebut antara lain:

- a. Pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. Kewajiban melakukan konsultasi dan atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis lain dengan disiplin yang sesuai; dan
- c. Kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh.

BAB XII

TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Pasal 145

- (1) Peraturan internal staf medis ini dapat direview dan direvisi.
- (2) Usulan untuk melakukan review dan atau revisi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilaksanakan melalui rapat khusus yang diselenggarakan oleh Direktur.
- (3) Review dan revisi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan merubah Peraturan Internal staf medis ini.
- (4) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari peraturan internal staf medis ini.

BAB XIII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 146

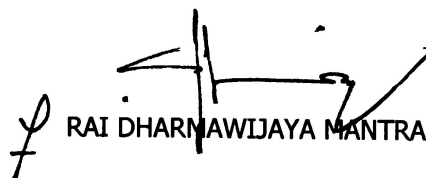
Pada saat Peraturan ini mulai berlaku, Keputusan Walikota tanggal 2 Nopember 2007 Nomor 184 Tahun 2007 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit Badan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 147


Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Denpasar.

Ditetapkan di Denpasar
pada tanggal 8 Oktober 2012
WALIKOTA DENPASAR,


RAI DHARMAWIJAYA MANTRA

Diundangkan di Denpasar
pada tanggal 8 Oktober 2012
SEKRETARIS DAERAH KOTA DENPASAR,


RAI ISWARA