



## WALI KOTA SURABAYA PROVINSI JAWA TIMUR

SALINAN

### PERATURAN WALIKOTA SURABAYA NOMOR 78 TAHUN 2024

#### TENTANG

#### PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH EKA CANDRARINI KOTA SURABAYA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA SURABAYA,

- Menimbang: a. bahwa Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital byLaws*) sebagai acuan dalam mengelola dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis operasional, sebagai sarana perlindungan hukum, menjamin efektifitas, efisiensi, dan mutu layanan kesehatan yang mengutamakan keselamatan pasien, keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit, serta pencegahan dan pengendalian infeksi;
- b. bahwa dalam rangka pelaksanaan ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, rumah sakit berkewajiban untuk menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit;
- c. berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Eka Candrarini Kota Surabaya.

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 41) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur dan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat dan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6887);
3. Peraturan Pemerintahan Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital byLaws*);
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
11. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 9 Tahun 2021 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kota Surabaya Tahun 2021 Nomor 9, Tambahan Lembaran Daerah Kota Surabaya Nomor 6);
12. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 55 Tahun 2024 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Eka Candrarini Kota Surabaya (Berita Daerah Kota Surabaya Tahun 2024 Nomor 56).

## MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH EKA CANDRARINI KOTA SURABAYA.

**BAB I**  
**KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Surabaya.
2. Walikota adalah Walikota Surabaya.
3. Rumah Sakit Umum Daerah Eka Candrarini yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Eka Candrarini Kota Surabaya.
4. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Eka Candrarini Kota Surabaya.
5. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
6. Peraturan Internal adalah Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Eka Candrarini Kota Surabaya.
7. Peraturan Internal Korporasi adalah peraturan yang mengatur hubungan pemilik atau yang mewakili dengan Direktur rumah sakit.
8. Peraturan Internal Staf Medis adalah peraturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di rumah sakit.
9. Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah peraturan yang mengatur tata kelola Asuhan Keperawatan untuk menjaga profesionalisme Staf Keperawatan di rumah sakit.
10. Peraturan Internal Staf Kesehatan Lain adalah peraturan yang mengatur tata kelola klinis pelayanan kesehatan lainnya untuk menjaga profesionalisme tenaga pekerja kesehatan lainnya di rumah sakit.
11. Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
12. Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan kebijakan dan prosedur kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.

13. Sub Komite adalah kelompok kerja dibawah Komite yang dibentuk untuk mengelola masalah khusus sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
14. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) agar Staf Medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medik, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medik.
15. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
16. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, Dokter Gigi Spesialis dan Dokter Sub Spesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
17. Staf Medis Konsultan adalah Staf Medis yang bukan merupakan Pegawai RSUD dan dibutuhkan dalam pendampingan pelayanan di rumah sakit pada waktu tertentu.
18. Kelompok Staf Medis adalah Kelompok Staf Medis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya atau kelompok profesi yang serumpun.
19. Staf Keperawatan adalah Perawat dan Bidan yang bekerja memberikan pelayanan kepada pasien baik secara langsung maupun tidak langsung secara purna waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
20. Tenaga Fungsional adalah pegawai yang mempunyai tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang dalam suatu satuan organisasi yang melaksanakan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau keterampilan tertentu dan bersifat mandiri.
21. Penugasan Klinis adalah *penugasan* Direktur rumah sakit kepada seorang Staf Medis atau Staf Keperawatan untuk melakukan sekelompok Pelayanan Medis atau Asuhan Keperawatan atau Asuhan Kebidanan di rumah sakit berdasarkan daftar Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) yang telah ditetapkan baginya.
22. Asuhan Keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan baik langsung maupun tidak langsung diberikan kepada pasien di sarana dan tatanan kesehatan dengan menggunakan pendekatan ilmiah keperawatan berdasarkan kode etik dan standar praktik keperawatan.

23. Kredensial adalah penilaian atau pengujian terhadap tenaga kesehatan untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*).
24. Rekredensial adalah proses kredensial ulang terhadap tenaga kesehatan untuk mengevaluasi Kewenangan Klinis yang telah dimiliki.
25. Informasi medis adalah informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan pasien.
26. Audit Medis adalah proses evaluasi secara profesional yang dilakukan oleh Komite Medik terhadap mutu dan keamanan pelayanan medis yang diberikan oleh profesi medis kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya.
27. Audit Keperawatan adalah proses evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan oleh profesi perawat kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya.
28. Standar Pelayanan Minimal rumah sakit adalah ketentuan tentang jenis, mutu dan spesifikasi teknis tolok ukur pelayanan dasar yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal yang diberikan rumah sakit.
29. Standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat instruksi atau langkah berurutan yang dibakukan untuk menyatakan suatu proses kerja tertentu.
30. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
31. Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk mengurangi timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
32. Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
33. Kerja sama adalah kesepakatan antara para pihak dibuat secara tertulis dan menimbulkan hak dan kewajiban.

## Pasal 2

Walikota ini bertujuan sebagai pedoman dalam melaksanakan Peraturan Internal RSUD.

## Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Internal Rumah Sakit, meliputi:

- a. Peraturan Internal Korporasi;
- b. Peraturan Internal Staf Medis;
- c. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infkesi;
- d. Kebijakan, Pedoman, Panduan dan Prosedur;
- e. Perjanjian Kerjasama;
- f. Rapat; dan
- g. Penetapan Peraturan Internal Staf Medis.

## BAB II PERATURAN INTERNAL KORPORASI

### Bagian Kesatu Umum

## Pasal 4

Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Eka Candrarini Kota Surabaya.

## Pasal 5

Visi RSUD adalah menjadi rumah sakit unggulan dalam pelayanan kesehatan yang bermutu di kota Surabaya.

## Pasal 6

Misi RSUD adalah:

- a. menyediakan pelayanan kesehatan paripurna, terjangkau, dan inovatif;
- b. meningkatkan kualitas sumber daya manusia rumah sakit yang profesional, berintegritas, dan humanis melalui pendidikan dan pelatihan;
- c. membangun tata kelola organisasi yang terintegrasi, efektif, efisien dan akuntabel; dan
- d. menyediakan sarana dan prasarana rumah sakit yang berkualitas sesuai dengan standar teknologi.

## Pasal 7

- (1) Nilai dasar Rumah Sakit terdiri atas:
  - a. *Responsibility*;
  - b. *Synergy*;
  - c. *Earnest*;
  - d. *Caring*;
- (2) *Responsibility* sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf a, adalah pelayanan kesehatan kepada masyarakat diberikan dengan penuh tanggungjawab, dedikasi dan kepedulian tinggi serta berintegritas.
- (3) *Synergy* sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf b, adalah bekerja sama dan berinteraksi dengan berbagai pihak untuk menghasilkan suatu keseimbangan yang harmonis sehingga bisa menciptakan pelayanan kesehatan yang optimal.
- (4) *Earnest* sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf c, adalah komitmen kuat untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan sepenuh hati tanpa diskriminatif dan secara sungguh-sungguh serta berpusat pada pasien.
- (5) *Caring* sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf d, adalah pelayanan kepada masyarakat diberikan dengan sepenuh hati sehingga menambah rasa cinta dan setia masyarakat kepada Rumah Sakit.

## Pasal 8

Filosofi RSUD adalah rumah sakit nirlaba, sehingga dalam melaksanakan kegiatan RSUD mengutamakan efektivitas dan efisiensi serta kualitas pelayanan umum kepada masyarakat tanpa mengutamakan pencarian keuntungan Filosofi.

### Bagian Kedua Pemilik, Status dan Klasifikasi RSUD

## Pasal 9

- (1) RSUD merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah.
- (2) RSUD sebagai unit organisasi yang bersifat khusus yang memberikan layanan secara profesional

## Pasal 10

Pemerintah Daerah sebagai pemilik RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) bertanggung jawab dan berwenang untuk:

- a. menunjuk atau menetapkan Pejabat Pengelola RSUD dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu Pejabat Pengelola dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
- b. menetapkan struktur organisasi RSUD;
- c. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan RSUD dan pengelolaan sumber daya manusia RSUD;
- d. memberikan arahan kebijakan RSUD;
- e. menetapkan visi dan misi RSUD dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi RSUD serta mereview secara berkala misi RSUD;
- f. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
- g. menyetujui rencana strategis RSUD;
- h. mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;
- i. menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program tersebut;
- j. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
- k. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- l. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien; dan
- m. mengawasi kepatuhan penerapan etika RSUD, etika profesi dan peraturan Perundang-undangan.

## Pasal 11

- (1) Klasifikasi RSUD merupakan RSUD Kelas C.
- (2) Sebagai Rumah Sakit Kelas C, RSUD memiliki tugas untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.
- (3) Dalam menjalankan fungsi pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), RSUD bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan terintegrasi dengan mengutamakan tata kelola klinis yang baik, perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain berbasis bukti dengan memperhatikan aspek etika profesi dan hukum kesehatan serta sesuai kebutuhan medis pasien/klien, standar pelayanan, dan mengutamakan keselamatan pasien/klien.

**Bagian Ketiga  
komite Medik**

**Pasal 12**

- (1) Komite medik merupakan perangkat RSUD untuk menerapkan tata kelola klinis (*Clinical Governance*) agar staf medis di RSUD terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- (2) Susunan, fungsi, tugas dan kewajiban, serta tanggung jawab dan kewenangan Komite Medik diuraikan lebih lanjut dalam Peraturan Internal Staf Medis RSUD.
- (3) Komite Medik merupakan wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari Seluruh Anggota Staf Medis Fungsional.
- (4) Komite Medik berada dibawah Direktur dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (5) Komite Medik diangkat dan diberhentikan oleh Pemimpin.
- (6) Komite Medik mempunyai tugas sebagai berikut :
  - a. menyusun Peraturan Internal Staf medis sebagai acuan tata kelola dokter/tenaga medis RSUD;
  - b. menyusun dan memantau pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal RSUD;
  - c. melaksanakan peningkatan kompetensi, Mutu Profesi Medis dan Kredensial;
  - d. melaksanakan pembinaan etika dan disiplin profesi;
  - e. menyusun dan memantau Standar Terapi Kefarmasian RSUD;
  - f. mengatur kewenangan profesi anggota Staf Medis Fungsional;
  - g. mengembangkan Program Pelayanan.
- (7) Segala Ketentuan yang mengatur tentang komite medik dan pengangkatannya diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis.

**Bagian Keempat  
Kelompok Staf Medis**

**Pasal 13**

- (1) Kelompok Staf Medis merupakan kelompok medis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya.

- (2) Kelompok Staf Medis mempunyai tugas melaksanakan pelayanan pasien meliputi diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Kelompok Staf Medis menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.
- (4) Susunan kepengurusan Kelompok Staf Medis terdiri dari:
  - a. Ketua merangkap anggota;
  - b. Sekretaris merangkap anggota;
  - c. Koordinator pelayanan merangkap anggota;
  - d. Koordinator penelitian dan pengembangan merangkap anggota.
- (5) Masa tugas Kelompok Staf Medis adalah 3 (tiga) tahun, selanjutnya dapat dipilih kembali.
- (6) Kelompok Staf Medis mempunyai kewajiban sebagai berikut :
  - a. menyusun Standar Prosedur Operasional bidang medis yang terdiri dari Standar Medis dan Standar tindakan medis yang penyusunannya dikoordinasikan oleh Komite Medik;
  - b. menyusun Standar Prosedur Operasional bidang administrasi medis yang terdiri dari pengaturan tugas pelayanan, pertemuan klinik (presentasi kasus khusus, kasus kematian), *visite* bersama dan peraturan lain yang dianggap perlu, yang penyusunannya dikoordinasikan oleh Ketua Kelompok Staf Medis atau Koordinator Pelayanan Kelompok Staf Medis;
  - c. menyusun indikator mutu pelayanan medis/kinerja klinis, meliputi indikator proses dan hasil pelayanan medis.
- (7) Kelompok Staf Medis mempunyai wewenang sebagai berikut:
  - a. memberikan rekomendasi kepada Direktur melalui Komite Medik tentang penempatan anggota Kelompok Staf Medis baru dan penempatan ulang anggota Kelompok Staf Medis;
  - b. melakukan evaluasi kinerja Kelompok Staf Medis dan bersama Komite Medik menentukan kompetensi anggota Kelompok Staf Medis melalui Tim Evaluasi Kinerja yang dibentuk oleh Kelompok Staf Medis;

c. melakukan evaluasi dan revisi terhadap Standar Pelayanan Minimal RSUD, Standar Prosedur Operasional tindakan medis dan Standar Prosedur Operasional bidang Administrasi Medis.

**Bagian Kelima**  
**Komite Keperawatan**

**Pasal 14**

- (1) Komite Keperawatan merupakan wadah non-struktural RSUD yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur di RSUD yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan dan bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.
- (3) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD dengan cara:
  - a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di RSUD;
  - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi Kredensial, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
  - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
  - b. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
  - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan;
  - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
  - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
  - f. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Pemimpin Direktur RSUD.

- (5) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
  - merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
  - memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (6) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- melakukan sosialisasi dan evaluasi pelaksanaan *Code Of Conduct* di RSUD;
  - melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
  - merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
  - memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.
- (7) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:
- memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
  - memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
  - memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
  - memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
  - memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;

- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

**Bagian Keenam  
Komite Tenaga Kesehatan Lain**

**Pasal 15**

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan wadah organisasi non struktural yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya di RSUD melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi keteknisian kesehatan, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi masing-masing.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari berbagai macam profesi tenaga kesehatan lainnya (apoteker, tenaga teknis kefarmasian, gizi dan teknik gizi, kesehatan lingkungan, penata anestesi dan asisten penata anestesi, analis teknik elektromedik, rekam medik, ahli tenaga laboratorium medis, fisioterapi dan terapi wicara, radiografer serta fisikawan medis).
- (3) Dalam melaksanakan fungsi Kredensial, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas dan kewenangan sebagai berikut:
  - a. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
  - b. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
  - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis berbagai profesi tenaga kesehatan lainnya;
  - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
  - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
  - f. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada kepada Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut:
  - a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lainnya sesuai profesi;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lainnya;

- c. melakukan audit tenaga kesehatan lainnya;
  - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas dan kewenangan sebagai berikut:
- a. melakukan sosialisasi dan evaluasi pelaksanaan *Code Of Conduct* di RSUD;
  - b. melakukan sosialisasi kode etik profesi;
  - c. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
  - d. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik;
  - e. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis.
- (6) Dalam melaksanakan tugas, fungsi dan kewenangan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

#### BAB IV Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

##### Pasal 16

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dibentuk untuk membantu Direktur dalam upaya mencegah dan mengurangi terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan RSUD.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai tugas:
- a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi RSUD;
  - c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa bersama Tim pencegahan dan pengendalian infeksi RSUD;

- d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi yang aman bagi penggunanya;
- e. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
- f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
- g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa RSUD; dan
- h. menerima laporan atas kegiatan Tim pencegahan dan pengendalian infeksi dan membuat laporan berkala kepada Direktur.

Bagian Ketujuh  
Komite Etik dan Hukum

#### Pasal 17

- (1) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersifat memberikan kajian, pertimbangan dan rekomendasi.
- (3) Kajian, pertimbangan, dan rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dipergunakan Direktur dalam menyusun perencanaan dan pengambilan keputusan.
- (4) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

#### Pasal 18

- (1) Komite Etik dan Hukum mempunyai tugas, meliputi:
  - a. menyusun kode etik RSUD yang mengacu pada Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI);
  - b. menyusun kerangka kerja pengelolaan etik RSUD mencakup, tapi tidak terbatas pada:
    - 1. menjelaskan pelayanan yang diberikan pada pasien secara jujur;
    - 2. melindungi kerahasiaan informasi pasien;
    - 3. mengurangi kesenjangan dalam akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan dampak klinis;

4. menetapkan kebijakan tentang pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien;
5. mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran hasil kinerja klinis dan kinerja non klinis;
6. keterbukaan kepemilikan agar tidak terjadi konflik kepentingan misalnya hubungan kepemilikan antara dokter yang memberikan instruksi pemeriksaan penunjang dengan fasilitas laboratorium atau fasilitas radiologi di luar RSUD yang akan melakukan pemeriksaan;
7. menetapkan mekanisme pelaporan kesalahan klinis (*clinical error*) atau etik bagi praktisi kesehatan dan staf lainnya, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait masalah klinis maupun operasional;
8. mendukung keterbukaan dalam sistem pelaporan mengenai masalah/isu etik tanpa takut diberikan sanksi;
9. memberikan solusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etik yang terjadi;
10. memastikan praktik non diskriminasi dalam pelayanan pasien dengan mengingat norma hukum dan budaya negara;
11. tagihan biaya pelayanan harus akurat dan dipastikan bahwa insentif dan pengelolaan pembayaran tidak menghambat pelayanan pasien;
12. pengelolaan kasus etik pada konflik etik antar profesi di RSUD, serta penetapan *Code of Conduct* bagi staf sebagai pedoman perilaku sesuai dengan standar etik di RSUD;
13. menyusun pedoman etika pelayanan;
14. membina penerapan etika pelayanan, etika penyelenggaraan, dan hukum perumahsakitan;
15. mengawasi pelaksanaan penerapan etika pelayanan dan etika penyelenggaraan;
16. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;

17. mendukung penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum;
  18. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di RSUD;
  19. memberikan pertimbangan kepada Direktur mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum;
  20. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia RSUD;
  21. menyusun pedoman kerja;
  22. menyusun program kerja; dan
  23. menyusun laporan pelaksanaan program kerja kepada direktur secara berkala paling sedikit enam bulan sekali.
- (2) Selain tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Etik dan Hukum mempunyai fungsi:
- a. memberikan pertimbangan kepada Direktur mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum; dan
  - b. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia RSUD.

Bagian Kedelapan  
Kelompok Staf Medis

Pasal 19

- (1) Kelompok Staf Medis merupakan kelompok medis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (2) Kelompok Staf Medis mempunyai tugas melaksanakan pelayanan pasien meliputi diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.

- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Kelompok Staf Medis menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.
- (4) Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Ketua Kelompok.
- (5) Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (6) Masa tugas Kelompok Staf Medis adalah 3 (tiga) tahun, selanjutnya dapat dipilih kembali.
- (7) Kelompok Staf Medis mempunyai kewajiban sebagai berikut :
  - a. menyusun Standar Prosedur Operasional bidang medis yang terdiri dari Standar Medis dan Standar tindakan medis yang penyusunannya dikoordinasikan oleh Komite Medik;
  - b. menyusun Standar Prosedur Operasional bidang administrasi medis yang terdiri dari pengaturan tugas pelayanan, pertemuan klinik (presentasi kasus khusus, kasus kematian), *visite* bersama dan peraturan lain yang dianggap perlu, yang penyusunannya dikoordinasikan oleh Ketua Kelompok Staf Medis atau Koordinator Pelayanan Kelompok Staf Medis; dan
  - c. menyusun indikator mutu pelayanan medis/kinerja klinis, meliputi indikator proses dan hasil pelayanan medis.
- (8) Kelompok Staf Medis mempunyai wewenang sebagai berikut:
  - a. memberikan rekomendasi kepada Direktur melalui Komite Medik tentang penempatan anggota Kelompok Staf Medis baru dan penempatan ulang anggota Kelompok Staf Medis;
  - b. melakukan evaluasi kinerja Kelompok Staf Medis dan bersama Komite Medik menentukan kompetensi anggota Kelompok Staf Medis melalui Tim Evaluasi Kinerja yang dibentuk oleh Kelompok Staf Medis; dan
  - c. melakukan evaluasi dan revisi terhadap Standar Pelayanan Minimal RSUD, Standar Prosedur Operasional tindakan medis dan Standar Prosedur Operasional bidang Administrasi Medis.

Bagian Kesembilan  
Instalasi  
Pasal 20

- (1) Instalasi merupakan unit pelayanan non struktural yang dibentuk guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan.
- (2) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Kepala Instalasi.
- (3) Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Kedudukan Instalasi berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (5) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Baian Kesepuluh  
Instalasi/Unit dan Tim

Pasal 21

- (1) RSUD dalam menyelenggarakan fungsinya, dapat membentuk Instalasi/Unit dan Tim.
- (2) Pembentukan Instalasi/Unit dan Tim sebagaimana dimaksud ayat (1) di dasarkan atas kebutuhan RSUD untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan guna mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Instalasi/Unit dan Tim sebagaimana dimaksud ayat (2) dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Setiap penyusunan dan tata kerja Instalasi/Unit dan Pembentukan Tim RSUD harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan unit-unit, Tim lainnya sesuai dengan tugas masing-masing.

Pasal 22

- (1) Instalasi/Unit yang dibentuk dalam menyelenggarakan fungsi RSUD dipimpin oleh Kepala Instalasi/Unit.
- (2) Kepala Instalasi/Unit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi serta melaporkan hasil kegiatannya.

- (3) Kepala Instalasi/Unit dalam tugasnya sebagaimana dimaksud ayat (2) dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (4) Kepala Instalasi/Unit bertanggung jawab kepada Direktur.

#### Pasal 23

- (1) Tim yang dibentuk dalam menyelenggarakan fungsi RSUD dipimpin oleh Ketua Tim.
- (2) Ketua Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi serta melaporkan hasil kegiatannya.
- (3) Ketua Tim dalam tugasnya sebagaimana dimaksud ayat (2) dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (4) Ketua Tim bertanggung jawab kepada Direktur.

### BAB III

#### PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

##### Bagian Kesatu Internal Staf Medis

#### Pasal 24

- (1) Peraturan internal staf medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
- (2) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
  - a. agar komite medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial;
  - b. peningkatan mutu profesi;
  - c. penegakan disiplin profesi; dan
  - d. memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi.
- (3) Peraturan Internal Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
  - a. Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) melalui mekanisme Kredensial;
  - b. peningkatan mutu profesi; dan
  - c. penegakan disiplin profesi.

Bagian Kedua  
Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)

Pasal 25

- (1) Seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis hanya dapat melakukan praktik kedokteran sesuai dengan bidang dan kemampuannya secara spesifik di RSUD, sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh masing-masing organisasi profesinya, setelah mendapatkan kewenangan klinis melalui proses kredensial.
- (2) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan oleh Direktur berupa surat Penugasan Klinis atas rekomendasi Komite Medis melalui Sub Komite Kredensial Komite Medik.
- (3) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (4) Penggunaan kewenangan klinis kepada seorang anggota Staf Medis dalam sebuah Kelompok Staf Medik tergantung pada peraturan dan kebijakan yang berlaku di masing-masing kelompok Staf Medik.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara (*temporary clinical appointment*) diberikan Direktur berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di RSUD tempat asal bekerja dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di RSUD kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Dalam keadaan darurat staf medis dapat diberikan kewenangan klinis oleh Direktur dengan menerbitkan surat penugasan klinis (*emergency clinical appointment*) tanpa rekomendasi Komite Medik.
- (7) Dalam masalah atau kasus tertentu yang terjadi pada staf medis, Direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis bersyarat (*provisional clinical privilege*).
- (8) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Sub Komite Kredensial Komite Medik.
- (9) Kewenangan klinis dapat bertambah dari sebelumnya setelah staf medis telah diakui mendapat pendidikan/pelatihan khusus/workshop sehingga yang bersangkutan dapat melakukan pekerjaannya.

- (10) Penilaian kompetensi dapat berkurang apabila alasan sakit atau kelainan fisik dan mental pada yang bersangkutan yang ditetapkan oleh Komite Medik.

### Pasal 26

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan Kewenangan Klinis oleh Sub Komite Kredensial Komite Medik, harus memenuhi persyaratan meliputi:

- a. Pendidikan:
  1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi; dan
  2. menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
- b. perizinan (lisensi):
  1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
  2. memiliki surat ijin praktik dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
- c. kegiatan penjagaan mutu profesi:
  1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
  2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. kualifikasi personal:
  1. riwayat disiplin dan etik profesi;
  2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
  3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
  4. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
  5. memiliki asuransi proteksi profesi.
- e. pengalaman di bidang keprofesian harus memenuhi persyaratan, meliputi:
  1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
  2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

### Pasal 27

- (1) Komite Medik dalam memberi rekomendasi kepada Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (7), agar Kewenangan Klinis Anggota Staf Medik dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Sub Komite Kredensial.

- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan apabila Anggota Staf Medik tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di RSUD dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan SOP yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.
- (3) Sub Komite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis Anggota Staf Medik setelah terlebih dahulu:
  - a. ketua Kelompok Staf Medis mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
  - b. komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Sub Komite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis Anggota Staf Medis yang bersangkutan;
  - c. sub Komite Kredensial berhak memanggil Anggota Staf Medis yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan; dan
  - d. sub Komite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

#### Pasal 28

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan apabila adanya:
  - a. hubungan hukum antara staf medik dengan RSUD telah putus;
  - b. gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - c. kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; dan
  - d. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

#### Pasal 29

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.

- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) habis masa berlakunya dan/atau dicabut dengan alasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 ayat (2).

**Bagian Kedua**  
**Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)**

**Pasal 30**

- (1) Setiap Staf Medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan *Klinis* (*Clinical Appointment*) dari Direktur berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap Staf Medis yang direkomendasikan Komite Medik setelah dilakukan proses kredensial.
- (2) Tanpa Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) maka seorang Staf Medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (*member*) Staf Medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di RSUD.
- (3) Dalam keadaan darurat, Direktur dapat memberikan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) tanpa rekomendasi komite medik.

**Bagian Keempat**  
**Struktur Organisasi dan Keanggotaan**

**Pasal 31**

- (1) Komite Medik merupakan wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari Seluruh Anggota Staf Medis Fungsional.
- (2) Susunan organisasi Komite Medik, paling sedikit terdiri dari:
- Ketua;
  - Sekretaris; dan
  - Sub Komite.
- (3) Direktur dapat menetapkan kebijakan, panduan, pedoman, dan prosedur untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik.

**Pasal 32**

- (1) Ketua sebagaimana dimaksud pada Pasal 31 ayat (2) huruf a dapat dijabat oleh dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang dipilih secara demokratis oleh Ketua Kelompok Staf Medis dengan memenuhi syarat sebagai berikut:

- a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesiya;
  - b. peka terhadap perkembangan perumahsakitan;
  - c. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur; dan
  - d. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
- (2) Sekretaris Komite Medik sebagaimana dimaksud pada Pasal 31 ayat (2) huruf b dapat dijabat oleh dokter purna waktu atau dokter paruh waktu dan dipilih oleh Ketua Komite Medik.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya Sekretaris Komite Medik dapat dibantu tenaga administrasi (staf sekretariat).
- (4) Anggota Komite Medik terdiri dari semua Ketua Kelompok Staf Medis dan/atau anggota yang mewakili dan terbagi ke dalam Sub Komite.
- (5) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada Pasal 31 ayat (2) huruf c terdiri dari:
- a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

**Bagian Kelima**  
**Wewenang, Kewajiban dan Tanggung Jawab**

**Pasal 33**

Wewenang Komite Medik terdiri atas:

- a. memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
- b. memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan peralatan medis, dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan medis;
- c. monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis sesuai yang tercantum di dalam tugas Komite Medik;
- d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran di RSUD;

- e. melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan profesi antar Kelompok Staf Medis;
- f. membentuk Tim Klinis yang mempunyai tugas menangani kasus-kasus pelayanan medik yang memerlukan koordinasi lintas profesi, misalnya penanggulangan kanker terpadu, pelayanan jantung terpadu dan lain sebagainya; dan
- g. memberikan rekomendasi tentang kerjasama antara RSUD dan fakultas kedokteran/kedokteran gigi/institusi pendidikan lain.

#### Pasal 34

Komite Medik mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- a. menyusun dan mengevaluasi peraturan internal staf medis;
- b. membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar prosedur operasional di bidang manajerial/administrasi dan bidang keilmuan/profesi, standar profesi dan standar kompetensi;
- c. membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik; dan
- d. melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

#### Pasal 35

Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur terkait dengan mutu pelayanan medis, pembinaan etik kedokteran dan pengembangan profesi medis.

#### Bagian Keenam Tugas dan Fungsi

#### Pasal 36

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di RSUD dengan cara:
- a. melakukan kredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD;
  - b. memelihara dan peningkatan kompetensi dan Mutu Profesi Staf Medis;
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik; dan
  - d. mengembangkan Program Pelayanan.

- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Komite Medik memiliki fungsi, meliputi:
- penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian;
  - penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi;
  - penyelenggaraan evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
  - penyelenggaraan wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
  - penyelenggaraan penilaian dan pemutusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
  - pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;
  - penyelenggaraan proses Rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
  - penyelenggaraan rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, Komite Medik memiliki fungsi, meliputi:
- pelaksanaan Audit Medis;
  - memberikan rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
  - memberikan rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik RSUD; dan
  - memberikan rekomendasi proses pendampingan bagi Staf Medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf c, Komite Medik memiliki fungsi:
- pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - pemeriksaan Staf Medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;

- c. penyelenggaraan rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di RSUD;
- d. penyusunan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang dipilih untuk menjalankan tugas dan fungsi Staf medis sebagai acuan tata kelola dokter/tenaga medis RSUD;
- e. penyusunan dan pemantauan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal RSUD; dan
- f. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

**Bagian Ketujuh**  
**Sub Komite Kredensial**

**Pasal 37**

- (1) Sub Komite Kredensial berperan dalam melaksanakan kredensial dengan tujuan sebagai berikut:
  - a. melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa Staf Medis yang akan melakukan pelayanan pada RSUD kredibel;
  - b. mendapatkan dan memastikan Staf Medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di RSUD;
  - c. menyusun jenis-jenis kewenangan klinis bagi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di RSUD sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi yang diterapkan oleh kolegium kedokteran/kedokteran gigi Indonesia;
  - d. menjadi dasar bagi Direktur untuk menerbitkan penugasan klinis bagi setiap Staf Medis untuk melakukan pelayanan medis di RSUD; dan
  - e. menjaga reputasi dan kredibilitas para Staf Medis dan RSUD di hadapan pasien, penyandang dana dan pemangku kepentingan RSUD lainnya.
- (2) Mekanisme kredensial dan/atau rekredensial merupakan tanggung jawab Komite Medik yang dilaksanakan oleh Sub Komite Kredensial.
- (3) Proses kredensial dan/atau rekredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, objektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasikan.
- (4) Dalam proses kredensial dan/atau rekredensial sebagaimana dimaksud ayat (3) Sub Komite Kredensial melakukan serangkaian kegiatan termasuk menyusun tim Mitra Bestari, dan melakukan penilaian kompetensi kepada seorang Staf Medis untuk diberikan kewenangan klinis tertentu.

- (5) Sub Komite Kredensial menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang ditetapkan oleh Direktur, paling sedikit meliputi:
- kebijakan tentang kredensial dan kewenangan klinis;
  - pedoman penilaian kompetensi klinis;
  - formulir yang diperlukan; dan
  - instrument lainnya yang dibutuhkan Sub Komite Kredensial.

**Bagian Kedelapan**  
**Sub Komite Mutu Profesi**

**Pasal 38**

- (1) Sub Komite Mutu Profesi berperan dalam menjaga mutu profesi Staf Medis dengan tujuan sebagai berikut:
- memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh Staf Medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
  - memberikan asas keadilan bagi Staf Medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi dan kewenangan klinis;
  - mencegah terjadinya kejadian yang tak diharapkan; dan
  - memastikan kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh Staf Medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan, maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus.
- (2) Kualitas pelayanan medis yang diberikan ditentukan berdasarkan semua aspek kompetensi Staf Medis dalam melakukan penatalaksanaan pelayanan medis.
- (3) Mutu suatu penatalaksanaan pelayanan asuhan medis tergantung pada upaya Staf Medis memelihara kompetensi seoptimal mungkin.
- (4) Sub Komite Mutu Profesi menyiapkan berbagai kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme dalam menjalankan mutu profesi Staf Medis yang ditetapkan oleh Direktur.

**Bagian Kesembilan**  
**Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi**

**Pasal 39**

- (1) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi berperan dalam menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik dengan tujuan sebagai berikut:
  - a. melindungi pasien dari pelayanan Staf Medis yang tidak memenuhi syarat dan tidak layak untuk melakukan pelayanan medis; dan
  - b. memelihara dan meningkatkan mutu profesional Staf Medis.
- (2) Setiap Staf Medis dalam melaksanakan pelayanan medis di RSUD menerapkan prinsip-prinsip profesionalisme kedokteran kinerja profesional yang baik sehingga dapat memperlihatkan kinerja profesi yang baik, sehingga diharapkan pasien memperoleh pelayanan asuhan medis yang aman dan efektif.
- (3) Upaya peningkatan profesionalisme Staf Medis dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisilinan berperilaku professional Staf Medis di RSUD.
- (4) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi membantu memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis.
- (5) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyiapkan berbagai kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme dalam menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik yang ditetapkan oleh Direktur.

**Bagian Kedelapan**  
**Rapat Komite**  
**Medik**

**Pasal 40**

- (1) Rapat Komite Medik terdiri atas:
  - a. Rapat Rutin Komite Medik;
  - b. Rapat Khusus Komite Medik; dan
  - c. Rapat Umum Tahunan.
- (2) Rapat komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan memperhatikan tata tertib rapat.

- (3) Setiap rapat Komite Medik dinyatakan sah hanya bila pemberitahuan telah disampaikan dan diterima seluruh anggota komite medik yang berhak memberikan suara.

**Pasal 41**

Rapat Rutin Komite Medik sebagaimana dimaksud Pasal 40 ayat (1) huruf a, dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Komite Medik menyelenggarakan rapat rutin setiap bulan sekali pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Medik;
- b. Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lama 5 (lima) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan;
- c. Rapat rutin dihadiri oleh pengurus harian dan seluruh anggota Komite Medik; dan
- d. Ketua dapat mengundang pihak selain Komite Medik bila dianggap perlu.

**Pasal 42**

Rapat Khusus Komite Medik sebagaimana dimaksud Pasal 40 ayat (1) huruf b dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Rapat Khusus Komite Medik diselenggarakan dalam hal:
  1. Permintaan yang diajukan paling sedikit oleh tiga anggota Komite Medik dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya; atau
  2. Permintaan Ketua Komite Medik untuk hal-hal yang memerlukan penetapan kebijakan Komite Medik dengan segera.
- b. Sekretaris Komite Medik menyelenggarakan rapat khusus dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam setelah diterimanya permintaan rapat yang ditandatangani oleh 25% (dua puluh lima persen) dari jumlah anggota Komite Medik yang berhak untuk hadir dan memberikan suara dalam rapat tertentu.
- c. Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat khusus beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan.

- d. Pemberitahuan rapat khusus akan menyebutkan secara spesifik hal-hal yang akan dibicarakan hal-hal yang diagendakan dalam rapat.

#### Pasal 43

Rapat Umum Tahunan sebagaimana dimaksud Pasal 40 ayat (1) huruf c dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Rapat Umum Tahunan diselenggarakan sekali dalam setahun dan dapat diikuti oleh seluruh Staf Medik;
- b. Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat tahunan secara tertulis beserta agenda rapat kepada para rapat anggota yang berhak hadir paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

#### Pasal 44

- (1) Keputusan hasil rapat Komite Medik dapat ditetapkan dan dinyatakan sah apabila dilakukan sesuai dengan ketentuan mengenai panggilan rapat dan kuorum.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercapai apabila rapat dihadiri oleh paling sedikit 50% (lima puluh persen) dari jumlah anggota Komite Medik.
- (3) Dalam hal kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak tercapai, maka rapat ditunda selambat-lambatnya 1 (satu) jam.
- (4) Keputusan hasil rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (5) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka Keputusan hasil rapat melalui pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak dari anggota Komite Medik yang hadir.
- (6) Dalam hal pemungutan suara sebagaimana dimaksud ayat (5) sama banyak, maka Ketua Komite Medik berwenang membuat keputusan hasil rapat.

#### Pasal 45

Tata tertib Rapat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (2) sebagai Berikut:

- a. setiap rapat Komite Medik berhak dihadiri oleh seluruh anggota Komite Medik;

- b. semua risalah rapat Komite Medik dicatat oleh sekretaris komite medik atau penggantinya yang ditunjuk;
- c. notulen rapat ditandatangani oleh Ketua Komite Medik dan seluruh anggota yang menghadiri rapat, notulen yang telah ditandatangani diberlakukan sebagai dokumen yang sah.

**Bagian Kesembilan**  
**Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis**

**Pasal 46**

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan peraturan pelaksanaan berupa aturan profesi bagi Staf Medis di luar Peraturan Internal Staf Medis.
- (2) Aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), 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 dengan disiplin yang sesuai; dan
  - c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualianya.
- (3) Aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Direktur.

**Bagian Kesepuluh**  
**Tata Cara *Review* dan Perbaikan**  
**Peraturan Internal Staf Medis**

**Pasal 47**

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis dapat dilakukan apabila terdapat perubahan Peraturan Perundang-undangan yang mendasarinya.
- (2) Peraturan Internal Staf Medis secara berkala sekurang-kurangnya setiap 3 (tiga) tahun dievaluasi, ditinjau kembali, dan disesuaikan dengan perkembangan profesi Staf Medis serta kondisi di RSUD.
- (3) Evaluasi, peninjauan kembali, dan penyesuaian Peraturan Internal Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilakukan oleh Komite Medik.

- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan melibatkan seluruh Staf Medis dan staf manajemen terkait.

**Bagian Kesebelas  
Informasi Medis**

**Pasal 48**

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

**Pasal 49**

- (1) Dokter RSUD berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya.
- (2) Dalam hal Informasi Medis Dokter RSUD wajib untuk:
  - a. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien kepada pihak lain, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
  - b. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan Perundang-undangan, etika dan hukum profesi kedokteran.

**Bagian Kedua Belas  
Hak dan Kewajiban Pasien**

**Pasal 50**

- (1) Hak Pasien, meliputi:
  - a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di RSUD;
  - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban Pasien;
  - c. memperoleh pelayanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
  - d. memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;

- e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di RSUD;
- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik baik dalam maupun di luar RSUD;
- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di RSUD;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan RSUD terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q. menggugat dan/atau menuntut RSUD apabila RSUD diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana; dan
- r. mengeluhkan pelayanan RSUD yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik.

(2) Kewajiban Pasien, meliputi:

- a. mematuhi peraturan yang berlaku di RSUD;
- b. menggunakan fasilitas RSUD secara bertanggung jawab;

- c. menghormati hak-hak pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di RSUD;
- d. memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya;
- e. memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
- f. mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan di RSUD dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- g. menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
- h. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

### Bagian Ketiga Belas Hak dan Kewajiban Dokter

#### Pasal 51

**(1) Hak Dokter, meliputi:**

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
- b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
- c. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari Pasien; dan
- d. menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di RSUD.

**(2) Kewajiban Dokter, meliputi:**

- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
- b. merujuk ke dokter lain, apabila tidak mampu;
- c. merahasiakan informasi Pasien, meskipun pasien sudah meninggal;

- d. melakukan pertolongan darurat kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
- e. menambah ilmu pengetahuan dan teknologi dan mengikuti perkembangan.

**Bagian Keempat Belas**  
**Hak dan Kewajiban**  
**RSUD**

**Pasal 52**

**(1) Hak RSUD, meliputi:**

- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi RSUD;
- b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan;
- c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d. menerima bantuan dari pihak lain yang tidak mengikat;
- e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
- g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di RSUD sesuai dengan ketentuan Peraturan perundang- undangan; dan
- h. mendapatkan insentif pajak bagi RSUD Publik dan RSUD yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan.

**(2) Kewajiban RSUD, meliputi:**

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan RSUD kepada masyarakat;
- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan RSUD;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat miskin;

- f. melaksanakan fungsi sosial, antara lain:
  - 1. dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien miskin;
  - 2. pelayanan gawat darurat tanpa uang muka;
  - 3. ambulan gratis; dan
  - 4. pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusian.
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di RSUD sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan Perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak-hak Pasien;
- n. melaksanakan etika RSUD;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit;
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas RSUD dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan RSUD sebagai kawasan tanpa rokok.

**BAB V**  
**KEBIJAKAN, PEDOMAN, PANDUAN DAN PROSEDUR**

**Pasal 53**

- (1) Kebijakan, pedoman, panduan, dan prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi RSUD sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi di RSUD kemudian diikuti dengan pedoman, panduan dan Standar Prosedur Operasional.
- (3) Kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Identifikasi pengecekan, review dan/atau perubahan dalam kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarki struktural.
- (5) *Review* serta persetujuan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dilakukan paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun sekali dan/atau terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan.
- (6) RSUD melaksanakan pemeliharaan, pengelolaan dan retensi dari kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dengan mengacu pada Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

**BAB VI**  
**PERJANJIAN KERJASAMA**

**Pasal 54**

- (1) Direktur menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerja sama atau kontrak.
- (2) Pihak-pihak yang melakukan kerjasama dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama atau kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Objek tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), menyangkut kerja sama operasional dan alat kesehatan.
- (4) Perjanjian kerja sama paling sedikit memuat:
  - a. subjek;
  - b. tujuan;
  - c. objek;

- d. ruang lingkup;
  - e. hak dan kewajiban;
  - f. jangka waktu;
  - g. pengakhiran perjanjian;
  - h. keadaan memaksa; dan
  - i. penyelesaian perselisihan.
- (5) Hasil perjanjian kerja sama berupa uang harus menjadi pendapatan RSUD, jika berupa barang harus dicatat sebagai aset RSUD sesuai peraturan Perundang- undangan.

## BAB VII

### RAPAT

#### Pasal 55

(1) Rapat Dewan Pengawas, terdiri dari :

a. Rapat Rutin :

1. Rapat rutin Dewan Pengawas diadakan sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sekali;
2. Rapat rutin Dewan Pengawas diikuti oleh seluruh anggota Dewan Pengawas dan rapat dipimpin oleh Ketua Dewan Pengawas;
3. Rapat Rutin Dewan Pengawas membahas semua hal yang berhubungan dengan RSUD sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajiban Dewan Pengawas.

b. Rapat Khusus :

1. Dalam keadaan tertentu dapat dilakukan rapat khusus Dewan Pengawas untuk membahas permasalahan yang memerlukan penanganan segera atau mendesak;
2. Rapat khusus diikuti oleh seluruh anggota Dewan Pengawas dan rapat dipimpin oleh Ketua Dewan Pengawas.

c. Rapat Pleno :

1. Rapat pleno merupakan rapat umum dengan Pejabat Pengelola, diadakan sekurang-kurangnya 6 (enam) bulan sekali;
2. Rapat Pleno diikuti oleh seluruh anggota Dewan Pengawas dan Pejabat Pengelola;

3. Rapat pleno membahas semua hal yang berhubungan dengan pengelolaan dan evaluasi kinerja pelayanan RSUD yang mengacu pada Rencana Strategis dan Program Kegiatan RSUD.

d. Rapat Pleno Tahunan :

1. Rapat Pleno tahunan diadakan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali;
2. Rapat pleno tahunan diikuti oleh Walikota atau pejabat yang ditunjuk, seluruh anggota Dewan Pengawas, pejabat Struktural dan pejabat Fungsional RSUD;
3. Rapat pleno tahunan membahas semua hal yang berhubungan dengan pengelolaan dan evaluasi kinerja pelayanan RSUD yang mengacu pada Rencana Strategis dan Program Kegiatan RSUD.

(2) Rapat Pejabat Pengelola terdiri dari :

a. Rapat Rutin :

1. Rapat rutin Pejabat Pengelola diadakan sekurang-kurangnya 1(satu) bulan sekali;
2. Rapat rutin Pejabat Pengelola diikuti oleh seluruh anggota Pejabat Pengelola Pejabat Pengelola dan dipimpin oleh Direktur;
3. Rapat rutin Pejabat Pengelola membahas semua hal yang berhubungan dengan RSUD sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajiban Pejabat Pengelola.

b. Rapat Rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Medis:

1. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Medis diadakan sekurang-kurangnya 2 (dua) minggu sekali;
2. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Medis diikuti oleh seluruh, Komite Medik, Staf Medis, Pejabat Fungsional dan pejabat struktural RSUD dan rapat dipimpin oleh Pemimpin;
3. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Medis membahas pada semua hal yang berhubungan dengan RSUD sesuai dengan tugas, kewenangan dan hak kewajiban Staf Medis Fungsional.

c. Rapat Rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Penunjang Medis :

1. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Penunjang Medis diadakan sekurang-kurangnya 2 (dua) minggu sekali;
2. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Penunjang Medis diikuti oleh seluruh anggota Pejabat Pengelola, Komite Medik, Staf Penunjang Medis dan rapat dipimpin oleh Direktur;
3. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Penunjang Medis membahas Rapat semua hal yang berhubungan dengan RSUD sesuai dengan tugas, kewenangan, hak dan kewajiban Staf Penunjang Medis.

(3) Rapat Dewan Pengawas, terdiri dari :

a. Rapat Rutin :

1. Rapat rutin Dewan Pengawas diadakan sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sekali;
2. Rapat rutin Dewan Pengawas diikuti oleh seluruh anggota Dewan Pengawas dan rapat dipimpin oleh Ketua Dewan Pengawas;
3. Rapat Rutin Dewan Pengawas membahas semua hal yang berhubungan dengan RSUD sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajiban Dewan Pengawas.

b. Rapat Khusus :

1. Dalam keadaan tertentu dapat dilakukan rapat khusus Dewan Pengawas untuk membahas permasalahan yang memerlukan penanganan segera atau mendesak;
2. Rapat khusus diikuti oleh seluruh anggota Dewan Pengawas dan rapat dipimpin oleh Ketua Dewan Pengawas.

c. Rapat Pleno :

1. Rapat pleno merupakan rapat umum dengan Pejabat Pengelola, diadakan sekurang-kurangnya 6 (enam) bulan sekali;
2. Rapat Pleno diikuti oleh seluruh anggota Dewan Pengawas dan Pejabat Pengelola;

3. Rapat pleno membahas semua hal yang berhubungan dengan pengelolaan dan evaluasi kinerja pelayanan RSUD yang mengacu pada Rencana Strategis dan Program Kegiatan RSUD.

d. Rapat Pleno Tahunan :

1. Rapat Pleno tahunan diadakan sekurang-kurangnya 1(satu) tahun sekali;
2. Rapat pleno tahunan diikuti oleh Walikota atau pejabat yang ditunjuk, seluruh anggota Dewan Pengawas, pejabat Struktural dan pejabat Fungsional RSUD;
3. Rapat pleno tahunan membahas semua hal yang berhubungan dengan pengelolaan dan evaluasi kinerja pelayanan RSUD yang mengacu pada Rencana Strategis dan Program Kegiatan RSUD.

(4) Rapat Pejabat Pengelola terdiri dari :

a. Rapat Rutin :

1. Rapat rutin Pejabat Pengelola diadakan sekurang-kurangnya 1(satu) bulan sekali;
2. Rapat rutin Pejabat Pengelola diikuti oleh seluruh anggota Pejabat Pengelola Pejabat Pengelola dan dipimpin oleh Direktur;
3. Rapat rutin Pejabat Pengelola membahas semua hal yang berhubungan dengan RSUD sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajiban Pejabat Pengelola.

b. Rapat Rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Medis:

1. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Medis diadakan sekurang-kurangnya 2 (dua) minggu sekali;
2. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Medis diikuti oleh seluruh, Komite Medik, Staf Medis, Pejabat Fungsional dan pejabat struktural RSUD dan rapat dipimpin oleh Direktur;
3. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Medis membahas pada semua hal yang berhubungan dengan RSUD sesuai dengan tugas, kewenangan dan hak kewajiban Staf Medis Fungsional.

c. Rapat Rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Penunjang Medis :

1. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Penunjang Medis diadakan sekurang-kurangnya 2 (dua) minggu sekali;
2. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Penunjang Medis diikuti oleh seluruh anggota Pejabat Pengelola, Komite Medik, Staf Penunjang Medis dan rapat dipimpin oleh Direktur;
3. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Penunjang Medis membahas Rapat semua hal yang berhubungan dengan RSUD sesuai dengan tugas, kewenangan, hak dan kewajiban Staf Penunjang Medis.

d. Rapat Rutin Pejabat Pengelola dengan staf Administrasi dan Keuangan :

1. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Administrasi dan Keuangan diadakan sekurang-kurangnya 2 (dua) minggu sekali;
2. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Administrasi dan Keuangan diikuti oleh seluruh, staf Direktur;
3. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Staf Administrasi dan Keuangan membahas semua hal yang berhubungan dengan masalah Administrasi dan Keuangan RSUD.

e. Rapat Rutin Pejabat Pengelola dengan Pejabat Struktural dan Pejabat Fungsional :

1. Pejabat Pengelola dengan Pejabat Struktural dan Pejabat Fungsional diadakan sekurang-kurangnya 2 (dua) minggu sekali;
2. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Pejabat Struktural dan Pejabat Fungsional diikuti oleh Direktur;
3. Rapat rutin Pejabat Pengelola dengan Pejabat Struktural dan Pejabat Fungsional membahas semua hal yang berhubungan dengan tugas, kewenangan, hak dan kewajiban Pejabat Struktural dan Pejabat Fungsional RSUD.

## f. Rapat Khusus :

1. Rapat Khusus diadakan apabila terdapat masalah yang mendesak dan memerlukan penanganan segera;
2. Rapat Khusus diikuti oleh semua unsur yang terkait dan rapat dipimpin oleh Direktur;
3. Rapat Khusus membahas semua hal yang berhubungan dengan masalah, sampai dengan ditetapkan penanganannya.

## g. Rapat Pleno terbatas :

1. Rapat Pleno terbatas Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas diadakan sekurang-kurangnya 6 (enam) bulan sekali;
2. Rapat Pleno terbatas Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas, Dewan Pengawas dan rapat dipimpin oleh Direktur;
3. Rapat Pleno terbatas Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas membahas semua hal yang berhubungan dengan kesesuaian pengelolaan dan evaluasi kinerja RSUD yang mengacu pada Rencana Strategis dan Program Kegiatan RSUD.

## h. Rapat Umum Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural, Pejabat Fungsional bersama Dewan Pengawas dan Walikota :

1. Rapat Umum Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural, Pejabat Fungsional bersama Dewan Pengawas dan Walikota diadakan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali;
2. Rapat Umum Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural, Pejabat Fungsional bersama Dewan Pengawas dan Walikota diikuti oleh Walikota, Pejabat Struktural, Pejabat Fungsional, Dewan Pengawas RSUD dan rapat dipimpin oleh Direktur;
3. Rapat Umum Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural, Pejabat Fungsional bersama Dewan Pengawas dan Walikota membahas semua hal yang berhubungan dengan kesesuaian pengelolaan dan evaluasi kinerja RSUD yang mengacu pada Rencana Strategis dan Program Kegiatan RSUD.

## Pasal 56

- (1) Setiap rapat dibuat risalah oleh sekretaris/notulen.
- (2) Notulen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada rapat sebelumnya harus diinformasikan kepada peserta rapat, selanjutnya dilakukan koreksi oleh peserta rapat untuk ditetapkan oleh pimpinan rapat.
- (3) Keputusan rapat diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat, dalam hal tidak tercapai kata mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.

## Pasal 57

- (1) Rapat hanya dapat dilaksanakan apabila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum dianggap tercapai jika 2/3 (dua per tiga) anggota atau undangan telah hadir.
- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang ditentukan maka dapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada waktu yang ditentukan.

**BAB VIII**  
**PENETAPAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS**

## Pasal 58

Direktur berwenang menetapkan Peraturan Internal Staf Medis serta peraturan pelaksanaan untuk melaksanakan Peraturan Internal RSUD yang tidak tercantum dalam Peraturan Internal RSUD ini.

**BAB IX**  
**KETENTUAN PENUTUP**

## Pasal 59

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Surabaya pada  
tanggal 13 September 2024  
WALIKOTA SURABAYA

ttd

ERI CAHYADI

Diundangkan di .....

Diundangkan di Surabaya  
pada tanggal 13 September 2024

SEKRETARIS DAERAH KOTA SURABAYA,

ttd

Dr. Ikhsan, S.Psi., M.M.  
Pembina Utama Madya  
NIP 19690809 199501 1 002

BERITA DAERAH KOTA SURABAYA TAHUN 2024 NOMOR 79

	Salinan sesuai dengan aslinya, Ditandatangani secara elektronik oleh : <b>KEPALA BAGIAN HUKUM DAN KERJASAMA</b> Dr. Sidharta Praditya Revienda Putra, S.H., M.H. NIP. 197803072005011004
--	--