



BUPATI BARITO UTARA
PROVINSI KALIMANTAN TENGAH

PERATURAN BUPATI BARITO UTARA
NOMOR 53 TAHUN 2020
TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARA TEWEH

DENGAN RAHMAT YANG MAHA ESA

BUPATI BARITO UTARA,

- Menimbang :
- a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, maka dari itu perlu adanyaantisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
 - b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional, maka perlu menetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweuh sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
 - c. bahwa berdasarkan Ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap rumah sakit mempunyai kewajiban melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweuh;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 27 tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Tanah Laut, Daerah Tingkat II Tapin dan Daerah Tingkat II Tabalong dengan

Mengubah Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2756);

2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4322);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
7. Peraturan Daerah Kabupaten Barito Utara Nomor 2 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Barito Utara (Lembaran Daerah Kabupaten Barito Utara Tahun 2016 Nomor 7, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Barito Utara Nomor 6) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Barito Utara Nomor 6 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Barito Utara (Lembaran Daerah Kabupaten Barito Utara Tahun 2020 Nomor 6, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Barito Utara Nomor 6);
8. Peraturan Daerah Kabupaten Barito Utara Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh (Lembaran Daerah Kabupaten Barito Utara Tahun 2017 Nomor 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Barito Utara Nomor 3);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARA TEWEH.

Pasal 1

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweuh meliputi :
- Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*);
 - Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*); dan
 - Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing staff By Laws*).
- (2) Uraian Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari peraturan Bupati ini.

Pasal 2

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Barito Utara.

Ditetapkan di Muara Teweuh
pada tanggal 9 November 2020

BUPATI BARITO UTARA,

ttd

NADALSYAH

Diundangkan di Muara Teweuh
pada tanggal 9 November 2020

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BARITO UTARA,

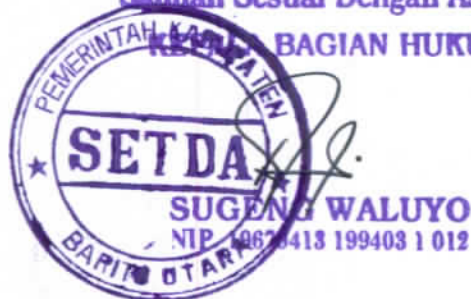
ttd

JAINAL ABIDIN

BERITA DAERAH KABUPATEN BARITO UTARA TAHUN 2020 NOMOR 53

Salinan Sesuai Dengan Aslinya

BAGIAN HUKUM.



LAMPIRAN :
PERATURAN BUPATI BARITO UTARA
NOMOR 53 TAHUN 2020
TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH MUARA TEWEH

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARA TEWEH

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

1. Peraturan Internal Rumah sakit (*Hospital By Laws*) disusun atas dasar untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan meningkatkan mutu profesi medis dan mutu pelayanan medis serta sebagai acuan bagi Pemerintah Daerah dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweuh sehingga akan menghasilkan layanan yang mengedepankan keselamatan pasien dan kepuasan terhadap layanan rumah sakit.
2. Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweuh memiliki bidang layanan unggulan dibandingkan dengan rumah sakit lain, bidang layanan unggulan tersebut antara lain :
 - a. Pelayanan SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) yang dijamin oleh Pemerintah Kabupaten Barito Utara;
 - b. RSUD Muara Teweuh sudah mempunyai dokter spesialis yaitu Spesialis Dalam, Spesialis Obgin, Spesialis Anak, Spesialis Bedah, Spesialis Saraf, Spesialis Anestesi, Spesialis Patologi Klinik, Spesialis Bedah Mulut dan Spesialis Jantung;
 - c. Pelayanan HD (*Haemodialisa*)/Cuci Darah (masih dalam proses); dan
 - d. Pelayanan *Cathlab* (*Angiografi*)/*Kateter* Jantung (masih dalam proses).

B. Tujuan Peraturan Internal Rumah sakit Umum Daerah Muara Teweuh

1. Tujuan Umum
 - a. Sebagai pedoman dalam melaksanakan tata cara penyelenggaraan rumah sakit; dan
 - b. Sebagai acuan bagi Pemerintah Daerah untuk melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit.
2. Tujuan Khusus
 - a. Sebagai pedoman bagi staf medis dalam melaksanakan tugas sesuai dengan aturan yang berlaku;
 - b. Meningkatkan mutu dan profesionalisme profesi medis; dan
 - c. Sebagai pedoman dalam mengatur hubungan antara pemilik, direktur dan staf medis.

C. Fungsi/Manfaat Peraturan Internal Rumah sakit (Hospital By Laws) Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweuh

Manfaat Peraturan Internal Rumah sakit (*Hospital By Laws*) bagi rumah sakit adalah sebagai sarana untuk meningkatkan mutu profesi medis dan pelayanan medis serta pedoman bagi staf medis dalam melaksanakan tugas sehingga akan menghasilkan layanan yang mengedepankan keselamatan pasien dan kepuasan terhadap layanan rumah sakit.

BUKU KESATU
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(CORPORATE BY LAWS)

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah Adalah Kabupaten Barito Utara.
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Barito Utara.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh, yang selanjutnya disebut RSUD Muara Teweh adalah unsur penunjang Pemerintah Daerah Kabupaten Barito Utara di bidang pelayanan kesehatan.
5. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
6. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola, dan Staf Medik di rumah sakit.
7. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit;
8. Komite keperawatan adalah sekelompok tenaga perawat dan bidan yang keanggotaannya dipilih dari dan oleh staf keperawatan fungsional yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur;
9. Pemilik adalah pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Muara Teweh, yaitu Pemerintah Daerah Kabupaten Barito Utara;
10. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh RSUD Muara Teweh dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualiaan dari ketentuan Pengelolaan Keuangan Daerah pada umumnya.
11. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya;
12. Dewan Pengawas adalah Dewan pengawas Rumah Sakit yang merupakan suatu unit non struktural yang bersifat independen dan keanggotaannya terdiri dari unsur pemilik rumah sakit, organisasi profesi, asosiasi perumahsakit, dan tokoh masyarakat yang bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit;

13. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;
14. Satuan Pemeriksaan Intern adalah wadah non-struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan intern di Rumah sakit ;
15. Staf Medis adalah dokter umum, dokter gigi umum, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis, yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional, melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan, pendidikan dan penelitian secara purna waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di Rumah sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku.
16. Kewenangan Klinis (*clinilcal 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*);
17. Penugasan Klinis (*Clinical appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis dirumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan;
18. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
19. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan;
20. Sub Komite Medik adalah kelompok kerja dibawah Komite Medik yang dibentuk untuk menjalankan program khusus yang anggotanya dapat berasal dari staf medik maupun staf non medik.

BAB II IDENTITAS

Bagian Kesatu Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 2

- (1) Rumah sakit ini bernama RSUD Muara Teweh.
- (2) Alamat RSUD Muara Teweh adalah di Jl. A. Yani Nomor 02 Telepon (0519) 21051-21528, *Faximile* (0519) 21528 Muara Teweh.

Pasal 3

RSUD Muara Teweh adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Barito Utara yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati dengan menerapkan PPK-BLUD.

Pasal 4

RSUD Muara Teweh merupakan RSUD Kelas C yang memberikan pelayanan kesehatan spesialis dasar dengan Surat Izin Tetap dari Kementerian Kesehatan RI No.472/Menkes/V/2008 tanggal 20/05/2008.

Bagian Kedua
Visi, Misi, Moto, dan Tujuan

Pasal 5

(1) Visi RSUD Muara Teweh adalah :

"Terwujudnya Peningkatan Akses dan Mutu Layanan Kesehatan Menuju RSUD yang Berstandar Nasional dan menjadi pilihan utama masyarakat Barito Utara dan sekitarnya".

(2) Misi RSUD Muara Teweh adalah :

- a. pengendalian Pendapatan;
- b. meningkatkan Mutu dan Pelayanan;
- c. konsolidasi Internal; dan
- d. mempercepat RSUD Muara Teweh Sebagai Pusat Rujukan Daerah Aliran Sungai Barito.

Pasal 6

Moto RSUD Muara Teweh yaitu: "Pelayanan Terbaik Kami untuk Kebahagiaan Anda".

Pasal 7

Tujuan RSUD Muara Teweh adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat yang didasarkan kepada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial.

Bagian Ketiga
Nilai-nilai, Budaya Kerja Pelayanan
RSUD Muara Teweh

Pasal 8

(1) Nilai - nilai yang dimiliki RSUD Muara Teweh adalah :

- a. mengutamakan keselamatan pasien;
- b. ikhlas dalam melaksanakan tugas;
- c. loyal terhadap pimpinan dan berdedikasi dalam tugas; dan
- d. Terbaik dalam pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta disiplin administratif yang tertib dan efisien.

(2) Budaya Kerja Pelayanan kepada menciptakan di Lingkungan Kerja :

- a. profesional;
- b. disiplin;
- c. tulus dan Ikhlas dalam tindakan;
- d. kebersihan lingkungan dan pribadi;
- e. kerapian;
- f. pelayanan yang ramah dan cepat;
- g. hemat Energi;
- h. efisien Biaya;
- i. akuntabel; dan
- j. penataan Arsip.

BAB III

DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 9

- (1) Dewan Pengawas Rumah Sakit dibentuk oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas Rumah Sakit adalah suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.

Bagian Kedua Ketua dan Anggota Dewan Pengawas

Pasal 10

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas RSUD Muara Teweh berjumlah 3 (Tiga) orang, terdiri dari 1 (satu) orang Ketua dan 2 (dua) orang Anggota.
- (2) Keanggotaan Dewan pengawas Rumah sakit dapat terdiri dari unsur-unsur :
 - a. pejabat di lingkungan Dinas Kesehatan;
 - b. pejabat di lingkungan Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah; dan/atau
 - c. tenaga ahli sesuai dengan kegiatan RSUD Muara Teweh.

Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati dengan Keputusan Bupati.
- (2) Masa jabatan Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun.

Pasal 12

Persyaratan menjadi Dewan Pengawas adalah orang perorangan yang :

- a. sehat jasmani dan rohani;
- b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
- c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
- d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD;
- e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu)
- g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur keanggotaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (3);
- h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
- i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah, dan/atau calon anggota legislatif.

Pasal 13

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas berdasarkan usulan Direktur RSUD Muara Teweh.

- (2) Usulan Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendapatkan persetujuan dari Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas bertugas :
 - a. membuat laporan pelaksanaan tugas dari dewan pengawas; dan
 - b. membuat laporan risalah rapat dewan pengawas;
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan pengawas.
- (5) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun atau sesuai dengan Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Bagian Ketiga Tugas dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut :
 - 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;
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
 - h. memantau perkembangan kegiatan BLUD;
 - i. menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
 - j. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - k. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - l. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai :
 1. Rencana Bisnis Anggaran (RBA) yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
 3. kinerja BLUD.
- (2) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a sampai dengan huruf g kepada pemilik Rumah Sakit paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester dan sewaktu-waktu atas permintaan pemilik Rumah Sakit.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h sampai dengan huruf l kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

Pasal 15

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut :

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;

- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Pasal 16

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Bupati sebagai pemilik rumah sakit.

Pasal 17

Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada dana pendapatan rumah sakit, dan dimuat dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Rumah Sakit.

Bagian Keempat Rapat Dewan Pengawas

Pasal 18

- (2) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasehat kepada Pengelola;
- (3) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari :
 - a. rapat Rutin/Bulanan;
 - b. rapat Tahunan; dan
 - c. rapat Khusus.

Pasal 19

- (1) Rapat rutin/bulanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (2) huruf a dilaksanakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali.
- (2) Dalam rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibahas hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan RSUD Muara Teweh sesuai dengan tugas-tugas dan wewenang.
- (3) Setiap penyelenggaraan rapat dibuatkan risalah rapat.

Pasal 20

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (2) huruf b dilaksanakan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali.
- (2) Dalam rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibahas hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan RSUD Muara Teweh sesuai dengan tugas-tugas dan wewenang.
- (3) Setiap penyelenggaraan rapat dibuatkan risalah rapat.

Pasal 21

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (2) huruf c dilaksanakan apabila ada permintaan dari Direktur untuk mengevaluasi suatu masalah tanpa mempertimbangkan waktunya.
- (2) Setiap penyelenggaraan rapat dibuatkan risalah rapat.

Pasal 22

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memenuhi syarat apabila dihadiri oleh Ketua dan 1 (satu) orang dari seluruh anggota Dewan pengawas.

Pasal 23

Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan pengawas.

Bagian Kelima

Pemberhentian Dewan Pengawas

Pasal 24

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh kepala daerah karena :
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena :
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundangundangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e. mengundurkan diri; dan
 - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau daerah.

BAB IV

DIREKTUR RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Pengelolaan, Pengangkatan, Fungsi, Tugas, wewenang, Tanggung Jawab dan Pemberhentian

Pasal 25

- (1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit secara keseluruhan dilakukan oleh 1 (satu) orang Direktur.

- (2) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan rumah sakit.
- (3) Direktur bertanggung jawab kepada Bupati.
- (4) Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Direktur ditentukan oleh Bupati dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit.
- (5) Penilaian Kinerja Direktur dilakukan oleh Bupati.
- (6) Direktur mempunyai tugas dan wewenang untuk :
 - a. memimpin dan mengurus RSUD Muara Teweh sesuai dengan tujuan RSUD Muara Teweh dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
 - b. menguasai, memelihara, Mengelola dan meningkatkan kinerja RSUD Muara Teweh;
 - c. mewakili RSUD Muara Teweh di dalam dan di luar pengadilan;
 - d. melaksanakan kebijakan pengembangan dalam mengelola RSUD Muara Teweh;
 - e. menetapkan operasional RSUD Muara Teweh;
 - f. menyiapkan rencana strategis RSUD Muara Teweh dan rencana anggaran tahunan RSUD Muara Teweh;
 - g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi RSUD Muara Teweh sesuai ketentuan peraturan perundangan;
 - h. membuat uraian tugas dan jabatan serta tata hubungan kerja yang disesuaikan dengan struktur organisasi dan tata kerja RSUD Muara Teweh yang diatur dengan peraturan Bupati; dan
 - i. menyiapkan laporan tahunan dan berkala.

Bagian Kedua

Tugas Pokok dan Fungsi Direktur

sebagai Penanggung Jawab umum operasional dan Keuangan

Pasal 26

- (1) Dalam menjalankan tugas, Direktur berhak dan berwenang untuk melaksanakan tugas dan wewenangnya.
- (2) Apabila Direktur berhalangan dalam menjalankan tugasnya, maka wewenang diatas namakan kepada eselon di bawahnya.
- (3) Dalam menjalankan tugas dan kewenangannya Direktur wajib melakukan perhatian dan pengabdian secara penuh terhadap tugas, kewajiban dan pencapaian tujuan RSUD Muara Teweh.

Bagian Ketiga

Rapat Direktur

Pasal 27

- (1) Rapat Direktur adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur, Bagian Tata Usaha, Bidang pelayanan Medik, Bidang Penunjang Medik, Bidang Keperawatan dan Instalasi-Instalasi serta pihak lainnya untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Rapat Direktur terdiri dari :
 - a. rapat Rutin/Bulanan;
 - b. rapat Tahunan; dan
 - c. rapat Khusus.

- (3) Keputusan Rapat Direktur diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.

Pasal 28

- (1) Rapat rutin/bulanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (2) huruf a dilaksanakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali.
- (2) Dalam rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibahas hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan RSUD Muara Teweh sesuai dengan tugas-tugas dan wewenang.
- (3) Setiap penyelenggaraan rapat dibuatkan risalah rapat.

Pasal 29

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (2) huruf b dilaksanakan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali.
- (2) Dalam rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibahas hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan RSUD Muara Teweh sesuai dengan tugas-tugas dan wewenang.
- (3) Setiap penyelenggaraan rapat dibuatkan risalah rapat.

Pasal 30

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (2) huruf c dilaksanakan apabila ada permintaan dari Direktur untuk mengevaluasi suatu masalah tanpa mempertimbangkan waktunya
- (2) Setiap penyelenggaraan rapat dibuatkan risalah rapat.

BAB V

KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

Bagian Kesatu Umum

Pasal 31

- (1) Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
- (2) Pembentukan komite di rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari Komite Medik, Komite Etik dan Hukum dan Komite Keperawatan.
- (3) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur rumah sakit.
- (4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur rumah sakit,
- (5) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari Bupati.

Pasal 32

- (1) Tiap-tiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Setiap Komite akan dijabarkan dalam Bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangnya pada Buku Kesatu peraturan Internal Korporasi.

- (3) Pengaturan mengenai Komite Medik akan diatur secara khusus dalam bab tersendiri pada Buku Kedua Peraturan Internal Staf Medis.
- (4) Pengaturan mengenai Komite Keperawatan akan diatur secara khusus dalam bab tersendiri pada Buku Ketiga Peraturan Internal Staf Keperawatan.

Bagian Kedua
Komite Etik dan Hukum

Pasal 33

- (1) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum diangkat dan diberhentikan oleh Direktur RSUD untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan, fungsinya Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSUD Muara Teweh.
- (3) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila :
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah sakit;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit; dan/atau
 - e. adanya kebijakan dari pemilik Rumah Sakit;
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 34

- (1) Tugas secara terperinci dari Komite Etik dan Hukum adalah :
 - a. memberikan pertimbangan dan saran kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan kebijakan dalam aspek hukum dan etika pelayanan di RSUD Muara Teweh serta etika penyelenggaraan organisasi RSUD Muara Teweh;
 - b. membantu Direktur dalam penyelesaian masalah yang terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan di RSUD Muara Teweh serta etika penyelenggaraan organisasi RSUD Muara Teweh;
 - c. membantu Direktur melakukan pembinaan dan pemeliharaan dalam aspek hukum dan etika pelayanan di RSUD Muara Teweh serta etika penyelenggaraan organisasi RSUD Muara Teweh dalam penyelenggaraan fungsi rumah sakit yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah sakit (*Hospital By Laws*) RSUD Muara Teweh; dan
 - d. berkoordinasi dengan Bagian Hukum Rumah sakit dalam penanganan masalah hukum di RSUD Muara Teweh;
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Komite Etik dan Hukum berfungsi :
 - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi dalam aspek hukum dan etika pelayanan di RSUD Muara Teweh serta etika penyelenggaraan organisasi RSUD Muara Teweh baik internal maupun eksternal RSUD Muara Teweh;
 - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan tentang aspek hukum dan etika pelayanan di RSUD Muara Teweh serta etika penyelenggaraan organisasi RSUD Muara Teweh bagi petugas di RSUD Muara Teweh; dan

- c. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan di RSUD Muara Teweh serta etika penyelenggaraan organisasi RSUD Muara Teweh terhadap masalah-masalah etika dan hukum di RSUD Muara Teweh;
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Ketiga
Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)

Pasal 35

- (1) Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Intern diangkat dan diberhentikan oleh Direktur RSUD Muara Teweh untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pemeriksaan Intern bertanggungjawab langsung kepada Direktur RSUD Muara Teweh.
- (3) Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Intern dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila :
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit; dan/atau
 - f. adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Menteri Kesehatan kepada yang bersangkutan;

Pasal 36

- (1) Tugas pokok Satuan pemeriksaan Intern adalah melaksanakan pemeriksaan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan di Rumah Sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Satuan Pemeriksaan Intern berfungsi :
 - a. merancang sistem pemeriksaan dan sistem pengendalian internal;
 - b. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan audit manajemen operasional;
 - c. melakukan identifikasi risiko sebagai upaya membantu Direktur mencegah terjadinya penyimpangan;
 - d. memberikan konsultasi dan pembinaan tentang manajemen risiko terkait dengan pengendalian intern; dan
 - e. melakukan hubungan dengan Eksternal Auditor.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (2) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur.

BUKU KEDUA
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
(MEDICAL STAFF BY LAWS)

BAB VI
STAF MEDIS

Bagian Kesatu
Tujuan

Pasal 37

Tujuan dari peraturan internal staf medis (*medical staff by laws*) diantaranya adalah:

- a. memberikan landasan hukum bagi komite medik guna melaksanakan tugas dan fungsinya dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit.
- b. Pengorganisasian Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) agar Staf Medis di Rumah Sakit dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap kebutuhan pasien dan peningkatan mutu layanan, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas dan bertanggung jawab.
- c. tercapainya kerja sama yang baik antara Staf Medis Fungsional (SMF) dengan Dewan Pengawas dan Direktur rumah sakit.

Pasal 38

- (1) Staf Medis adalah dokter (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis) yang bergabung dalam salah satu kelompok staf medis yang dinamakan Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF).
- (2) Staf Medis dalam melaksanakan keprofesiannya wajib mengikuti Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) di tingkat Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) dan tingkat Rumah Sakit.
- (3) Staf medis paruh waktu adalah dokter (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis) yang melakukan praktik kedokteran di rumah sakit dengan jadwal tertentu yang keberadaannya atas usulan/disepakati oleh kelompok Staf Medis Fungsional (SMF) terkait dan mendapat surat keputusan direktur rumah sakit

Bagian Kedua
Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF)

Pasal 39

- (1) Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) adalah kelompok dokter (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis) berdasarkan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP).
- (2) Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) dan organisasinya dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur .
- (3) Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) terdiri dari minimal 2 (dua) dokter dengan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP) yang sama.
- (4) Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) yang terdiri dari kurang dari 2 (dua) dokter, maka dokter tersebut dapat bergabung dengan Kelompok Staf Medis Fungsional lain.
- (5) Staf Medis Fungsional (SMF) di RSUD Muara Teweh terdiri dari :

- a. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) Penyakit Dalam;
- b. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) Obgin dan Ginekologi;
- c. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) Penyakit Bedah;
- d. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) Penyakit Anak;
- e. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) Penyakit Syaraf;
- f. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) Rehabilitasi Medik;
- g. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) Penyakit Gigi dan Mulut;
- h. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) Penyakit Jantung;
- i. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) Bedah Mulut;
- j. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) Instalasi *Intensive Care Unit* (ICU);
- k. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) Radiologi;
- l. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) Instalasi Gawat Darurat; dan
- m. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) Anestesi.

Paragraf 1

Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional

Pasal 40

- (1) Kelompok staf Medis Fungsional dipimpin oleh Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF).
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan mempertimbangkan masukan dari anggota Kelompok Staf Medis Fungsional.
- (3) Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala bidang Pelayanan Medis.

Pasal 41

Tugas Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) sebagai berikut :

- a. menyusun dan melaksanakan Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) berdasarkan Peraturan Internal staf Medis (*Medical staf By Laws*), pendidikan dokter/dokter spesialis dan penelitian di tingkat Kelompok Staf Medis Fungsional; dan
- b. menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja staf medis fungsional yang dipimpinnya.

Pasal 42

- (1) Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) adalah staf medis purna waktu yang dipilih oleh anggota kemudian diajukan kepada Ketua Komite Medik untuk disampaikan dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit.
- (2) Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) merupakan dokter yang bersedia melaksanakan tugas sebagai Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF).
- (3) Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) bersedia dipilih dan/ atau ditunjuk sebagai ketua atau wakil ketua Komite Medik, Ketua sub Komite.
- (4) Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) merupakan dokter dengan etika dan profesionalisme yang baik.

BAB VII

KEWENANGAN KLINIS

Pasal 43

- (1) Kewenangan Klinis adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan Medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya, tanpa Kewenangan Klinis maka seorang dokter/dokter gigi tidak dapat menjadi anggota Kelompok Staf Medis Fungsional.
- (2) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan pertimbangan antara lain :
 - a. *clinical Appraisal* (Tinjauan atau Telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
 - b. standar Profesi dari organisasi profesi;
 - c. standar Pendidikan; dan
 - d. standar Kompetensi dari Kolegium.

Pasal 44

Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinis (*Clinical privilege*) oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari komite medik meliputi:

- a. penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah sertifikat yang diakui oleh masing - masing organisasi profesi;
- b. berdasarkan hasil kredensial subkomite kredensial di rumah sakit; dan
- c. dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinik maka komite medik dapat meminta informasi atau pendapat dari mitra bestari.

Pasal 45

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

Pasal 46

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

Pasal 47

Dalam keadaan bencana alam dan bencana non alam seperti kegawatdaruratan akibat bencana massal, kerusuhan yang menimbulkan banyak korban, *epidemi*,

wabah dan lainnya maka semua staf medis rumah sakit dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

BAB VIII
PENUGASAN KLINIS
(CLINICAL APPOINTMENT)

Pasal 48

- (1) Setelah melalui proses Kredensial Direktur menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis Fungsional.
- (2) Kewenangan Klinis yang terhimpun dalam surat penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi yang diberikan oleh Komite Medik.
- (3) Surat Penugasan Klinis hanya, dapat diberikan kepada Staf Medis yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran/ Kedokteran Gigi Indonesia.
- (4) Surat Penugasan Klinis di Rumah Sakit pada seorang staf Medis hanya dapat ditetapkan bila yang bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut :
 - a. memenuhi syarat sebagai staf Medis berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
 - b. menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas Rumah Sakit;
 - c. mencatat seluruh pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di Rumah Sakit diisi dengan lengkap, benar dan tuntas dalam jangka waktu sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - d. memperhatikan segala permintaan Rumah Sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis di Rumah sakit dengan mengacu pada panduan praktik Klinik (PPK), *clinical Pathway* prosedur operasional/manajerial/administrasi yang berlaku di Rumah Sakit;
 - e. mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri; dan
 - f. memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di rumah sakit;
- (5) Staf Medis yang mendapat Penugasan Klinis di Rumah Sakit dapat berstatus sebagai dokter purna waktu, dokter paruh waktu, dokter tamu atau dokter konsultan.
- (6) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (7) surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dapat berakhir sebelum jangka waktu 2 (dua) tahun dalam hal :
 - a. ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku; atau
 - b. kondisi fisik atau mental staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan Medis secara menetap; atau

- c. staf Medis telah berusia 60 tahun atau dokter pendidik klinis telah berusia 65 tahun namun yang bersangkutan masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan pertimbangan Direktur; atau
 - d. staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*clinical privilege*) atau kontrak; atau
 - e. staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelainan, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik; atau
 - f. staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
 - g. staf Medis diberhentikan oleh Direktur, karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan Rumah Sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
- (8) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketetapan dan atau kontrak kerja yang berlaku (bagi tenaga kontrak, tenaga honorer, tamu dan konsultan).

BAB IX KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu Umum

Pasal 49

- (1) Komite Medik adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Tugas Komite Medik adalah meningkatkan profesionalisme staf medis dengan :
 - a. melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis;
 - b. memelihara mutu profesi staf, medis dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis.
- (3) Komite Medik dipimpin oleh seorang ketua dan disebut sebagai Ketua Komite Medik dengan susunan perangkat organisasinya sebagai berikut :
 - a. Ketua Komite Medik;
 - b. Sekretaris Komite Medik; dan
 - c. Anggota terdiri dari :
 - 1. Sub Komite Kredensial;
 - 2. Sub Komite Mutu Profesi Medis; dan
 - 3. Sub Komite Etika dan Disiplin profesi.
- (4) Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh Personalia Komite Medik oleh Direktur.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana ayat (2) di atas Komite Medik menyusun dan membuat pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur.

Bagian Kedua Rapat Komite Medik

Pasal 50

- (1) Mekanisme pengambilan keputusan Komite Medik berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*).

- (2) Keputusan sebagaimana pada ayat (1) diputuskan melalui Rapat Komite Medik dan Sub Komite.
- (3) Mekanisme jenis rapat dan pelaksanaan rapat tersebut diatur lebih lanjut dalam Pedoman Rapat Pengambilan Keputusan Komite Medik.

Pasal 51

- (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; dan
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat.
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - 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;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (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.

Pasal 52

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang :

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

BAB X PENGORGANISASIAN SUB KOMITE

Pasal 53

Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh sub komite, yang terdiri dari :

- a. sub komite Kredensial;
- b. sub komite Etika dan Disiplin Profesi; dan
- c. sub komite Mutu Profesi.

Pasal 54

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 55

Susunan organisasi sub komite terdiri dari :

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

BAB XI SUB KOMITE KREDENSIAL

Pasal 56

- (1) Subkomite kredensial di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit.
- (2) Pengorganisasian subkomite kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 57

Tugas dan wewenang sub komite kredensial adalah :

- a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staff Medis;
- b. melakukan pemeriksaan dan pengkajian :

1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku; dan
 4. etika profesi.
- c. mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/P3KGB) tenaga medis;
 - d. mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
 - e. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik; dan
 - f. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

Pasal 58

Proses kredensial yang dilakukan oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen :

- a. kompetensi :
 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang;
 2. kognitif;
 3. afektif; dan
 4. psikomotor.
- b. kompetensi fisik;
- c. kompetensi mental/perilaku; dan
- d. perilaku etis (*ethical standing*).

Bagian Kesatu Mekanisme Kredensial

Pasal 59

- (1) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (2) Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur rumah sakit tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
- (3) Kewenangan klinis sesuai ayat (3) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

Pasal 60

- (1) Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal :
 - a. masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis telah habis masa berlakunya;
 - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya; atau
 - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Dalam proses rekredensial subkomite kredensial dapat memberikan rekomendasi :
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; atau

- f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (3) Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

BAB XII

SUBKOMITE MUTU PROFESI

Bagian Kesatu Keanggotaan

Pasal 61

- (1) Subkomite mutu profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite mutu profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 62

Tugas dan wewenang subkomite mutu profesi adalah :

- a. berperan menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan, oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*),
- b. melakukan audit medis;
- c. Mengadakan pertemuan ilmiah internal program pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ program pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi tenaga medis;
- d. mengadakan kegiatan eksternal program pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi tenaga medis rumah sakit;
- e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan; dan
- f. memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.

Bagian Kedua Audit Medis

Pasal 63

- (1) Audit medis yang dilakukan oleh rumah sakit adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang terdiri dari kegiatan telaahan sejawat (*peer-review*), proses pemantauan (*surveillance*) dan penilaian (*assessment*) terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
- (2) Hasil dari Audit medis sebagaimana pada ayat (1) berfungsi sebagai :
- a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;

- b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
- c. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
- d. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

Bagian Ketiga Pertemuan Ilmiah

Pasal 64

- (1) Subkomite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis.
- (2) selain pertemuan ilmiah sebagaimana disebutkan pada huruf a, subkomite mutu profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
- (3) subkomite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.
- (4) Subkomite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (5) Subkomite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
- (6) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

Bagian Keempat Proses Pendampingan (*Proctoring*) Staf Medis

Pasal 65

- (1) Komite medik berkoordinasi dengan Direktur rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.
- (2) Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/ mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.
- (3) Proses pendampingan dilaksanakan dalam jangka waktu 6 bulan
- (4) Hasil proses pendampingan dilaporkan kepada Ketua Komite Medik untuk dijadikan pertimbangan kepada direktur rumah sakit dalam pemberian *clinical privilege*.

BAB XIII
SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Bagian Kesatu
Keanggotaan

Pasal 66

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua komite medik.

Pasal 67

Tugas subkomite etika dan disiplin profesi :

- a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
- c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.

Pasal 68

Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain :

- a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
- b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
- c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
- d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white pape*) di rumah sakit;
- e. kode etik kedokteran Indonesia;
- f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
- g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
- i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Pasal 69

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi.
- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :
 - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan Direktur rumah sakit atau Direktur rumah sakit terlapor.

Bagian Kedua
Pembinaan Profesionalisme Kedokteran

Pasal 70

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dan sebagainya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, komite medik, dan sebagainya.

Bagian Kedua
Pertimbangan Keputusan Etis

Pasal 71

- (1) Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.
- (2) Subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Pasal 72

Tiap-tiap sub komite bertanggungjawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.

BAB XIV
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS
(CLINICAL GOVERNANCE)

Pasal 73

Guna melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) di rumah sakit maka setiap Staf Medis berkewajiban untuk :

- a. melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis yang diberikan;
- b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang disesuaikan dengan kebutuhan medis pasien;
- c. melakukan konsultasi kepada dokter umum, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien; dan
- d. merujuk pasien apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana pada rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

BUKU KETIGA
PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN
(NURSING STAFF BY LAWS)

BAB XV
TUJUAN

Pasal 74

- (1) Tujuan Umum yaitu meningkatkan mutu pelayanan disarana kesehatan melalui peningkatan kualitas pelayanan keperawatan dan kebidanan.
- (2) Tujuan Khusus antara lain :
 - a. adanya Standar Perencanaan Pelayanan Keperawatan;
 - b. adanya Standar Pengorganisasian Pelayanan Keperawatan;
 - c. adanya Standar Pengaturan Tenaga Keperawatan;
 - d. adanya Standar Pengarahan Pelayanan Keperawatan;
 - e. adanya Standar Evaluasi Pelayanan Keperawatan; dan
 - f. adanya Standar Pengendalian Mutu Pelayanan Keperawatan.

BAB XVII
KEWENANGAN KLINIS

Pasal 75

- (1) Kewenangan Klinis adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan Keperawatan sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan pertimbangan antara lain :
 - a. *clinical Appraisal* (Tinjauan atau Telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
 - b. standar Profesi dari organisasi profesi;
 - c. standar Pendidikan; dan
 - d. standar Kompetensi.

Pasal 76

Setiap perawat/bidan yang diterima sebagai staf keperawatan rumah sakit diberikan kewenangan klinis (*Clinical privilege*) oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari komite keperawatan :

- a. penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang diakui oleh organisasi profesi; dan
- b. berdasarkan hasil kredensial subkomite kredensial di rumah sakit.

Pasal 77

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

Pasal 78

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf keperawatan yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa sertifikat

pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.

- (2) Sesuai dengan permohonan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) maka Direktur akan meminta Komite keperawatan untuk melakukan rekredensial.
- (3) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan dituangkan pada penugasan klinis dalam bentuk Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.
- (5) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditandatangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.

Pasal 79

Dalam keadaan bencana alam dan bencana non alam seperti kegawatdaruratan akibat bencana massal, kerusuhan yang menimbulkan banyak korban, *epidemi*, wabah dan lainnya maka semua staf keperawatan dan kebidanan rumah sakit dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

BAB XVIII PENUGASAN KLINIS

Pasal 80

Setiap staf keperawatan yang melakukan asuhan keperawatan dan kebidanan harus memiliki surat penugasan klinis dari pimpinan rumah sakit berdasarkan rincian kewenangan klinis setiap staf keperawatan yang direkomendasikan komite keperawatan.

BAB XIX KOMITE KEPERAWATAN

Pasal 81

Komite keperawatan adalah sekelompok tenaga perawat dan bidan yang keanggotaanya dipilih dari dan oleh staf keperawatan fungsional yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun.

Pasal 82

Komite Keperawatan mempunyai fungsi sebagai berikut :

- a. memberikan saran kepada direktur;
- b. mengkoodinasikan dan mengarahkan kegiatan pelayanan Keperawatan;
- c. menangani hal-hal yang berkaitan dengan etika keperawatan; dan
- d. menyusun kebijakan pelayanan keperawatan sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf Keperawatan di rumah sakit.

Pasal 83

Komite Keperawatan mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. membantu direktur rumah sakit menyusun standar pelayanan Keperawatan dan memantau pelaksanaannya;
- b. melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;
- c. mengatur kewenangan profesi antar kelompok staf keperawatan;
- d. membantu direktur rumah sakit menyusun Keperawatan staf *by laws* dan membantu pelaksanaannya;
- e. membantu direktur rumah sakit menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan etika keperawatan;
- f. melakukan koordinasi dengan direktur dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas kelompok staf Keperawatan;
- g. meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang keperawatan;
- h. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan keperawatan; dan
- i. memberikan laporan kegiatan staf keperawatan kepada direktur rumah sakit.

Pasal 84

Komite Keperawatan mempunyai wewenang sebagai berikut :

- a. memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga keperawatan;
- b. monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan keperawatan sesuai yang tercantum di dalam tugas komite keperawatan;
- c. melaksanakan pembinaan etika profesi Keperawatan serta mengatur kewenangan profesi antar kelompok staf Keperawatan;
- d. membentuk Tim klinis yang mempunyai tugas menangani kasus-kasus pelayanan medik yang memerlukan koordinasi lintas profesi; dan
- e. memberikan rekomendasi tentang kerjasama antara rumah sakit dan fakultas keperawatan/ bidan/ institusi pendidikan lain.

Pasal 85

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

Pasal 86

Kewajiban komite keperawatan adalah sebagai berikut :

- a. menyusun peraturan internal staf Keperawatan (*Nurse staff By Laws*);
- b. membuat standarisasi format untuk standar pelayanan keperawatan, standar prosedur operasional di bidang manajerial/ administrasi dan bidang keilmuan/ profesi dan standar kompetensi;
- c. membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik keperawatan; dan
- d. melakukan pemantauan mutu klinik, etika keperawatan pelaksanaan pengembangan profesi keperawatan.

BAB XX RAPAT

Pasal 87

- (1) Rapat komite keperawatan diselenggarakan sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sekali.
- (2) Dalam rapat sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan mekanisme pengambilan keputusan sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajibannya.
- (3) Keputusan rapat komite keperawatan diambil berdasarkan musyawarah mufakat, bila tidak tercapai kata mufakat maka diambil berdasarkan jumlah kuorum.
- (4) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh Ketua dan 1 (satu) orang dari seluruh anggota Sub Komite Keperawatan.
- (5) Untuk setiap rapat harus dibuat notulen dan daftar hadir Dengan demikian, mekanisme rapat ini dapat dijadikan dasar hukum yang dipertanggungjawabkan bagi pengambilan klinis keputusan di bidang profesi keperawatan dan kebidanan.

BAB XXI SUB KOMITE KREDENTIAL

Pasal 88

Tujuan sub komite kredensial adalah :

- (1) memberi kejelasan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
- (2) melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan memiliki kompetensi dan Kewenangan Klinis yang jelas; dan
- (3) pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga keperawatan yang berada di semua level Pelayanan.

Pasal 89

Tugas sub komite kredensial adalah :

- a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
- b. menyusun buku putih (*white paper*) yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar kompetensinya. Buku putih disusun oleh Komite Keperawatan dengan melibatkan Mitra Bestari (*peer group*) dari berbagai unsur organisasi profesi keperawatan dan kebidanan, kolegium keperawatan, unsur pendidikan tinggi keperawatan dan kebidanan.
- c. menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial dari bagian SDM meliputi :
 1. ijazah;
 2. surat tanda registrasi (STR); ,
 3. sertifikat kompetensi;
 4. *logbook* yang berisi uraian capaian kinerja;
 5. surat pernyataan telah menyelesaikan program orientasi Rumah Sakit atau orientasi di unit tertentu bagi tenaga keperawatan baru; dan
 6. surat hasil pemeriksaan kesehatan sesuai ketentuan.
- d. merekomendasikan tahapan proses Kredensial :

1. perawat dan/atau bidan mengajukan permohonan untuk memperoleh Kewenangan Klinis kepada Ketua Komite Keperawatan;
 2. ketua Komite Keperawatan menugaskan Subkomite Kredensial untuk melakukan proses Kredensial (dapat dilakukan secara individu atau kelompok);
 3. sub komite membentuk panitia *ad hoc* untuk melakukan review, verifikasi dan evaluasi dengan berbagai metode portofolio, asesmen kompetensi; dan
 4. sub komite memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rapat menentukan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan.
- e. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - f. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - g. sub komite membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke Direktur Rumah Sakit.

Pasal 90

Sub komite kredensial mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis untuk memperoleh surat penugasan klinis (*clinical appointment*).

Pasal 91

Untuk melaksanakan tugas sub komite kredensial, maka ditetapkan mekanisme sebagai berikut :

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

BAB XXII
SUB KOMITE MUTU PROFESI

Pasal 92

Tujuan sub komite mutu profesi yaitu memastikan mutu profesi tenaga keperawatan sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan yang berorientasi kepada keselamatan pasien sesuai kewenangannya.

Pasal 93

Tugas sub komite mutu profesi adalah :

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

Pasal 94

Sub komite mutu profesi mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan, pendidikan keperawatan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan.

Pasal 95

Untuk melaksanakan tugas sub komite mutu profesi, maka ditetapkan mekanisme sebagai berikut :

- a. koordinasi dengan bidang keperawatan untuk memperoleh data dasar tentang profil tenaga keperawatan di Rumah Sakit sesuai area praktiknya berdasarkan jenjang karir;
- b. mengidentifikasi kesenjangan kompetensi yang berasal dari data sub komite kredensial sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan perubahan standar profesi sehingga hal tersebut menjadi dasar perencanaan CPD.
- c. merekomendasikan perencanaan CPD kepada unit yang berwenang;
- d. koordinasi dengan praktisi tenaga keperawatan dalam melakukan pendampingan sesuai kebutuhan;
- e. melakukan audit keperawatan dan kebidanan dengan cara :
 1. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
 2. penetapan standar dan kriteria;
 3. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 4. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 5. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 6. menerapkan perbaikan; dan
 7. rencana reaudit.
- f. menyusun laporan kegiatan subkomite untuk disampaikan kepada ketua komite keperawatan.

BAB XXIII
SUB KOMITE ETIK DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 96

Tujuan sub komite etik dan disiplin profesi yaitu :

- a. agar tenaga keperawatan menerapkan prinsip-prinsip etik dalam memberikan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
- b. melindungi pasien dari pelayanan yang diberikan oleh tenaga keperawatan yang tidak profesional; dan
- c. memelihara dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan.

Pasal 97

Tugas sub komite etik dan disiplin profesi adalah :

- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
- b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
- c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan;
- d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
- e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis; dan
- f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.

Pasal 98

Sub komite etik dan disiplin profesi mempunyai kewenangan memberikan usul rekomendasi pencabutan kewenangan klinis tertentu, memberikan rekomendasi perubahan/ modifikasi rincian kewenangan klinis serta memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 99

Untuk melaksanakan tugas sub komite etik dan disiplin profesi, maka ditetapkan mekanisme sebagai berikut :

- a. melakukan prosedur penegakan disiplin profesi dengan tahapan :
 1. mengidentifikasi sumber laporan kejadian pelanggaran etik dan disiplin di dalam rumah sakit; dan
 2. melakukan telaah atas laporan kejadian pelanggaran etik dan disiplin profesi.
- b. membuat keputusan, pengambilan keputusan pelanggaran etik profesi dilakukan dengan melibatkan panitia *ad hoc*.
- c. melakukan tindak lanjut keputusan berupa :
 1. pelanggaran etik direkomendasikan kepada organisasi profesi keperawatan dan kebidanan di rumah sakit melalui ketua komite;
 2. pelanggaran disiplin profesi diteruskan kepada Kepala Bidang Pelayanan medik dan Kepala Bidang Keperawatan melalui ketua komite keperawatan; dan
 3. rekomendasi pencabutan kewenangan klinis diusulkan kepada ketua komite keperawatan untuk diteruskan kepada direktur rumah sakit.
- d. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan, meliputi :
 1. pembinaan ini dilakukan secara terus menerus melekat dalam pelaksanaan praktik keperawatan dan kebidanan sehari-hari;
 2. menyusun program pembinaan, mencakup jadwal, materi/ topik dan metode serta evaluasi; dan
 3. metode pembinaan dapat berupa diskusi, ceramah, lokakarya, "*Coaching*", simposium, "*bedside teaching*", diskusi refleksi kasus dan lain-lain disesuaikan dengan lingkup pembinaan dan sumber yang tersedia.

- e. menyusun laporan kegiatan sub komite untuk disampaikan kepada ketua komite keperawatan.

BAB XXIV PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 100

Guna melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) di rumah sakit maka setiap Staf Keperawatan berkewajiban untuk :

- a. melaksanakan keprofesian Keperawatan sesuai dengan Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis yang diberikan;
- b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang disesuaikan dengan kebutuhan medis pasien; dan
- c. melakukan konsultasi kepada dokter umum, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

BAB XXV AMANDEMEN/PERUBAHAN

Pasal 101

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Rumah Sakit dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Perubahan dapat dilakukan, apabila ada permohonan secara tertulis dari salah satu pihak yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, yaitu Pemilik Rumah Sakit, Direksi Rumah Sakit, Staf Medis, dan Komite Medik.
- (3) Usulan untuk merubah sebagaimana dimaksud pada ayat (2), hanya dapat dilaksanakan apabila ada pemberitahuan tertulis dari salah satu pihak kepada pihak lainnya, yang disampaikan paling lambat 3 (tiga) minggu sebelumnya.
- (4) Perubahan dilakukan dengan menambah pasal baru (Addendum dan/atau merubah pasal yang telah ada (amandemen) dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini.
- (5) Addendum dan/atau Amandemen sebagaimana dimaksud pada ayat (4), merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari peraturan Internal Rumah Sakit ini.

BAB XXVI KETENTUAN PENUTUP

Pasal 102

Semua peraturan rumah sakit yang dilaksanakan sebelum berlakunya Peraturan Internal Rumah Sakit ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit.

BUPATI BARITO UTARA,

ttd

NADALSYAH