



GUBERNUR KALIMANTAN UTARA

PERATURAN GUBERNUR KALIMANTAN UTARA

NOMOR 19 TAHUN 2017

TENTANG

**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR KALIMANTAN UTARA,

Menimbang : bahwa berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772 Tahun 2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*), perlu menetapkan Peraturan Gubernur Kalimantan Utara tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit.

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 812, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
5. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2012 tentang Pembentukan Provinsi Kalimantan Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 229; Tambahan Lembaran Negara Nomor 5362);
6. 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 23 Tahun 2014 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);

10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
11. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor PER/02/M.PAN/1/2007 tentang Pedoman Organisasi Satuan Kerja di Lingkungan Instansi Pemerintah Yang Menerapkan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
14. Peraturan Menteri Keuangan No.95/PMK.05/2016 tentang Dewan Pengawas Badan Layanan Umum;
15. Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Utara Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Provinsi Kalimantan Utara (Lembaran Daerah Provinsi Kalimantan Utara Tahun 2016 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Kalimantan Utara Nomor 5).
16. Peraturan Gubernur Kalimantan Utara Nomor 54 Tahun 2014 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Provinsi Kalimantan Utara (Berita Daerah Provinsi Kalimantan Utara Tahun 2014 Nomor 54);
17. Peraturan Gubernur Kalimantan Utara Nomor 21 Tahun 2016 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Provinsi Kalimantan Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 21).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN.

BUKU I
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(*Corporate ByLaws*)

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Provinsi adalah Provinsi Kalimantan Utara;
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom
3. Gubernur adalah Gubernur Kalimantan Utara;
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara, yang merupakan unsur pelaksana urusan pemerintahan di bidang Kesehatan.
5. Pemilik adalah pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan yaitu Pemerintah Daerah Provinsi Kalimantan Utara;
6. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan yang selanjutnya disingkat RSUD Tarakan;
7. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan;
8. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.

9. Peraturan Internal Korporasi (*corporate Bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.
10. Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
11. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Darerah yang selanjutnya disingkat BLUD RSUD adalah instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
12. 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, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya;
13. Dewan Pengawas merupakan organ rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan rumah sakit yang bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit;
14. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

15. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
16. Komite Farmasi dan Terapi adalah organisasi yang mewakili hubungan komunikasi antara para staf medis dengan staf farmasi.
17. Satuan Pemeriksaan Internal adalah organ di rumah sakit yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit.
18. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
19. Mitra Bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
20. 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*).
21. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
22. Tata Kelola Klinis yang Baik (*Good Clinical Governance*) adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, resiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit.

23. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
24. Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
25. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang selanjutnya disingkat DPJP.

BAB II IDENTITAS

Bagian Kesatu Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 2

- (1) Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Provinsi Kalimantan Utara yang selanjutnya disebut RSUD Tarakan.
- (2) RSUD Tarakan terletak di Jalan Pulau Irian Nomor 01, Kelurahan Kampung Satu Skip, Tarakan Tengah, Kota Tarakan, Provinsi Kalimantan Utara.

Pasal 3

RSUD Tarakan adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Utara yang dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dengan menerapkan PPK-BLUD.

Pasal 4

RSUD Tarakan merupakan Rumah Sakit Kelas B yang memberikan pelayanan kesehatan, pelayanan pendidikan, pelatihan dan penelitian serta pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

Bagian Kedua
Visi, Misi, Nilai dan Motto

Pasal 5

- (1) Visi RSUD Tarakan menjadi rumah sakit terdepan yang bertumpu pada teknologi, sumber daya manusia dan kemandirian.
- (2) Misi RSUD Tarakan:
 - a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang paripurna.
 - b. Meningkatkan program pelatihan, pendidikan dan penelitian.
 - c. Mewujudkan pengelolaan rumah sakit yang profesional.
- (3) Visi dan Misi ditetapkan oleh Pemilik dan dilakukan evaluasi berkala setiap 5 (lima) tahun dan/atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (4) Visi dan Misi disosialisasikan oleh pengelola kepada seluruh pegawai dan masyarakat.
- (5) Logo RSUD Tarakan ditetapkan oleh pemilik

Pasal 6

- (1) Nilai-nilai dasar yang dianut rumah sakit adalah Tertib, Ramah, Universal, Sehat dan Transparan (TRUST).
- (2) Motto rumah sakit “ Melayani dengan sepenuh hati”.

Bagian Ketiga

Falsafah dan Tujuan Rumah Sakit

Pasal 7

- (1) Falsafah rumah sakit “bekerja adalah ibadah”.
- (2) Tujuan RSUD Tarakan adalah membantu pemerintah daerah dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal melalui upaya kesehatan yang terjangkau masyarakat, bermutu, efektif dan efisien dengan senantiasa berorientasi pada keselamatan pasien (*patient safety*).

BAB III DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 8

- (1) Dewan Pengawas merupakan suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit.
- (2) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Gubernur atas usulan Direktur.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai wakil pemilik (*governing body*) dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakititan secara internal di Rumah Sakit.

Pasal 9

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah paling banyak 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Pejabat Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan BLUD RSUD;
 - b. Pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah;
 - c. Organisasi profesi;
 - d. Asosiasi perumahsakititan; dan
 - e. Tokoh masyarakat.

Pasal 10

Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan:

- a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakititan, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;

- b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
- d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
- e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit; dan
- f. persyaratan lain yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit.

Pasal 11

Ketua Dewan Pengawas bertugas:

- a. Memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
- b. Mengarahkan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal Rumah Sakit melalui Rapat Dewan Pengawas;
- c. Bekerja sama dengan Pengelola untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas. Bilamana rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu;
- d. Melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada huruf c di atas, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.

Pasal 12

- (1) Kepada Dewan Pengawas diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada rumah sakit dan dimuat dalam Rencana Strategi Bisnis serta Rencana Bisnis dan Anggaran.

Bagian Kedua
Tugas, Kewajiban dan Wewenang

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas bertugas:
- a. melakukan pengawasan pengelolaan keuangan;
 - b. menentukan arah kebijakan rumah sakit;
 - c. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis bisnis;
 - d. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana bisnis dan anggaran;
 - e. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - g. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit;
 - h. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.
- (2) Selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1), Dewan Pengawas juga menyetujui program upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim *Ad-hoc*.

Pasal 14

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 Dewan Pengawas berkewajiban:

- a. Memberikan pendapat, saran, nasihat dan arahan kepada Direktur dalam penyelenggaraan rumah sakit;
- b. Memberikan pendapat dan saran kepada pemilik rumah sakit mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang diusulkan oleh Direktur;
- c. Mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit, memberikan pendapat dan saran kepada pemilik mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan rumah sakit;

- d. Melaporkan dengan segera kepada pemilik apabila terjadi gejala menurunnya kinerja rumah sakit;
- e. Melakukan tugas pengawasan lain yang ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital bylaws*);
- f. Melakukan hal-hal lain yang dianggap perlu sebagaimana diatur dalam Peraturan Perundang-undangan dan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital bylaws*).

Pasal 15

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan rumah sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal rumah sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan dirumah sakit dengan sepengetahuan Direktur 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 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 Gubernur sebagai kepala Pemerintahan Provinsi Kalimantan Utara, dalam bentuk laporan Dewan Pengawas setiap 6 bulan (persemester).

Bagian Ketiga

Pengangkatan, Pemberhentian dan Penggantian

Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Gubernur atas usulan Direktur melalui Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Pengangkatan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan anggota Direksi.
- (3) Masa jabatan Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Pasal 18

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Gubernur.
- (2) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terbukti:
 - a. Tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - d. Mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit;
 - e. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan rumah sakit; atau
 - f. Berhalangan tetap.

- (3) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Gubernur.

Pasal 19

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (2), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Bagian Keempat

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 20

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan antara lain:
 - a. Mengatur dan menyiapkan rapat;
 - b. Membuat risalah rapat;
 - c. Menyebarkan risalah rapat kepada peserta rapat; dan
 - d. Menyiapkan bahan laporan kegiatan.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun mengikuti masa jabatan Dewan Pengawas dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Bagian Kelima
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 21

- (1) Rapat Dewan Pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasihat kepada Direksi.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari :
 - a. Rapat Rutin;
 - b. Rapat Khusus; dan
 - c. Rapat Tahunan.

Pasal 22

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf a merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas, Direksi, Komite Medik, Komite Keperawatan dan/atau pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi terhadap berbagai masalah rumah sakit.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas;
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat rutin kepada peserta rapat paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Penyampaian undangan rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu;
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 23

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf b merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan dalam hal:
 - a. adanya permasalahan penting yang harus segera diputuskan;
 - b. adanya permintaan yang harus ditandatangani oleh paling sedikit tiga orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Dalam hal rapat khusus diselenggarakan karena adanya permintaan yang harus ditandatangani oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, rapat khusus harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat khusus kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus diselenggarakan.
- (5) Peserta rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terdiri dari Ketua, Sekretaris, Anggota Dewan Pengawas, Direksi, dan/atau pihak lain terkait baik berasal dari dalam maupun dari luar rumah sakit.
- (6) Undangan rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Pasal 24

- (1) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf c merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
- (2) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan 1 (satu) kali dalam 1(satu) tahun kalender.

- (3) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat tahunan kepada peserta rapat paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat tahunan diselenggarakan.
- (4) Dalam rapat tahunan Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan rumah sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 25

Setiap rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 26

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan tercapai apabila dihadiri oleh $\frac{3}{5}$ (tiga perlima) dari jumlah seluruh anggota Dewan Pengawas.

Pasal 27

- (1) Dalam hal kuorum telah tercapai dan Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) wajib melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Pasal 28

- (1) Sekretaris Dewan Pengawas bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan dan pembuatan risalah rapat Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah setelah tandatangani oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

- (3) Penandatanganan risalah rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan.
- (4) Segala putusan dalam risalah rapat tidak dapat dilaksanakan sebelum Risalah rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah.

Pasal 29

- (1) Pengambilan keputusan rapat dilakukan melalui musyawarah untuk mencapai mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara yang dilaksanakan dengan tata cara sebagai berikut:
 - a. Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
 - b. Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
 - c. Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara yang kedua kalinya;
 - d. Suara yang dihitungkan hanyalah berasal dari Anggota Dewan Pengawas yang hadir pada rapat tersebut.
- (3) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 30

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya.
- (2) Usulan perubahan atau pembatalan keputusan pada rapat rutin atau rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat khusus.

- (3) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat diterima dalam rapat khusus yang diselenggarakan, usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

BAB IV PEJABAT PENGELOLA

Bagian Kesatu Umum

Pasal 31

- (1) Pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit secara keseluruhan menjadi tanggung jawab Direksi.
- (2) Direksi pada RSUD Tarakan berjumlah 4 (empat) orang yang terdiri dari 1 (satu) Direktur dan 3 (tiga) Wakil Direktur.
- (3) Wakil Direktur sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), terdiri dari Wakil Direktur Umum dan Keuangan, Wakil Direktur Pelayanan serta Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan.
- (4) Penilaian Kinerja Direktur dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.

Bagian Kedua Tugas Pokok, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 32

Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab termasuk uraian tugas Pengelola Rumah Sakit diatur dengan peraturan Gubernur sesuai dengan Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Kalimantan Utara.

Pasal 33

- (1) Struktur Organisasi pejabat pengelola rumah sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan peraturan gubernur.

Bagian Ketiga

Pengangkatan dan Pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 34

- (1) Direktur dan Wakil Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur atas usulan Kadis kesehatan.
- (2) Untuk dapat diangkat menjadi Direktur wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. Seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
 - b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
 - c. Mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - d. Tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
 - e. Berstatus Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil;
 - f. Bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di Rumah Sakit; dan
 - g. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Umum dan Keuangan wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut :
Seorang dengan latar belakang pendidikan minimal S2 atau setara S2 yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman dilingkup administrasi rumah sakit, keuangan dan/atau akuntansi;

- a. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
 - b. Mampu memimpin, mengarahkan melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan keuangan Rumah Sakit;
 - c. Mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - d. Tidak pernah menjadi pengelola dan/atau penanggung jawab keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
 - e. Berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - f. Bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di Rumah Sakit; dan
 - g. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (4) Untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. Seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang pengalaman di lingkup pelayanan medik dan pelayanan keperawatan;
 - b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 - c. Mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan medik dan pelayanan keperawatan;
 - d. Mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - e. Berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - f. Bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit; dan
 - g. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

- (5) Untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. Seorang tenaga medis Sarjana S2 manajemen rumah sakit, atau sarjana S2 non medik lainnya yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman di lingkup pendidikan kesehatan, penelitian kesehatan dan pengembangan pengetahuan dan kemampuan pegawai;
 - b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pendidikan kesehatan, penelitian kesehatan dan pengembangan pengetahuan dan kemampuan pegawai;
 - c. Mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi di lingkup pendidikan kesehatan, penelitian kesehatan dan pengembangan pengetahuan dan kemampuan pegawai;
 - d. Mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - e. Berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - f. Bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit; dan
 - g. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 35

Direktur dan Wakil Direktur dapat diberhentikan karena:

- a. Meninggal dunia;
- b. Memasuki usia pensiun bagi Pegawai Negeri Sipil.
- c. Berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- d. Tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
- e. Melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- f. Mengundurkan diri karena alasan yang patut;
- g. Promosi dan/atau mutasi jabatan; dan
- h. Terbukti terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum.

Bagian Kelima

Rapat

Pasal 36

- (1) Rapat Direksi adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan Wakil Direktur untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Dalam rapat tertentu yang bersifat khusus, Direksi dapat mengundang Dewan Pengawas.
- (3) Untuk setiap rapat Direksi dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Bagian Umum selaku Notulis.
- (4) Rapat Direksi terdiri dari :
 - a. Rapat Rutin;
 - b. Rapat Tahunan; dan
 - c. Rapat Khusus.

Pasal 37

- (1) Rapat Rutin diselenggarakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan.
- (2) Dalam rapat rutin sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal yang berhubungan dengan kegiatan rumah sakit sesuai tugas, kewenangan dan kewajibannya.

Pasal 38

- (1) Rapat khusus diselenggarakan dalam hal yang bersifat khusus dan/atau hal yang memerlukan koordinasi dan tindak lanjut segera yang tidak termasuk dalam rapat rutin dan rapat tahunan.
- (2) Direktur mengundang untuk rapat khusus dalam hal ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan.

Pasal 39

- (1) Keputusan Rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan keputusan direktur.

BAB V
KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 40

- (1) Komite adalah organisasi 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 dan perubahan jumlah dan jenis Komite ditetapkan oleh Direktur setelah pengkajian menurut kebutuhan rumah sakit.
- (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 untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.

Pasal 41

- (1) Setiap Komite dijabarkan dalam Bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya pada Buku I Peraturan Internal Korporasi.
- (2) Pengaturan mengenai Komite Medik diatur secara khusus dalam Bab tersendiri pada Buku II Peraturan Internal Staf Medis.
- (3) Komite Keperawatan akan diatur secara khusus dalam Buku Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nurshing Staf By Laws*).

Pasal 42

- (1) Komite di RSUD Tarakan terdiri dari Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Komite Mutu dan Komite Farmasi dan Terapi serta komite lainnya yang dibutuhkan oleh rumah sakit.

- (2) Tiap-tiap Komite mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Ketua dan Anggota Komite dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya apabila terbukti:
 - 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 RSUD Tarakan; atau
 - e. Adanya kebijakan dari Direktur Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur Rumah Sakit kepada yang bersangkutan.

Bagian Kedua

Komite Etik dan Hukum

Pasal 43

- (1) Komite Etik dan Hukum paling sedikit terdiri atas Ketua, Sekretaris, dan 3 (tiga) orang anggota yang mewakili berbagai profesi di dalam rumah sakit.
- (2) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diangkat, diberhentikan dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.

Pasal 44

- (1) Komite Etik dan Hukum bertugas:
 - a. Memberikan pertimbangan dan saran kepada Direksi dalam hal menyusun dan merumuskan kebijakan dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit;

- b. Membantu Direksi dalam penyelesaian masalah yang terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit baik di dalam maupun di luar pengadilan;
 - c. Membantu Direksi melakukan pembinaan dan pemeliharaan dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit dalam penyelenggaraan fungsi rumah sakit yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
 - d. Berkoordinasi dengan unit kerja yang terkait dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit.
- (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 serta etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit baik internal maupun eksternal;
 - b. Menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan tentang aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit bagi petugas dirumah sakit.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (2) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan/atau rekomendasi;
- (4) Bahan pertimbangan berupa laporan dan/atau rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur

Bagian Ketiga

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 45

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi paling sedikit terdiri atas Ketua, Sekretaris, dan 3 (tiga) orang anggota.

- (2) Keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diangkat, diberhentikan dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.

Pasal 46

Tugas dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah:

- a. Melakukan kajian mengenai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit, pengelolaan manajemen risiko (risiko terhadap pasien dan risiko terhadap institusi/ rumah sakit serta upaya penerapan budaya keselamatan pasien);
- b. Memberikan saran/pertimbangan strategis kepada Direktur mengenai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi dirumah sakit berdasarkan risiko terhadap pasien, petugas, pengunjung dan rumah sakit (budaya keselamatan pasien) dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit;
- c. Melaksanakan perencanaan dan pengembangan, monitoring dan evaluasi serta upaya perbaikan secara berkesinambungan terhadap pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi, baik secara periodik maupun insidental sesuai kebutuhan;
- d. Mengkoordinasikan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi dirumah sakit dengan manajemen dan satuan kerja di rumah sakit;
- e. Mengusulkan upaya peningkatan kompetensi dan pemberdayaan SDM di bidang pencegahan dan pengendalian infeksi;
- f. Merekomendasikan sarana, prasarana dan fasilitas terkait pencegahan dan pengendalian infeksi sesuai perkembangan iptek terkini;
- g. Mengkoordinasikan dalam rangka Integrasi program pencegahan dan pengendalian infeksi dengan perbaikan mutu dan keselamatan dalam rangka menurunkan risiko infeksi pada pasien, staf, dan lain-lain.

Pasal 47

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berfungsi melaksanakan kegiatan lintas sektoral dan lintas fungsi dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi di lingkungan rumah sakit.
- (2) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.

Bagian Keempat

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 48

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien paling sedikit terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Sub Komite.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari Sub Komite Mutu dan Sub Komite Keselamatan Pasien.
- (3) Keanggotaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diangkat dan diberhentikan oleh Direktur dengan masa 3 (tiga) tahun.

Pasal 49

Tugas Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah sebagai berikut:

- a. Memberikan saran/ pertimbangan strategis mengenai upaya peningkatan mutu Rumah Sakit dan keselamatan pasien, pengelolaan manajemen risiko (risiko terhadap pasien dan risiko terhadap institusi/ Rumah Sakit serta upaya penerapan budaya keselamatan pasien) dan upaya meningkatkan kinerja satuan kerja di Rumah Sakit.
- b. Melaksanakan perencanaan dan pengembangan, monitoring dan evaluasi serta upaya perbaikan secara berkesinambungan terhadap pelaksanaan kegiatan upaya peningkatan mutu Rumah Sakit, pengelolaan manajemen risiko dan penilaian kinerja satuan kerja, baik secara periodik maupun insidental sesuai kebutuhan.

- c. Mengusulkan upaya peningkatan kompetensi dan pemberdayaan sumber daya manusia di bidang mutu dan manajemen risiko (pasien/ Rumah Sakit dan keselamatan pasien) serta penilaian kinerja satuan kerja.
- d. Mengkoordinasikan upaya peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien dalam pencapaian akreditasi Rumah Sakit.
- e. Merekomendasikan sarana, prasarana dan fasilitas terkait mutu, manajemen risiko dan penilaian kinerja satuan kerja sesuai perkembangan iptek terkini.

Pasal 50

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien berfungsi melakukan kajian khusus mengenai upaya peningkatan mutu rumah sakit, pengelolaan manajemen risiko (risiko terhadap pasien dan risiko terhadap institusi/ rumah sakit serta upaya penerapan budaya keselamatan pasien) dan penilaian kinerja satuan kerja.
- (2) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.

Bagian Kelima

Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 51

- (1) Komite Farmasi dan Terapi paling sedikit terdiri atas Ketua, Sekretaris, dan 3 (tiga) orang anggota.
- (2) Keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diangkat dan diberhentikan oleh Direktur dengan masa jabatan 3 (tiga) tahun.

Pasal 52

Tugas dari Komite Farmasi dan Terapi adalah:

- a. Mengembangkan kebijakan tentang penggunaan Obat di Rumah Sakit;

- b. Melakukan seleksi dan evaluasi Obat yang akan masuk dalam formularium Rumah Sakit;
- c. Mengembangkan standar terapi;
- d. Mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan Obat;
- e. Melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan Obat yang rasional;
- f. Mengkoordinir penatalaksanaan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki;
- g. Mengkoordinir penatalaksanaan medication error;
- h. Menyebarkan informasi terkait kebijakan penggunaan Obat di Rumah Sakit.

Pasal 53

- (1) Komite Farmasi dan Terapi berfungsi melaksanakan pengawasan mutu penggunaan obat dan alat kesehatan habis pakai dan menetapkan indikator pencapaian kinerja dan pelaksanaan evaluasi serta tindak lanjut terkait dengan penggunaan obat rasional.
- (2) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi Komite Farmasi dan Terapi disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.

Bagian Keenam

Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 54

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Susunan Organisasi Satuan Pemeriksaan Internal terdiri dari Kepala dan beberapa bidang pemeriksaan sesuai kebutuhan.
- (3) Bidang Pemeriksaan sebagaimana tersebut dalam ayat (2) diatas sekurang kurangnya meliputi kegiatan pengelolaan keuangan, pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan pengelolaan administrasi umum lainnya.
- (4) Kepala Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.

- (5) Masa jabatan Kepala Satuan Pemeriksaan Internal adalah 3 (Tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (6) Kepala Satuan Pemeriksaan Internal 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
 - f. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit .
- (7) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 55

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Satuan Pemeriksaan Internal menyelenggarakan fungsi:
 - a. Memantau dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit;
 - b. Melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
 - c. Memantau pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh direktur Rumah Sakit;
 - d. Memantau pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan

- e. Pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (2) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur

Pasal 56

- (1) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal tidak dapat merangkap dalam jabatan lain di rumah sakit.
- (2) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal merupakan jabatan fungsional auditor yang dijabat oleh Aparatur Sipil Negara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BUKU II

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

(MEDICAL STAFF BYLAWS)

BAB VI

PENGORGANISASIAN STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 57

- (1) Staf Medik dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran di lingkungan rumah sakit bertanggung jawab profesi secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional.
- (2) Untuk menjadi Staf Medik harus memenuhi persyaratan:
- a. Mempunyai Ijasah dari Fakultas Kedokteran/ Kedokteran Gigi yang diakui pemerintah;
 - b. Mempunyai surat tanda registrasi (STR);
 - c. Mempunyai surat penugasan bagi Pegawai Negeri Sipil;
 - d. Memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di RSUD Tarakan;
 - e. Memiliki Surat Penugasan Klinis dari direktur rumah sakit;

- f. Mengikuti program pengenalan tugas/program orientasi bagi staf medik fungsional baru;
- g. Mengikuti ketentuan kepegawaian di rumah sakit.

Bagian Kedua

Penerimaan, dan Pemberhentian Anggota Staf Medik

Pasal 58

- (1) Penerimaan calon Staf Medik dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional Penerimaan Staf Medik yang disusun oleh Wakil Direktur Pelayanan bersama-sama dengan Komite Medik;
- (2) Penerimaan dan penempatan Staf Medik ditetapkan oleh Direktur dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medik.

Pasal 59

Staf Medik dinyatakan berhenti baik secara tetap atau sementara apabila:

- a. Meninggal dunia;
- b. Pensiun;
- c. Mengundurkan diri;
- d. Pindah tugas dari lingkungan RSUD Tarakan; dan
- e. Tidak mematuhi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang berlaku di RSUD Tarakan.

Bagian Ketiga

Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 60

- (1) Tugas Staf Medik pada RSUD Tarakan adalah:
 - a. Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan;
 - b. Memberikan pelayanan medik yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di RSUD Tarakan;

- c. Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
 - d. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medik dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan;
 - e. Menyusun, mengumpulkan, menganalisis, dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas, Staf Medik pada RSUD Tarakan menjalankan fungsi sebagai pelaksana pelayanan medik, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
- (3) Wewenang masing-masing Staf Medik pada RSUD Tarakan disusun oleh Ketua Kelompok Staf Medik dan kemudian disetujui dan dibuatkan rekomendasi oleh Komite Medik kepada Direktur untuk ditetapkan dalam Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*).
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, staf medik pada RSUD Tarakan bertanggung jawab untuk:
- a. Mematuhi seluruh ketentuan kepegawaian;
 - b. Komitmen untuk mewujudkan visi dan misi rumah sakit;
 - c. Menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya dalam waktu 1 x 24 jam;
 - d. Menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat jalan yang menjadi tanggung jawabnya saat pelayanan;
 - e. Memberikan pertolongan Kesatu pada pasien gawat darurat sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya;
 - f. Berpartisipasi dalam pertemuan-pertemuan baik pertemuan untuk membahas masalah medis, perencanaan atau pertemuan lain untuk meningkatkan kinerja pelayanan RSUD Tarakan.

Bagian Keempat
Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

Pasal 61

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Wakil Direktur Pelayanan dan/atau Komite Medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf medis meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi.
- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Medik.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan dilakukan oleh Wakil Direktur Pelayanan Medik.

Pasal 62

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

Bagian Kelima
Kelompok Staf Medik

Pasal 63

- (1) Staf Medis yang berwenang memberikan pelayanan medis dikelompokkan ke dalam masing-masing Kelompok Staf Medis (Kelompok SM) sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (2) Secara administratif manajerial, Kelompok Staf Medik berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan.
- (3) Kelompok Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beranggotakan paling sedikit 2 (dua) orang Staf Medis.
- (4) Dalam hal tidak terdapat Staf Medik dengan profesi dan keahlian yang sama maka dapat dilakukan penggabungan Staf Medik dengan profesi dan keahlian yang berbeda dalam satu Kelompok Staf Medik.

- (5) Kelompok Staf Medik terdiri dari:
- a. KSM Penyakit Dalam (Jantung dan Paru)
 - b. KSM Anak;
 - c. KSM Obstetri dan Ginekologi;
 - d. KSM Bedah (Ortopedi) ;
 - e. KSM Saraf (Jiwa);
 - f. KSM Radiologi;
 - g. KSM Patologi Klinik (Forensik);
 - h. KSM Mata (THT);
 - i. KSM Anasthesi;
 - j. KSM Dokter Umum;
 - k. KSM Dokter Gigi.
- (6) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan Kelompok Staf Medik dapat dilakukan sesuai peraturan yang berlaku dan lebih lanjut diatur dalam Keputusan Direktur.

Pasal 64

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh Ketua KSM.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua KSM dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 kali masa jabatan dengan mempertimbangkan masukan dari anggota Staf Medis.
- (3) Ketua KSM bertanggung jawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan.
- (4) Tugas Ketua KSM adalah mengkoordinasikan semua kegiatan anggota kelompok staf medik, menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja anggota kelompok staf medik.

Pasal 65

- (1) Pemilihan Calon Ketua KSM dilakukan sesuai prosedur yang telah ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Ketua KSM diangkat oleh Direktur dari calon yang diajukan.
- (3) Dalam menentukan pilihan Ketua KSM, Direktur dapat meminta pendapat dari Komite Medik.

- (4) Anggota KSM yang mendapat tugas dalam jabatan struktural atau non struktural dalam Rumah Sakit tetap menjadi anggota KSM dengan mengutamakan tugas dalam jabatan tersebut.

Pasal 66

- (1) Kelompok Staf Medik wajib menyusun Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis yang terdiri dari :
- a) Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis bidang keilmuan yang terdiri dari Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional.
 - b) Standar Prosedur Operasional bidang administrasi/manajerial yang meliputi pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, pengaturan tugas jaga, rawat intensif, pengaturan tugas di kamar operasi, kamar bersalin, dan lain sebagainya, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinis, presentasi kasus (kasus kematian, kasus langka, kasus sulit, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi dan lain-lain di bawah koordinasi Wakil Direktur Pelayanan.
 - c) Memberikan masukan dan pertimbangan dalam pengembangan program pelayanan
- (2) Kelompok Staf Medik wajib menyusun indikator kinerja mutu klinis/mutu pelayanan medis yang meliputi indikator output dan atau *outcome*.

Pasal 67

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Kelompok Staf Medik RSUD Tarakan berwenang untuk:

- a. memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota Staf Medik baru dan penempatan ulang anggota Staf Medik kepada Direktur setelah anggota Staf Medik tersebut melalui proses kredensial/rekredensial oleh Komite Medik;
- b. melakukan evaluasi kinerja anggota Staf Medik di dalam kelompoknya;

- c. melakukan evaluasi dan mengusulkan revisi terhadap Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional (SPO).

Bagian Keenam

Mitra Bestari

Pasal 68

- (1) Mitra Bestari (*peer group*) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Mitra Bestari tidak terbatas dari staf medis yang ada di Rumah Sakit, tetapi dapat juga berasal dari Rumah Sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, dan/ atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.
- (3) Mitra Bestari yang berasal dari luar rumah sakit dapat ditunjuk sebagai Panitia *Adhoc* untuk membantu Komite Medik melakukan kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di Rumah Sakit.
- (4) Penetapan Mitra Bestari sebagai Panitia *Adhoc* sebagaimana ayat (3) ditetapkan dengan keputusan Direktur atas usulan Ketua Komite Medik

Bagian Ketujuh

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Pasal 69

- (1) DPJP merupakan staf medis yang diberikan tugas sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit.
- (2) DPJP terdiri dari DPJP pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.

- (3) DPJP pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat saat itu.
- (4) DPJP pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (5) DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (6) DPJP pada pelayanan rawat inap sudah harus ditentukan sebelum pasien masuk rawat inap.

Pasal 70

- (1) DPJP wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) DPJP bertugas:
 - a. Melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa penyakit dan pemberian terapi dan melakukan evaluasi keberhasilan terapi;
 - b. Memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada tim pelayanan;
 - c. Melakukan presentasi kasus medis dihadapan komite medis apabila diperlukan;
 - d. Membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran dalam pendidikan klinis di Rumah Sakit; dan/atau
 - e. Menjalankan tugas sebagai koordinator Medis.
- (3) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensi DPJP, maka DPJP Kesatu dapat mengalihkan DPJP kepada Staf Medik lain yang berkompeten melalui mekanisme konsultasi.
- (4) Dalam hal kondisi pasien memerlukan rawat bersama beberapa disiplin ilmu kedokteran, DPJP tetap menjadi penanggung jawab pasien.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan DPJP ditetapkan oleh Direktur.

BAB VIII
KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)

Pasal 71

- (1) Kewenangan Klinis merupakan kewenangan untuk melaksanakan pelayanan medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Pelayanan medis hanya dilaksanakan oleh staf medis yang telah diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
- (3) Tanpa Kewenangan Klinis maka seorang dokter/ dokter gigi tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis.
- (4) Dalam hal terdapat kewenangan klinis yang dapat dilakukan oleh lebih dari satu Kelompok Staf Medik, maka keputusan penentuan kewenangan ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Komite Medik.
- (5) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas Rekomendasi Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial.
- (6) Rekomendasi Kewenangan Klinis akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut oleh Direktur.

Pasal 72

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka Staf Medik harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Kelompok Staf Medik terkait;
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon dan ditembuskan kepada Komite Medik dan Kelompok Staf Medik terkait.

Pasal 73

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis (*clinical govermence*) yang baik, Komite Medik dapat memberi rekomendasi kepada Direktur untuk melakukan Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis Staf Medik.
- (2) Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dilakukan apabila Staf Medik dalam pelaksanaan tugasnya di rumah sakit dianggap tidak sesuai dengan Standar Prosedur Operasional/Standar Pelayanan Medik yang berlaku dan/atau tidak sesuai bila dipandang dari sudut kinerja klinis, sudut etik profesi dan sudut hukum.
- (3) Untuk menjaga mutu pelayanan rumah sakit, Direktur dapat melakukan Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis seorang Staf Medik tanpa adanya rekomendasi Komite Medik.

Pasal 74

- (1) Kewenangan Klinis yang telah dicabut dapat diberikan kembali bila Staf Medik dianggap telah pulih kompetensinya.
- (2) Dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medik akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
- (3) Komite medik dapat merekomendasikan kepada Direktur untuk memberikan kembali kewenangan klinis tertentu kepada Staf Medik setelah melalui proses pembinaan.

Pasal 75

Kewenangan klinis akan berakhir bila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur.

Pasal 76

Dalam keadaan bencana alam, kegawat daruratan akibat bencana massal, kerusuhan yang menimbulkan banyak korban 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 IX

PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

Pasal 77

- (1) Setelah melalui proses kredensial Direktur akan menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis.
- (2) 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 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.
 - 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* dan 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.
 - f. Memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di Rumah Sakit.
- (3) Staf Medis yang mendapat Penugasan Klinis di Rumah Sakit dapat berstatus sebagai dokter purna waktu atau dokter paruh waktu.
- (4) Dokter tamu / Dokter Konsultan dapat memberikan pelayanan dalam rangka alih ketrampilan dan keilmuan (*transfer of knowledge/skill*) tanpa dilakukan kredensial.
- (5) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (6) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam ayat (5) dapat berakhir sebelum jangka waktu 3 (tiga) tahun dalam hal:
- a. Ijin 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.

- (7) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketentuan dan/atau kontrak kerja yang berlaku (bagi tenaga kontrak).

BAB X
KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 78

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Pembentukan Komite Medik bertujuan untuk menyelenggarakan tatakelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medik dan keselamatan pasien dapat lebih terjamin dan terlindungi.
- (3) Komite Medik melaksanakan pengawasan dan review terhadap pelayanan pasien, mutu pelayanan medik, rekomendasi penetapan Staf Medik, Audit Medik, Pengawasan Etika dan Disiplin Profesi Medik.
- (4) Pengawasan dan review sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan oleh Sub-Sub Komite.

Pasal 79

- (1) Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Subkomite.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, terdiri atas:
 - a. Sub Komite Kredensial;
 - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (3) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.

- (4) Masa jabatan Komite Medik selama 3 (tiga) tahun.
- (5) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur RSUD Tarakan dengan mempertimbangkan usulan anggota Komite Medik.
- (6) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di RSUD Tarakan.

Bagian Kedua

Tugas, Fungsi dan Kewenangan Komite Medik

Pasal 80

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis pada; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) 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.

Bagian Ketiga

Panitia *Adhoc*

Pasal 81

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Bagian Keempat

Rapat Komite Medik

Pasal 82

- (1) Rapat komite medik dan sub komite medik dilaksanakan untuk mengambil Keputusan Komite Medik.
- (2) Mekanisme pengambilan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*).
- (3) Rapat dan tata cara pelaksanaan rapat diatur lebih lanjut dalam Pedoman Rapat Pengambilan Keputusan Komite Medik.

BAB XI
PENGORGANISASIAN SUB KOMITE

Bagian Kesatu
Sub Komite Kredensial

Pasal 83

- (1) Sub Komite Kredensial terdiri atas 3 orang Staf Medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda;
- (2) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

Pasal 84

Tugas dan Wewenang Sub Komite Kredensial antara lain:

- a. Menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis.
- b. Melakukan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. Kompetensi;
 2. Kesehatan fisik dan mental;
 3. Perilaku;
 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;
- f. Melakukan proses re-Kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

Pasal 85

Proses Kredensial yang dilakukan 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;

1. Kompetensi mental/perilaku;
2. Perilaku etis (ethical standing).

Pasal 86

- (1) Proses Kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (2) Proses Kredensial dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan bentukan dari Sub Komite Kredensial dengan persetujuan Direktur.
- (3) Setelah dilakukannya proses Kredensial, Komite Medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang Staf Medis.
- (4) Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

Pasal 87

- (1) Sub Komite 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 kelalain terkait tugas dan kewenangannya;

- c. Staf Medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Dalam proses Rekredensial Sub Komite 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;
 - f. Kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (3) Sub Komite Kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

Bagian Kedua

Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 88

- (1) Sub Komite Mutu Profesi terdiri atas 3 orang Staf Medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda;
- (2) Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

Pasal 89

Tugas dan wewenang Sub Komite Mutu Profesi antara lain:

- a. Menjaga Mutu Profesi medis dengan memastikan kualitas Pelayanan Medik 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*), yang dilakukan dengan mengusulkan penetapan DPJP.

- 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;
- e. Memfasilitasi proses pendampingan (proctoring) bagi tenaga medis yang membutuhkan;
- f. Memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu Pelayanan Medik.

Pasal 90

- (1) Sub Komite Mutu Profesi dalam menjaga Mutu Profesi medis dilakukan dengan pemantauan dan pengendalian Mutu Profesi melalui:
 - a. Memantau kualitas, melalui morning report, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, journal reading.
 - b. Tindak lanjut terhadap temuan kualitas, melalui pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.
- (2) Audit medis yang dilakukan oleh Subkomite Mutu Profesi adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan peer-review, surveillance dan assessment terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
- (3) Hasil dari Audit medis dapat digunakan sebagai :
 - a. Sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;

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

Pasal 91

- (1) Subkomite Mutu Profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan-pengaturan waktu yang disesuaikan.
- (2) Selain pertemuan ilmiah sebagaimana disebutkan pada ayat (1), 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) Bagian Pendidikan dan Penelitian dan Instalasi Pendidikan dan Pelatihan memfasilitasi kegiatan-kegiatan ilmiah yang dibuat oleh subkomite mutu profesi serta 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 Ketiga
Sub Komite Etika Dan Disiplin Profesi

Pasal 92

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi terdiri atas 3 orang Staf Medis yang memiliki surat penugasan klinis (clinical appointment) dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda;
- (2) Pengorganisasian Subkomite etika dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik

Pasal 93

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi mempunyai tugas antara lain:

- a. Melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. Melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit;
- c. Memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada Pelayanan Medik pasien.

Pasal 94

Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional Staf Medis, antara lain:

- a. Pedoman pelayanan kedokteran;
- b. Prosedur kerja pelayanan;
- c. Daftar kewenangan klinis;
- d. Standar kompetensi kedokteran;
- 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;
- i. Standar prosedur operasional pelayanan medik.

Pasal 95

- (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 Sub Komite etik 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 kepala/direktur rumah sakit terlapor.
- (3) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
- (4) Pengikutsertaan Mitra Bestari yang berasal dari luar rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi Komite Medik.

Pasal 96

- (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 mengikut sertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etik.

BAB XII

PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS (CLINICAL GOVERNANCE)

Pasal 97

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

1. Melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis masing-masing dalam Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) Rumah Sakit dan Kelompok Staf Medis.
2. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang disesuaikan dengan kebutuhan medis pasien.
3. Melakukan konsultasi kepada dokter umum, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Merujuk pasien apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana pada Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

BAB XIII

PERUBAHAN PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Pasal 98

- (1) Perubahan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) RSUD Tarakan dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan atas permohonan secara tertulis dari salah satu pihak yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, yaitu Pemilik, Direksi Rumah Sakit, dan Komite Medik.

BAB XIV

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 99

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Gubernur ini, sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya diatur lebih lanjut dalam Keputusan Direktur.

Pasal 100

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Kalimantan Utara.

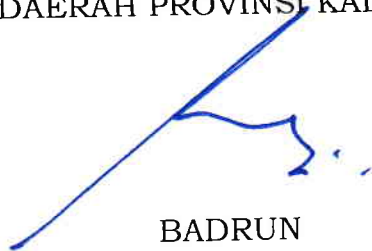
Ditetapkan di Tanjung Selor
pada tanggal 16 Januari 2017
GUBERNUR KALIMANTAN UTARA,

ttd

IRIANTO LAMBRIE

Diundangkan di Tanjung Selor
pada tanggal 16 Januari 2017

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI KALIMANTAN UTARA,



BADRUN

BERITA DAERAH PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2017 NOMOR 19

Pasal 100

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.





Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Kalimantan Utara.

Ditetapkan di Tanjung Selor
pada tanggal 16 Januari 2017

GUBERNUR KALIMANTAN UTARA,



IRIANTO LAMBRIE

No.	N A M A	J A B A T A N	P A R A F
1	Drs. H. Badriin, M.Si	Sekretaris Daerah	
2	Drs. Sarusi, M.Si	Asisten Pemerintahan dan Kesra	
3	Djoko Esuoro, S.H., M.Si	Pf. Kepala Biro Hukum	
4	Muhammad Hasbi Hasym	Direktur RSUD Tarakan	

Pasal 100

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Kalimantan Utara.

Ditetapkan di Tanjung Selor
pada tanggal 16 Januari 2017

GUBERNUR KALIMANTAN UTARA,



IRIANTO LAMBRIE

Pasal 100

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Kalimantan Utara.

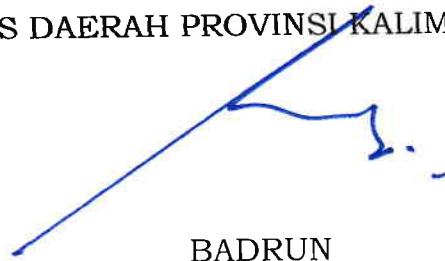
Ditetapkan di Tanjung Selor
pada tanggal 16 Januari 2017
GUBERNUR KALIMANTAN UTARA,

ttd

IRIANTO LAMBRIE



Diundangkan di Tanjung Selor
pada tanggal 16 Januari 2017

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI KALIMANTAN UTARA,



BADRUN

BERITA DAERAH PROVINSI KALIMANTAN UTARA TAHUN 2017 NOMOR 19

No.	N A M A	J A B A T A N	P A R A F
1	Drs. Sanusi, M. Si	Asisten Pemerintahan dan Kesra	
2	Djoko Isworo, SH, MH	Pf. Kepala Biro Hukum	
3	Muhammad Hasbi Hasyim	Direktur ESUD Tarakan	