



BUPATI MALUKU BARAT DAYA
PROVINSI MALUKU

PERATURAN BUPATI MALUKU BARAT DAYA
NOMOR 12 TAHUN 2019

TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TIAKUR
KABUPATEN MALUKU BARAT DAYA

BUPATI MALUKU BARAT DAYA,

- Menimbang : a. bahwa agar penyelenggaraan rumah sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas diperlukan aturan dasar yang mengatur pemilik, Pengelola dan komite di dalam rumah sakit;
- b. bahwa dengan adanya perubahan paradigma penyelenggaraan rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
- c. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, maka setiap rumah sakit perlu menyusun dan 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 Tiakur Kabupaten Maluku Barat Daya.

- Mengingat : 1. Undang - Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik

2. Undang-undang Nomor 31 Tahun 2008 tentang Pembentukan Kabupaten Maluku Barat Daya di Provinsi Maluku (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4877);
3. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang - Undang Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 224, sebagaimana telah beberapa kali diubah 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);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
8. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
8. Peraturan Menteri kesehatan Nomor 755/ Menkes / PER/ IV / 2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 755);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita

Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 416);

10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 722 / Menkes / SK / VI 2002 Tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
11. Peraturan Daerah Kabupaten Maluku Barat Daya nomor 9 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Maluku Barat Daya (Lembaran Daerah Nomor 9);
12. Peraturan Bupati Maluku Barat Daya Nomor 19 tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Barat Daya (Berita Daerah Nomor 19);

M E M U T U S K A N

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TIAKUR KABUPATEN MALUKU BARAT DAYA

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Maluku Barat Daya.
2. Bupati adalah Bupati Maluku Barat Daya.
3. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah aturan dasar yang mengatur tata cara hubungan dan penyelenggaraan Rumah Sakit antara pemilik, pengelola, komite, staf medis yang di tetapkan dengan Peraturan Bupati.
4. Peraturan Internal Organisasi RSUD (*corporate bylaws*) adalah peraturan internal RSUD yang mengatur hubungan Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan Staf Medis beserta fungsi, tugas tanggungjawab, kewajiban, kewenangan an haknya.
5. Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
6. Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalitas tenaga keperawatan di rumah sakit.
7. 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 medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

8. Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
9. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan kepala/direktur rumah sakit kepada staf medis untuk melaksanakan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
10. Audit Medis adalah upaya evaluasi yang secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
11. 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.
12. Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan adalah uraian intervensi keperawatan dan kebidanan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan berdasarkan area praktiknya.
13. Penugasan Klinis adalah penugasan kepala/direktur rumah sakit kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan atau asuhan kebidanan di rumah sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis.
14. Audit Keperawatan adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi perawat dan bidan.
15. Rumah Sakit Umum Daerah Tiakur Kabupaten Maluku Barat Daya yang selanjutnya disebut RSUD adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
16. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tiakur Kabupaten Maluku Barat Daya.
17. Komite Medik adalah Komite Medik Rumah Sakit Umum Daerah Tiakur Kabupaten Maluku Barat Daya.
18. Staf Medis fungsional adalah dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang memiliki ijin praktek di Rumah Sakit Umum Kabupaten Maluku Barat Daya.

BAB II

RUANG LINGKUP

Pasal 2

Ruang lingkup dari Peraturan Bupati ini adalah :

- a. Peraturan Internal Organisasi;
- b. Peraturan Internal Staf Medis; dan
- c. Peraturan Internal Staf Keperawatan.

BAB III

PERATURAN INTERNAL ORGANISASI

Bagian Kesatu

Identitas

Pasal 3

- (1) Nama Rumah Sakit ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah Tiakur Kabupaten Maluku Barat Daya.
- (2) Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah.
- (3) Kelas Rumah Sakit adalah RSUD Kelas D.
- (4) Alamat RSUD Tiakur Kabupaten Maluku Barat Daya di Kota Tiakur.

Bagian Kedua

Visi, Misi, Tujuan, Motto dan Budaya Kerja

Pasal 4

- (1) Visi Rumah sakit adalah *"Menjadi Rumah Sakit yang memberikan Pelayanan Kesehatan Terbaik, Berkualitas dan Profesional serta penuh kasih sayang kepada masyarakat Maluku Barat Daya"*;
- (2) Misi Rumah sakit adalah :
 - a. Memberikan pelayanan kesehatan terpadu sesuai kebutuhan pasien.
 - b. Melaksanakan pekerjaan dalam tim yang profesional, dinamis, inovatif, berdedikasi tinggi, dan terpercaya.
 - c. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi.
 - d. Meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana / prasarana pelayanan di semua bidang secara terus menerus dan berkesinambungan.
- (3) Tujuan
 - a. Tujuan umum :

Terselenggaranya pelayanan kesehatan tingkat lanjutan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya.

b. Tujuan Khusus :

- ✓ Meningkatkan kualitas dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
- ✓ Mengembangkan pelayanan rumah sakit seiring perkembangan ilmu dan teknologi.
- ✓ Penyelenggaraan kegiatan manajemen rumah sakit secara profesional, efisien dan efektif.
- ✓ Terwujudnya kepuasan bekerja sebagai ibadah dan kesejahteraan seluruh pegawai.

(4) Motto adalah “PENGABDIAN KAMI BAGI NEGERI ” sebagai wujud pelayanan kesehatan kepada masyarakat Kabupaten Maluku Barat Daya.

Bagian Ketiga

Logo RSUD

Pasal 5

Logo RSUD Tiakur adalah logo Pemerintah Kabupaten Maluku Barat Daya, yaitu :



Bagian Keempat

Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi RSUD

Pasal 6

- (1) RSUD berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) RSUD dipimpin oleh seorang Direktur berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (3) RSUD mempunyai tugas pokok yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan melalui upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan dan penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.

- (4) RSUD dalam menjalankan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3), berfungsi melakukan :
- a. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan;
 - b. pelayanan penunjang guna mendukung Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan;
 - c. penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan;
 - d. pelayanan medis;
 - e. pelayanan penunjang medis dan non medis;
 - f. pelayanan keperawatan;
 - g. pelayanan rujukan;
 - h. pelayanan pendidikan dan pelatihan;
 - i. pelayanan penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
 - j. pengelolaan keuangan dan akuntansi; dan
 - k. pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tata laksana, rumah tangga, perlengkapan dan lain-lain yang bersifat umum.

Bagian Kelima

Wewenang dan tanggung jawab

Paragraf 1

Pasal 7

Wewenang Pemilik

Pemilik berwenang :

- a. menentukan kebijakan RSUD secara umum;
- b. mengangkat dan memberhentikan Direktur;
- c. mengangkat dan memberhentikan pejabat struktural atas usulan Direktur;
- d. melakukan pengawasan dan pengendalian terhadap operasional RSUD;
- e. meminta pertanggungjawaban atas tugas dan kewenangan yang diberikan kepada Direktur; dan
- f. mendelegasikan wewenangnya kepada Direktur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2

Tanggungjawab Pemilik

Pasal 9

- (1) Pemilik bertanggungjawab terhadap perkembangan dan kemajuan RSUD sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.

(2) Pemilik bertanggungjawab :

- a. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola;
- b. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
- c. menyetujui dan mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran;
- d. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi;
- e. menyediakan Rumah Sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat;
- f. mengetahui dan menyetujui program peningkatan mutu rumah sakit dan memantau pelaksanaannya melalui laporan berkala yang diberikan oleh rumah sakit;
- g. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di rumah sakit bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. membina dan mengawasi penyelenggaraan rumah sakit;
- i. memberikan perlindungan kepada rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara professional dan bertanggungjawab;
- j. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- k. menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian rumah sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
- l. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
- m. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di Rumah Sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa;
- n. menyediakan sumberdaya manusia yang dibutuhkan; dan
- o. mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.

(3) Pemilik bertanggungjawab menutup defisit rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen.

(4) Ketentuan mengenai tanggungjawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan berdasarkan Peraturan Perundang-Undangan.

Bagian Keenam

Pengorganisasian dan Struktur Organisasi, Pengangkatan dan Pemberhentian, Tugas, Wewenang dan Tanggungjawab, Prosedur Kerja dan Rapat Pengelola RSUD

Paragraf 1
Organisasi dan Struktur RSUD

Pasal 10

- (1). Susunan Organisasi RSUD, terdiri dari :
 - a. direktur;
 - b. kepala sub bagian tata usaha;
 - c. kepala seksi pelayanan;
 - d. kepala seksi keperawatan;
 - e. kepala seksi rekam medik, monitoring dan evaluasi; dan
 - f. kepala seksi penunjang medis;
 - g. kelompok Jabatan Fungsional; dan
 - h. unit.
- (2) Ketentuan mengenai struktur organisasi RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Paragraf 2
Pengangkatan dan Pemberhentian pengelola RSUD

Pasal 11

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Kepala Seksi Pelayanan, Kepala Seksi Keperawatan, Kepala Seksi Rekam Medik Monitoring dan Evaluasi, dan Kepala Seksi Penunjang Medik diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usul Direktur.
- (3) Direktur merupakan pejabat fungsional medis yang diberi tugas tambahan sebagai direktur dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Kepala Dinas Kesehatan.
- (4) Sub Bagian Tata Usaha dipimpin oleh seorang kepala yang merupakan Pejabat fungsional yang diberi tugas tambahan dan bertanggungjawab kepada direktur.
- (5) Seksi Pelayanan dipimpin oleh seorang kepala yang merupakan Pejabat fungsional medis yang diberi tugas tambahan dan bertanggungjawab kepada direktur.
- (6) Seksi Keperawatan dipimpin oleh seorang kepala yang merupakan Pejabat fungsional yang diberi tugas tambahan dan bertanggungjawab kepada direktur.

- (7) Kepala Seksi Rekam Medik, Monitoring dan Evaluasi dipimpin oleh seorang kepala yang merupakan Pejabat fungsional yang diberi tugas tambahan dan bertanggungjawab kepada direktur.
- (8) Seksi Penunjang Medik dipimpin oleh seorang kepala yang merupakan Pejabat fungsional yang diberi tugas tambahan dan bertanggungjawab kepada direktur.
- *(9) Standar Kompetensi Direktur :
- a. seorang tenaga medis pegawai negeri sipil yang mempunyai kemampuan dan keahlian dalam bidang perumahsakit; dan
 - b. berpangkat minimal peñata tingkat I (III d);
 - c. berpengalaman menjabat kepala puskesmas perawatan minimal 2 (satu) tahun dan berpengalaman menjabat kepala seksi pelayanan minimal 3 (tiga) tahun;
 - d. atau berpengalaman menjabat kepala seksi pelayanan minimal 3 (tiga) tahun; dan
 - e. mengikuti pelatihan-pelatihan kepemimpinan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana tahunan, tata kelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem remunerasi rumah sakit, pengelolaan sumber daya manusia.
- (10) Standar Kompetensi Kepala Sub Bagian Tata Usaha;
- a. seorang pegawai negeri sipil berpendidikan dokter, sarjana kesehatan, sarjana sosial, atau sarjana administrasi;
 - b. berpangkat minimal peñata (III c);
 - c. berpengalaman di bidang tata usaha minimal 3 (tiga) tahun; dan
 - d. mengikuti pelatihan-pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana strategis, rencana implementasi, dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, sistem remunerasi, sistem informasi, rencana bisnis anggaran.
- (11) Standar Kompetensi Kepala Seksi Pelayanan :
- a. seorang Pegawai Negeri Sipil berpendidikan dokter;
 - b. berpangkat minimal peñata (III c);
 - c. berpengalaman di bidang pelayanan medis dan penunjang minimal 3 (tiga) tahun; dan
 - d. mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan. Rencana strategis, tata kelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem remunerasi rumah sakit.
- (12) Standar Kompetensi Kepala Seksi Keperawatan :
- a. seorang Pegawai Negeri Sipil berpendidikan minimal D3 Keperawatan;
 - b. berpangkat minimal penata (III c);

- c. berpengalaman di bidang pelayanan medis dan penunjang minimal 3 (tiga) tahun; dan
- d. mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan. Rencana strategis, tata kelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem remunerasi rumah sakit.

(13) Standar Kompetensi Kepala Seksi Rekam Medik dan Monitoring Evaluasi :

- a. seorang Pegawai Negeri Sipil berpendidikan minimal D3 bidang kesehatan;
- b. berpangkat minimal penata (III c);
- c. berpengalaman di bidang pelayanan medis dan penunjang minimal 3 (tiga) tahun; dan
- d. mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan. Rencana strategis, tata kelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem remunerasi rumah sakit.

(14) Standar Kompetensi Kepala Seksi Penunjang Medik :

- a. seorang Pegawai Negeri Sipil berpendidikan minimal D3 bidang kesehatan;
- b. berpangkat minimal penata (III c);
- c. berpengalaman di bidang pelayanan medis dan penunjang minimal 3 (tiga) tahun; dan
- d. mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan. Rencana strategis, tata kelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem remunerasi rumah sakit.

Paragraf 3

Tugas, Wewenang dan Tanggungjawab

Pasal 12

(1) Direktur bertugas :

- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan rumah sakit;
- b. memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan rumah sakit;
- c. mewakili rumah sakit didalam dan diluar pengadilan;
- d. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana telah digariskan;
- e. memperhatikan pengelolaan rumah sakit dengan berwawasan lingkungan;
- f. menyiapkan renstra bisnis dan RBA rumah sakit;
- g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah skait sesuai ketentuan yang berlaku; dan

- h. menyiapkan laporan tahunan berkala dan menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan rumah sakit.

(2) Direktur berwenang :

- a. menetapkan kebijakan operasional;
- b. menetapkan peraturan internal staf medis, peraturan internal staf keperawatan, kebijakan, pedoman, panduan, dan standar prosedur operasional;
- c. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pegawai rumah sakit sesuai ketentuan yang berlaku;
- d. menetapkan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan yang berlaku;
- e. memberikan sanksi sesuai ketentuan yang berlaku;
- f. melakukan kerjasama dengan ahli, konsultan atau lembaga independen sesuai kebutuhan;
- g. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- h. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya; dan
- i. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari pejabat pengelola di bawah direktur.

(3) Tugas Kepala Sub Bagian tata Usaha adalah :

- a. menyelenggarakan program kerja;
- b. mengkoordinasikan, pembinaan dan sinkronisasi kegiatan;
- c. menyelenggarakan, pengendalian dan pengawasan di bidang umum, keuangan, perencanaan, dan pendidikan pelatihan;
- d. menyelenggarakan evaluasi dan pelaporan;
- e. mengkoordinasikan penyusunan RBA;
- f. menyiapkan daftar pelaksanaan anggaran rumah sakit;
- g. melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
- h. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
- i. mengkoordinasikan pengelolaan pelaksanaan serta pemantauan pelaksanaan melalui bekerjasama dengan satuan kerja pengawas intern; dan
- j. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh direktur.

(4) Tugas Kepala Seksi Pelayanan :

- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidang pelayanan medis;

- b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai dengan rencana bisnis dan anggaran;
- c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang pelayanan medis; dan
- d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh direktur.

• (5) Tugas Kepala Seksi Keperawatan :

- a. menyusun perencanaan kegiatan klinis di bidang keperawatan;
- b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai dengan rencana bisnis dan anggaran;
- c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang keperawatan; dan
- d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh direktur.

• (6) Tugas Kepala Seksi Penunjang Medik :

- a. menyusun perencanaan kegiatan klinis di bidang penunjang medik;
- b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai dengan rencana bisnis dan anggaran;
- c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang penunjang medik; dan
- d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh direktur.

(7). Tugas Kepala Seksi Rekam Medik, Monitoring dan Evaluasi :

- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidang rekam medik;
- b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai dengan rencana bisnis dan anggaran;
- c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang rekam medik;
- d. melaksanakan sistem monitoring dan evaluasi terhadap instalasi; dan
- e. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh direktur.

Paragraf 4

Prosedur Kerja

Pasal 13

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya direktur wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik dalam lingkungan RSUD maupun dengan organisasi dalam lingkungan Pemerintah Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

- (2) Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Kepala Seksi Pelayanan, Kepala Seksi Keperawatan, Kepala Seksi Rekam Medik, Monitoring dan Evaluasi serta Kepala Seksi Penunjang Medik dalam lingkungan RSUD bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahannya masing-masing dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.
- (3) Setiap laporan yang diterima oleh Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Kepala Seksi Pelayanan, dan Kepala Seksi Keperawatan, Kepala Seksi Rekam Medik, Monitoring dan Evaluasi serta Kepala Seksi Penunjang Medik dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan menyusun laporan lebih lanjut untuk memberikan petunjuk-petunjuk kepada bawahan.
- (4) Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Kepala Seksi Pelayanan, dan Kepala Seksi Keperawatan, Kepala Seksi Rekam Medik, Monitoring dan Evaluasi serta Kepala Seksi Penunjang Medik menyampaikan laporan kepada direktur.
- (5) Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Kepala Seksi Pelayanan, dan Kepala Seksi Keperawatan, Kepala Seksi Rekam Medik, Monitoring dan Evaluasi serta Kepala Seksi Penunjang Medik wajib mengadakan evaluasi kinerja dan melaksanakan tindak lanjut evaluasi.

Paragraf 5

Rapat

Pasal 14

- (1) Rapat Direktur bersama Kepala Sub Bagian Tata Usaha, dan para kepala seksi diselenggarakan paling kurang 1 (satu) bulan sekali setiap tanggal 10 bulan berjalan.
- (2) Dalam rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan rumah sakit sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajibannya.
- (3) Rapat Direktur bersama Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Kepala Seksi dan para Kepala Instalasi dilaksanakan paling kurang 1 (satu) bulan sekali setiap tanggal 15 bulan berjalan.
- (4) Rapat Kepala Instalasi dengan staf di instalasi dilaksanakan paling kurang 1 (satu) bulan sekali. Untuk setiap rapat harus dibuat notulen dan daftar hadir.

Bagian Ketujuh
Organisasi Pelaksana
Paragraf 1
Instalasi

Pasal 15

- (1) Instalasi merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mendukung penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan.
- (3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Kepala Instalasi dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan seksi terkait.
- (5) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugas dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (6) Ketentuan mengenai pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 2
Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 16

- (1) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.
- (3) Kelompok jabatan fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan bidang tugasnya.
- (4) Setiap kelompok jabatan fungsional dikoordinasikan oleh tenaga fungsional senior yang ditunjuk oleh direktur.
- (5) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai Peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedelapan
Organisasi Pendukung
Paragraf 1
Satuan Pengawas Internal

Pasal 17

- (1) Satuan Pengawas Internal dibentuk untuk membantu tugas Direktur dalam bidang pengawasan dan pengelolaan sumber daya.
- (2) Pengelolaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sumber daya keuangan, sumber daya manusia, dan sumber daya sarana/prasarana.
- (3) Satuan Pengawas Internal berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (4) Satuan Pengawas Internal adalah kelompok fungsional yang bertugas :
 - a. melakukan pemeriksaan terhadap setiap unsur/kegiatan di lingkungan rumah sakit yang meliputi pengelolaan administrasi keuangan, administrasi pelayanan serta administrasi umum dan kepegawaian yang dipandang perlu;
 - b. melakukan pengujian serta penilaian atas hasil laporan berkala atau sewaktu-waktu dari setiap unsur/kegiatan dilingkungan rumah sakit atas petunjuk Direktur Rumah Sakit;
 - c. melakukan penelusuran mengenai kebenaran laporan atau informasi tentang hambatan, penyimpangan dan penyalahgunaan wewenang yang terjadi ; dan
 - d. memberikan saran dan alternatif pemecahan kepada Direktur Rumah Sakit terhadap penyimpangan yang terjadi.
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Satuan Pengawas Internal berfungsi :
 - a. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan operasional;
 - b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian intern;
 - c. melakukan identifikasi risiko;
 - d. mencegah terjadinya penyimpangan;
 - e. memberikan konsultasi pengendalian intern; dan
 - f. melakukan hubungan dengan eksternal auditor atas izin Direktur.
- (6) Penetapan keanggoaan dalam Satuan Pengawas Internal dilakukan dengan mempertimbangkan kompetensi dan jabatan seseorang yang disesuaikan dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (7) Ketentuan mengenai oembentukan Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 2
Komite Etik dan Hukum

Pasal 18

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk untuk membantu Direktur dalam melaksanakan pengawasan dan pelaksanaan Kode Etik Rumah Sakit.
- (2) Komite Etik dan Hukum berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit bertugas :
 - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam menyusun dan merumuskan medico-etikolegal dan etika pelayanan rumah sakit;
 - b. menyelesaikan masalah etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, etika penelitian di rumah sakit; dan
 - c. sebagai gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di rumah sakit setelah mendapat tugas dari bidang hukum rumah sakit.

Paragraf 3
Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 19

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi bertugas :
 - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit;
 - c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa bersama Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi Rumah Sakit;
 - d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi yang aman bagi pengguna;
 - e. membuat pedoman tatalaksana 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 rumah sakit; dan

- h. menerima laporan atas kegiatan tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan membuat laporan berkala kepada Direktur.
- (3) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (4) Ketentuan mengenai pembentukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 4

Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 20

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi bertugas :
 - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
 - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
 - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
 - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait di dalam rumah sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
 - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
 - f. mengelola obat yang digunakan dalam kategori khusus;
 - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (4) Ketentuan mengenai pembentukan Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Direktur.

BAB IV

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 21

- (1) RSUD wajib menyusun peraturan internal staf medis.
- (2) Peraturan internal staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun oleh komite medik berkoordinasi dengan staf medis fungsional.
- (3) Peraturan internal staf medis sebagaimana disebutkan pada ayat (1), paling kurang memuat :
 - a. pendahuluan;
 - b. ketentuan umum;
 - c. tujuan;
 - d. kewenangan klinis;
 - e. penugasan klinis;
 - f. komite medik;
 - g. rapat;
 - h. sub komite kredensial;
 - i. sub komite mutu profesi;
 - j. sub komite etika dan disiplin profesi;
 - k. peraturan pelaksanaan tata kelola klinis;
 - l. tata cara review dan perbaikan Peraturan Internal Staf Medis; dan
 - m. ketentuan penutup.

Bagian Kedua Kewenangan Klinis

Pasal 22

- (1) Setiap dokter yang diterima sebagai Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari sub Komite Kredensial.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari staf medis yang bersangkutan dengan memperhatikan kondisi di rumah sakit.
- (3) Dalam hal ada kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari Kolegium terkait.

Pasal 23

Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (1) dievaluasi terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

Pasal 24

Kewenangan klinik sementara dapat diberikan kepada dokter tamu atau dokter pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.

Pasal 25

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan (*emergency care*) diluar kewenangan klinik regular yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Ketiga Penugasan Klinis

Pasal 26

- (1) Setelah melalui proses Kredensial, Direktur menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh kewenangan klinis yang dimiliki oleh seorang staf medis.
- (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 sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) dapat berakhir sebelum jangka waktu 3 (tiga) tahun dalam hal :
 - a. izin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan; atau
 - b. kondisi fisik atau mental staf medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan medis secara menetap; atau
 - c. staf medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*clinical privilege*) atau kontrak; atau
 - d. staf medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelainan, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik; atau
 - e. staf medis diberhentikan oleh direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
 - f. staf medis diberhentikan oleh direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan rumah sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

- (5) Jangka waktu penugasan staf medis akan berakhir sesuai dengan ketentuan dan/atau kontrak kerja yang berlaku (bagi tenaga kontrak).

Bagian Keempat

Komite Medik

Paragraf 1

Pengorganisasian komite medik

Pasal 27

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

Paragraf 2

Organisasi dan keanggotaan komite medik

Pasal 28

- (1) Komite Medik dibentuk oleh direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari :
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. sub komite
- (3) Kenggotaan Komite Medik ditetapkan oleh diektur dengan mempertimbangkan sikap professional, reputasi dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik rumah sakit.
- (5) Anggota komite medik terbagi ke dalam sub komite

Paragraf 3

Pemilikan komite medik

Pasal 29

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sekretaris Komite Medik dan ketua-ketua sub komite ditetapkan oleh direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di rumah sakit.

Paragraf 4

Tugas dan fungsi komite medik

Pasal 30

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medik yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medik; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (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 dan fisik mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan professional kedokteran berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap permohonan kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan keputusan 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;
 - 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 medik;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
 - d. rekomendasi proses pendampingan 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;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;

- c. rekomendasi pendisiplinan perilaku professional di rumah sakit;
- d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf 5

Wewenang komite medik

Pasal 31

- (1) Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis/*delineation of clinical privilege*.
- (2) Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis/*clinical appointment*.
- (3) Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis/*clinical privilege*.
- (4) Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis/*delineation of clinical privilege*.
- (5) Memberikan rekomendasi tindaklanjut audit medis.
- (6) Memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan.
- (7) Memberikan rekomendasi pendampingan/*proctoring*.
- (8) Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 6

Sub komite

Pasal 32

- (1) Ketua sub komite ditetapkan oleh direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua komite dengan memperhatikan masukan dari staf medik.
- (2) Sub komite terdiri dari :
 - a. sub komite kredensial;
 - b. sub komite mutu profesi;
 - c. sub komite etika dan disiplin profesi.

Bagian Keenam

Sub Komite Kredensial

Pasal 33

Untuk memproteksi masyarakat, Komite Medik memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf medik di rumah sakit mellaui sub komite kredensial.

Paragraf 1

Pengorganisasian sub komite kredensial

Pasal 34

- (1) Pengorganisasian sub komite kredensial terdiri dari :
 - a. ketua;

- b. sekretaris;
 - c. anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi.
 - (3) Sub komite kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrument kredensial yang disahkan direktur. Instrument tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan kewenangan klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan.
 - (4) Pada akhir proses kredensial, komite medik menerbitkan rekomendasi kepada direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
 - (5) Sub komite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis.

Paragraf 2

Tata kerja sub komite kredensial

Pasal 35

- (1) Staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh direktur kepada komite medik.
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (4) Pengkajian oleh sub komite kredensial meliputi elemen :
 - a. kompetensi;
 - 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 - 2. kognitif;
 - 3. afektif;
 - 4. psikomotor.
 - b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. perilaku etis.
- (5) Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (6) Daftar rincian kewenangan klinis diperoleh dengan cara :
 - a. menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap kelompok staf medis;

- b. mengkaji kewenangan klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis; dan
 - c. mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis dilakukan secara periodic.
- (7) Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh komite berdasarkan masukan dari sub komite kredensial.
- (8) Sub komite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dengan rekomendasi berupa :
- a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (9) Bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada komite medik melalui direktur. Selanjutnya, komite medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

Bagian Ketujuh

Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 36

Untuk menjaga mutu profesi para staf medis, komite medik mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis melalui sub komite mutu profesi.

Paragraf 1

Pengorganisasian sub komite mutu profesi

Pasal 37

Pengorganisasian sub komite mutu profesi terdiri dari :

- 1. ketua;
- 2. sekretaris; dan
- 3. anggota.

Paragraf 2

Tata kerja sub komite mutu profesi

Pasal 38

- (1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu :

- 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*;
- d. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

(2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis :

- a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
- b. penetapan standar dan kriteria;
- c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
- d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
- e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standard an kriteria;
- f. menerapkan perbaikan;
- g. rencana reaudit.

(3) Sub komite mutu profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis :

- a. menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
- b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit maupun kasus langka;
- c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
- d. notulensi berserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip sub komite mutu profesi;
- e. sub komite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh sub komite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
- f. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan sub komite mutu profesi pertahun;
- g. sub komite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
- h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masng-masng staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;

- i. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada manajemen.
- (4) Sub komite mutu profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan :
 - a. menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan kewenangan klinis;
 - b. komiter medik berkoordinasi dengan direktur rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut

Bagian Kedelapan

Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 39

Peran Komite Medik dalam upaya pendisiplinan staf medis dilakukan oleh sub komite etika dan disiplin profesi.

Paragraf 1

Pengorganisasian sub komite etika dan disiplin profesi

Pasal 40

Pengorganisasian sub komite etika dan disiplin profesi terdiri dari :

1. ketua;
2. sekretaris; dan
3. anggota.

Paragraf 2

Tata kerja sub komite etika dan disiplin profesi

Pasal 41

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, sub komite etika dan disiplin profesi memiliki semangat yang berlandaskan :
 - a. peraturan internal rumah sakit;
 - b. peraturan internal staf medis;
 - c. etika rumah sakit;
 - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika.
- (2) Tolok ukur dalam upaya mendisiplinkan perilaku professional staf medis, yaitu :
 - a. pedoman pelayanan kedokteran rumah sakit;
 - b. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
 - d. kode etik kedokteran Indonesia;

- e. pedoman perilaku professional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
- f. pedoman penyelenggaraan disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- g. pedoman pelayanan medik/klinik;
- h. standar prosedur operasional asuhan medis.

(3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua sub komite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri dari 3 orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :

- a. 1 (satu) orang dari sub komite etika dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
- b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan direktur rumah sakit atau direktur rumah sakit terlapor.

(4) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku professional, adalah sebagai berikut :

a. sumber pelaporan :

1. perorangan :

- 1) manajemen rumah sakit;
- 2) staf medis lain;
- 3) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
- 4) pasien atau keluarga pasien.

2. non perorangan :

- 1) hasil konferensi kematian;
- 2) hasil konferensi klinis.

b. dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain :

- 1. kompetensi klinis;
- 2. penatalaksanaan kasus medis;
- 3. pelanggaran disiplin profesi;
- 4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan keokteran di rumah sakit;
- 5. ketidakmampuan bekerjasama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.

c. pemeriksaan :

- 1. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
- 2. melalui proses pembuktian;
- 3. dicatat oleh petugas sekretariat komite medik;
- 4. terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;

5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia

d. keputusan :

keputusan panel yang dibentuk oleh sub komite etika dan disiplin profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada sub komite etika dan disiplin profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada direktur rumah sakit melalui komite medik.

e. rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh sub komite etika dan disiplin profesi di rumah sakit berupa :

1. peringatan tertulis;
2. limitasi (reduksi) kewenangan klinis;
3. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
4. pencabutan kewenangan klinis sementara atau selamanya.

f. pelaksanaan keputusan ;

keputusan sub komite etika dan disiplin profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada direktur rumah sakit oleh ketua komite medik sebagai rekomendasi, selanjutnya direktur melakukan eksekusi.

- (5) Sub komite etika dan disiplin profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau komite medik.
- (6) Sub komite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Bagian Kesembilan

Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 42

- (1) Staf medis melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan kewenangan klinis masing-masing dalam tata kelola klinis rumah sakit dan kelompok staf medis.
- (2) Tata kelola klinis rumah sakit adalah sistem penjaminan mutu layanan di rumah sakit.
- (3) Tata kelola klinis rumah sakit disusun oleh ketua komite medik dan ketua komite keperawatan, ditetapkan dan sisahkan oleh direktur rumah sakit.

Bagian Kesepuluh

Tata Cara Review dan Perbaikan Peraturan Internal Staf Medis

Pasal 43

- (1) Review dan perbaikan peraturan internal staf medis dilaksanakan secara berkala disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan rumah sakit.
- (2) Usulan review dan perbaikan diajukan oleh Komite Medis kepada Direktur untuk mendapatkan persetujuan.

BAB V

PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 44

- (1) RSUD wajib menyusun peraturan internal staf keperawatan.
- (2) Peraturan internal staf keperawatan disusun oleh komite keperawatan.
- (3) Peraturan internal staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), paling kurang memuat :
 - a. pendahuluan;
 - b. ketentuan umum;
 - c. tujuan;
 - d. kewenangan klinis;
 - e. penugasan klinis;
 - f. delegasi tindakan medis;
 - g. komite keperawatan;
 - h. rapat;
 - i. sub komite kredensial;
 - j. sub komite mutu profesi;
 - k. sub komite etika dan disiplin profesi;
 - l. peraturan pelaksanaan tata kelola klinis;
 - m. tata cara review dan perbaikan peraturan internal staf keperawatan; dan
 - n. penutup.

Bagian Kedua

Kewenangan Klinis

Pasal 45

- (1) Semua pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberikan kewenangan klinis melalui proses kredensial.
- (2) Pengaturan ini berdasarkan pada pemikiran bahwa rumah sakit berhak melarang semua asuhan keperawatan di rumah sakit kecuali bila rumah sakit mengizinkan staf keperawatan tertentu untuk melakukan pelayanan asuhan keperawatan tersebut.
- (3) Seorang staf keperawatan yang telah diizinkan melakukan asuhan keperawatan dan prosedur intervensi keperawatan lainnya di rumah sakit memperoleh hak khusus (*privilege*) oleh rumah sakit yang dalam peraturan internal staf keperawatan ini disebut sebagai kewenangan klinis.
- (4) Rumah sakit mengatur pemberian kewenangan kerja klinis (*clinical privilege*) setiap staf keperawatan sesuai dengan kompetensinya.
- (5) Pemberian kewenangan kerja klinis (*clinical privilege*) harus melibatkan komite keperawatan yang dibantu oleh mitra bestari (*peer group*) sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.
- (6) Kewenangan kerja klinis (*clinical privilege*) setiap staf keperawatan dapat saling berbeda walaupun mereka memiliki tingkat pendidikan yang sama.
- (7) Setiap rekomendasi komite keperawatan atas kewenangan kerja klinis (*clinical privilege*) untuk staf keperawatan tetap dapat dipertanggungjawabkan secara hukum karena mengacu pada standar kompetensi keperawatan yang dikeluarkan oleh PPNI, AIPNI, dan AIPDiKL edisi IV, 2013.
- (8) Pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) kepada staf keperawatan yang akan melakukan tindakan tertentu tersebut didasarkan pada buku putih yang telah disusun bersama.
- (9) Kewenangan kerja klinis seorang staf keperawatan tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan ketrampilan saja, tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental dan perilaku (*behavior*) staf keperawatan tersebut.

Bagian Ketiga

Penugasan Klinis

Pasal 46

- (1) Penugasan Klinis (*clinical appointmen*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf keperawatan untuk melakukan sekelompok tindakan pelayanan keperawatan tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.

- (2) Direktur menerbitkan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yaitu surat keputusan untuk menugaskan staf keperawatan yang bersangkutan untuk melakukan pelayanan keperawatan tertentu di rumah sakit setelah mendapat rekomendasi rincian kewenangan klinis dari komite keperawatan.
- (3) Penerbitan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) kepada staf keperawatan yang bersangkutan setelah mendapat rekomendasi dari komite keperawatan.
- (4) Dalam keadaan tertentu direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*temporary clinical appointment*), misalnya untuk konsultan tamu yang diperlukan sementara oleh rumah sakit.
- (5) Dalam keadaan darurat direktur rumah sakit dapat memberikan surat penugasan klinis tanpa rekomendasi komite keperawatan.
- (6) Direktur rumah sakit dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis seorang staf keperawatan berdasarkan pertimbangan komite keperawatan atau karena alasan tertentu.

Bagian Keempat
Delegasi Tindakan Medik
Pasal 47

Kewenangan tenaga keperawatan untuk melakukan tindakan medik merupakan tindakan yang bersifat delegatif yang memerlukan kewenangan klinis tertentu dan perlu dikredensial. Dengan demikian, tindakan medik yang bersifat delegatif tetap menjadi tanggungjawab tenaga medis yang memberikan delegasi.

Bagian Kelima
Komite Keperawatan
Pasal 48

- (1) Susunan organisasi komite keperawatan terdiri dari :
 - a. ketua;
 - b. sekretaris;
 - c. sub komite.
- (2) Sub komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
 - a. sub komite kredensial, yang bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan;
 - b. sub komite mutu profesi, yang bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesi berkelanjutan bagi tenaga keperawatan, dan;

c. sub komite etik dan disiplin profesi, yang bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

(3) Ketua komite keperawatan ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan.

(4) Sekretaris dan sub komite diusulkan oleh ketua komite keperawatan dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan.

Pasal 49

Personil komite keperawatan harus memiliki kompetensi yang tinggi sesuai jenis pelayanan atau area praktik, mempunyai semangat profesionalisme, serta reputasi baik.

Pasal 50

(1) Komite keperawatan mempunyai tugas pokok membantu direktur rumah sakit dalam :

- a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di rumah sakit;
- b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
- c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.

(2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial sebagaimana dimaksud dalam pasal 50 ayat (1) huruf a, komite keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :

- a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
- b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
- c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
- d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
- e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
- f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada ketua komite keperawatan untuk diteruskan kepada direktur rumah sakit.

(3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi sebagaimana dimaksud dalam pasal 50 ayat (1) huruf b, komite keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :

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

(4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 50 ayat (1) huruf c, komite keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :

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

Pasal 51

Komite keperawatan bertanggungjawab langsung kepada direktur rumah sakit dalam menjaga citra dan nama baik komite keperawatan pada khususnya dan seluruh pelayanan keperawatan di rumah sakit pada umumnya.

Pasal 52

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, komite keperawatan mempunyai kewenangan :

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

Bagian Keenam

Rapat

Pasal 53

- (1) Komite keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat koordinasi keperawatan terdiri dari rapat kerja, rapat rutin, rapat pleno, dan siding tahunan.
- (3) Rapat Kerja :

- a. rapat kerja keperawatan dilaksanakan setahun sekali dan bersifat terbuka;
- b. rapat kerja keperawatan dipimpin oleh ketua komite keperawatan dan dihadiri oleh sekretaris komite keperawatan, bendahara komite keperawatan, an kepala ruangan keperawatan.
- c. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.

(4) Rapat Rutin :

- a. rapat rutin keperawatan dilaksnaakan 1 (satu) kali dalam seminggu diikuti oleh komite keperawatan dan kepala ruang keperawatan;
- b. agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah harian keperawatan;
- c. rapat rutin keperawatan dipimpin oleg ketua komite keperawatan.

(5) Rapat Pleno :

- a. rapat pleno keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
- b. rapat pleno dipimpin oleh ketua komite keperawatan dan dihadiri oleh sekretaris komite keperawatan, sub komite dan kepala seksi keperawatan;
- c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan;

(6) Sidang tahunan :

- a. sidang tahunan keperawatan diadakan satu kali dalam setahun;
- b. sidang tahunan dipimpin oleh ketua komite keperawatan, bendahara komite keperawatan, sub komite, kepala seksi keperawatan, panitia-panitia keperawatan, dan kepala ruangan keperawatan;
- c. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu;
- d. keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya 2/3 peserta yang hadir.

Bagian Ketujuh

Sub Komite Kredensial

Pasal 54

(1) Sub Komite Kredensial mempunyai tugas :

- a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
- b. menyusun buku putih;
- c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
- d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
- e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;

- f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun;
 - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya *team ad hoc*, kepada semua komite keparwatan.

Bagian Kedelapan
Sub Komite Mutu Profesi
Pasal 55

- (1) Sub Komite Mutu Profesi mempunyai tugas :
- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan professional berkelanjutan tenag akeperawatan;
 - c. melaksanakan audit asuhan keperawatan;
 - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut dalam pasal 55 ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya *team ad hoc* kepada Ketua Komite Keperawatan baik incidentil atau permanen.

Bagian Kesembilan
Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi
Pasal 56

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mempunyai tugas :
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
 - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
 - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis;
 - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dan asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana tersebut dalam pasal 56 ayat (1), komite keperawatan membentuk *team adhoc* baik insidentil atau permanen.
- (3) Hasil kerja *team adhoc* sebagaimana dalam pasal 56 ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

Bagian Kesepuluh
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis
Pasal 57

- (1) Dalam memberikan pelayanan keperawatan dan kebidanan diperlukan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional dan kebutuhan dasar pasien.
- (2) Memenuhi kebutuhan sebagaimana tersebut dalam pasal 57 ayat (1), komite keperawatan berkewajiban menyusun :
 - a. Standar profesi keperawatan dan kebidanan;
 - b. Standar pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - c. Standar prosedur operasional keperawatan dan kebidanan;
 - d. Standar kebutuhan dasar pasien.
- (3) Dalam keadaan tidak mampu, setiap staf keperawatan berkewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada tenaga keperawatan lain yang dianggap lebih mampu.

Bagian Kesebelas
Tata Cara Review dan Perbaikan Peraturan Internal Staf Keperawatan

Pasal 58

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

Pasal 59





Review dan perbaikan peraturan internal staf keperawatan minimal dihadiri oleh unsur komite keperawatan, unsur struktur keperawatan, unsur fungsional keperawatan

BAB VI
KETENTUAN DAN PENUTUP

Pasal 60

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dalam Berita Daerah Kabupaten Maluku Barat Daya.

Paraf Koordinasi	
Sekretaris Daerah	
Asisten Koordinasi	
Kabag Hukum	
Kadis Kesehatan	

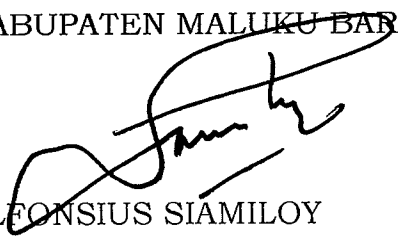
Ditetapkan di Tiakur

Pada Tanggal 12 Juni 2019

BUPATI MALUKU BARAT DAYA


BENYAMIN THOMAS NOACH

Diundangkan di Tiakur
pada tanggal 12 Juni 2019
SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN MALUKU BARAT DAYA


ALFONSIUS SIAMILOY

BERITA DAERAH KABUPATEN MALUKU BARAT DAYA TAHUN 2019
NOMOR 12