



BUPATI BOALEMO

**PERATURAN BUPATI BOALEMO
NOMOR 52 TAHUN 2018
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TANI DAN NELAYAN KABUPATEN
BOALEMO**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BOALEMO,

Menimbang :

- a. bahwa dalam rangka pelaksanaan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit perlu menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah sakit Umum Daerah Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo
- b. bahwa Peraturan Bupati Boalemo Nomor 34 Tahun 2012 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo belum mencakup status Rumah Sakit Umum Daerah Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan perlu menyesuaikan dengan peraturan perundangan dibidang perumahsakitan.
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a dan b perlu menetapkan Peraturan Bupati Boalemo tentang Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 50 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Boalemo (Lembaran Negara

PARAF KOORDINASI	
DINAS	\$
BADAN	
KANTOR	
DIAN	

PARAF HIRARKHIS	
WABUP	
SEKDA	
ASS	DL
KABAG HUKUM	

Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 178, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3899), sebagaimana telah diubah dengan Undang – Undang Nomor 10 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 50 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Boalemo (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 77, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3965);

2. Undang - Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 95, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4419);
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 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomer 244, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

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);
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. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
10. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2010 tentang Pedoman Organisasi Rumah sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971/Menkes/Per/XI/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 nomor 1053);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);



17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014);
18. Peraturan Daerah Kabupaten Boalemo Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Boalemo Tahun 2016, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Boalemo Nomor 302);
19. Peraturan Bupati Boalemo Nomor 15 Tahun 2009 tentang Tugas Pokok dan Fungsi BP-RSUD Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo;
20. Keputusan Bupati Boalemo Nomor 186a Tahun 2011 tentang Penetapan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD) pada RSUD Tani dan Nelayan;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN BUPATI BOALEMO TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TANI DAN NELAYAN KABUPATEN BOALEMO



BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Boalemo
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang menjadi kewenangan daerah otonom
3. Bupati adalah Bupati Kabupaten Boalemo
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo.
5. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (*corporate bylaws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff bylaws*) yang disusun dalam rangka penyelenggaraan tata kelola rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical government*).
6. Peraturan Organisasi RSUD (*corporate bylaws*) adalah peraturan internal RSUD yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan Staf Medik beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan haknya
7. Peraturan Internal staf medis (*Medical staff bylaws*) adalah peraturan yang mengatur fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak staf medis di RSUD.
8. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff bylaws*) adalah peraturan mengenai tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di RSUD.
9. Badan Layanan Umum daerah, yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Perangkat daerah atau Unit kerja pada Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Daerah 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.



10. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah Pola Pengelolaan Keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
11. Direktur adalah pemimpin RSUD yang diangkat oleh Bupati dan bertindak sebagai Pejabat Pengelola RSUD
12. Dewan pengawas RSUD yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas, adalah unit nonstruktural yang bersifat independen pada rumah sakit yang melakukan pembinaan, diangkat dan bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit.
13. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
14. Staf medis adalah dokter , dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis sertaa dokter spesialis konsultan yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan RSUD
15. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitas medis dan pelayanan lainnya.
16. Unit kerja adalah tempat staf menyelenggarakan staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lainnya.
17. Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical government) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
18. Komite keperawatan adalah wadah nonstruktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.

19. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis atau staf keperawatan yang diberikan direktur untuk melakukan sederetan pelayanan medis/keperawatan tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*)
20. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktu kepada staf medis/keperawatan untuk melakukan sekelompok pelayanan medis/keperawatan untuk melakukan sekelompok pelayanan medis/keperawatan di rumah sakit berdasarkan dasar kewenangan klinis (*whitepaper*) yang ditetapkan baginya.
21. Kredensialing adalah proses revaluasi terhadap staf medis/keperawatan untuk menentukan diberikannya kewenangan klinis (*clinical privilege*)
22. Rekredensialing adalah proses reevaluasi terhadap staf medis/keperawatan yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
23. Audit medis/keperawatan adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis/keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
24. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan
25. Rencana strategi Bisnis yang selanjutnya disingkat Renstra Bisnis adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi misi program strategis pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional BLUD
26. Rencana Bisnis Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan target kinerja dan anggaran.
27. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA, adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang dihasilkan dan / atau digunakam sebagai dasar pelaksanaan anggaran.



28. Kelompok Staf Medis (KSM) adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan sesuai dengan keahliannya.
29. Staf Medis Fungsional (SMF) adalah Dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan di RSUD Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo berdasarkan surat penugasan klinis sesuai dengan aturan yang berlaku.
30. Tenaga keperawatan adalah tenaga seorang tenaga seseorang setelah menyelesaikan jenjang pendidikan keperawatan dan kebidanan yang bertugas melaksanakan asuhan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan keahliannya.
31. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah
32. Komite Etik adalah suatu perangkat organisasi nonstruktural yang dibentuk dalam rumah sakit untuk membantu pimpinan RSUD dalam melaksanakan kode rumah sakit di Indonesia.
33. Satuan Pengawas Internal, yang selanjutnya di singkat SPI adalah perangkat RSUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
34. Standar Pelayanan Minimum yang selanjutnya disingkat SPM adalah spesifikasi teknik tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD kepada masyarakat.
35. Instalasi adalah unit kerja yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan/penunjang pelayanan kesehatan, pendidikan, penelitian dan pendukung pelayanan lainnya yang dilaksanakan di RSUD.
36. Tarif adalah imbalan atas barang dan/jasa yang diberikan oleh BLUD termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana, dapat bertujuan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit pelayanan.
37. Sumber daya lain adalah sarana, prasarana, gedung dan jalan yang dimanfaatkan untuk mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RSUD.

4

38. Remunerasi adalah cara pembagian imbalan kerja yang dapat berupa upah, jasa pelayanan, jasa pengelolaan teknis BLUD honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dana atau pensiun yang diberikan kepada pegawai rumah sakit.
39. Dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan Republik Indonesia yang bekerja di RSUD Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo
40. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter umum dan atau dokter spesialis serta dokter gigi dan atau dokter gigi spesialis yang mendapatkan surat penugasan klinis dari Direktur untuk melakukan pelayanan baik PNS maupun non PNS yang sepenuhnya bekerja di RSUD Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo
41. Dokter tidak tetap atau paruh waktu adalah dokter spesialis serta dokter gigi dan atau dokter gigi spesialis yang terikat dalam kontrak kerja dan mendapatkan Surat penugasan klinis dari Direktur untuk melakukan pelayanan di RSUD Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo pada waktu tertentu.
42. Dokter Tamu atau Dokter Konsulen / spesialis konsulen adalah dokter dengan keahlian tertentu, dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dari luar yang diakui keahliannya untuk memberikan pelayanan dan konsultasi sesuai keilmuannya serta memiliki tanggungjawab untuk mendidik dan melatih SDM.
43. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) adalah dokter umum, dokter gigi atau dokter spesialis yang sedang mengikuti pendidikan Dokter Spesialis atau sub spesialis di RSUD Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo
44. Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP) adalah staf medis rumah sakit yang bertanggung jawab atas pelayanan medis pasien yang pengaturannya sesuai dengan penugasan klinis (*clinical appointment*) di RSUD Tani dan Nelayan Kab. Boalemo Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah kewenangan yang diberikan kepada Dokter dan Dokter Spesialis serta Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis oleh



Direktur atas rekomendasi dari Komite Medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

45. Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang staf medis fungsional untuk melakukan pelayanan medis di RSUD Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo berdasarkan daftar kewenangan klinis (*Clinical privilege*) yang ditetapkan baginya untuk waktu tertentu.
46. Pendidikan Sistem Magang untuk peserta pendidikan dokter spesialis (PPDS) dan peserta pendidikan dokter gigi spesialis (PPDGS) adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di RSUD Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis, di mana peserta didik memberikan pelayanan sesuai capaian kompetensi yang dimiliki, yang dalam pelaksanaan pelayanan didampingi, diawasi dan menjadi tanggung jawab sepenuhnya DPJP.
47. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat
48. Prosedur Operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana Standar Prosedur Operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.



BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN
Pasal 2

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) mempunyai maksud antara lain :
 - a. Mengatur organisasi pemilik atau yang mewakili
 - b. Mengatur peran tugas dan kewenangan pemilik atau yang mewakili
 - c. Mengatur peran tugas dan kewenangan Direktur Rumah Sakit
 - d. Mengatur Organisasi dan Staf medis
 - e. Mengatur Peran, tugas dan kewenangan staf medis
- (2) Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) mempunyai tujuan antara lain :
 - a. Melindungi semua pihak yang terkait secara baik dan benar berdasarkan peraturan perundangan yang berlaku di Indonesia.
 - b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, Lingkungan rumah, dan sumber daya manusia di Rumah Sakit.
 - c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit.

BAB III
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
BAGIAN KESATU
Identitas
Pasal 3

- (1) **Nama** rumah sakit ini adalah **RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TANI DAN NELAYAN KABUPATEN BOALEMO** , disingkat **RSTN Kabupaten Boalemo**,
- (2) **Pemilik** RSUD Pemerintah Derah Kabupaten Boalemo,
- (3) **Alamat** di Jl. Prof.Dr. H.Aloei Saboe Desa Lamu Kecamatan Tilamuta Kabupaten Boalemo



BAGIAN KEDUA

Visi, Misi, dan Nilai Dasar

Pasal 4

- (1) **Visi RSTN Kabupaten Boalemo** adalah; "Menjadi Rumah Sakit Rujukan Regional Type B yang Profesional dan Berkualitas Dalam Suasana Damai Tahun 2018"
- (2) **Misi RSTN Kabupaten Boalemo** adalah ;
 - a. Mewujudkan Kualitas Pelayanan Kesehatan yang Prima secara berkesinambungan.
 - b. Mewujudkan Akses Pelayanan Kesehatan yang Merata dan Berkeadilan Kepada Seluruh Masyarakat yang Terintegrasi dengan Lintas Sektor
 - c. Mewujudkan Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit dengan Prinsip Praktek Bisnis yang Sehat
- (3) **Fiolosofi : Damai** yang mengandung arti :
 - D = Disiplin, dalam arti kesadaran dan kesediaan menaati semua peraturan dan norma-norma yang berlaku.
 - A = Amanah, dalam arti melaksanakan pekerjaan dan tanggungjawab secara jujur,terpercaya dan sesuai ketentuan dan norma-norma yang berlaku.
 - M = Manusiawi dalam arti bahwa dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawab mengutamakan penghormatan terhadap martabat dan hak asasi manusia, memperlakukan pelanggan secara baik sebagaimana dirinya ingin diperlakukan, dapat juga berarti MANDIRI, dalam hal pengelolaan manajemen rumah sakit yang baik serta mampu menerapkan praktek bisnis yang sehat.
 - A = Adil, dalam arti dalam memberikan pelayanan tidak membeda bedakan suku, ras,agama dan kepercayaan serta Gender dengan tetap berprinsip pada urgensi dan emergensi.
 - I = INOVATIF, Dalam arti mencurahkan segala kemampuan diri untuk menciptakan sesuatu yang baru dan

bermanfaat bagi masyarakat dalam hal pelayanan kesehatan.

BAGIAN KETIGA

Kedudukan, Tugas, Tujuan dan Sasaran

Pasal 5

- (1) Tugas Rumah Sakit adalah :
 - a. Melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilakukan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit
 - b. Melaksanakan Upaya Rujukan, mengutamakan mutu pelayanan sesuai standar rumah sakit dan ketentuan yang berlaku.
- (2) Tujuan Rumah Sakit adalah :
 - a. Terlaksananya Pelayanan Kesehatan yang berkualitas mengutamakan patient safety dan berkeadilan dalam suasana DAMAI (Disiplin, Amanah, Manusiawi dan Mandiri, Aman dan Inovatif).
 - b. Terlaksananya kinerja pelayanan terhadap kepuasan masyarakat melalui ketersediaan sumber daya manusia yang profesional, spesialis, berkomitmen dan produktif.
 - c. Tersedianya akses, kemandirian dan sediaan farmasi, sarana prasarana dan peralatan kesehatan RS yang sesuai standar .
 - d. Meningkatnya pelayanan kesehatan sesuai standar profesi dan standar pelayanan RS type B
- (3) Sasaran rumah sakit adalah :
 - a. Terwujudnya kualitas pelayanan yang berstandar nasional
 - b. Meningkatnya IKM melalui kompetensi dan kinerja SDM
 - c. Meningkatnya Akses sediaan Farmasi, sarana prasarana dan alat kesehatan
 - d. Meningkatnya pelayanan kesehatan sesuai standar profesi dan standar pelayanan RS type B

4

BAGIAN KEEMPAT

Kedudukan dan Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

Pasal 6

- (1) Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Boalemo
- (2) Pemerintah Daerah Kabupaten Boalemo berdasarkan kewenangan yang dimilikinya bertanggungjawab terhadap kelangsungan hidup serta kemajuan dan perkembangan Rumah Sakit

Pasal 7

Pemerintah daerah bertanggungjawab :

- (1) Menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategi Rumah Sakit ;
- (2) Menunjuk dan menetapkan direktur rumah sakit dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja direktur dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku ;
- (3) Menunjuk dan menetapkan representasi pemilik secara berkala minimal setahun sekali ;
- (4) Menetapkan struktur organisasi Rumah Sakit ;
- (5) Menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumber daya rumah sakit ;
- (6) Memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan ;
- (7) Menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di Rumah Sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa ;

Pasal 8

Pemerintah Kabupaten Boalemo berwenang :

- (1) Memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit ;
- (2) Menetapkan visi dan misi rumah sakit dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit serta mereview secara berkala misi rumah sakit ;

63

- (3) Menilai dan menyetujui rencana anggaran ;
- (4) Menilai dan menyetujui rencana strategi rumah sakit ;
- (5) Menetapkan Standar Pelayanan Minimum (SPM) Rumah Sakit ;
- (6) Menetapkan penerapan, peningkatan , penurunan dan pencabutan status PPK BLUD-RSUD:
- (7) Mengangkat dan memberhentikan dewan pengawas, direktur dan pejabat struktural Rumah Sakit
- (8) Mengawasi dan mengevaluasi kinerja Rumah Sakit

BAB IV

DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu

Pembentukan, fungsi , tugas dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 9

- (1) Dewan Pengawas ditetapkan berdasarkan keputusan Bupati Boalemo atas usulan Direktur.
- (2) Dewan Pengawas merupakan unit non struktural yang bersifat *independent* dan bertanggung jawab langsung kepada pemilik rumah sakit.

Pasal 10

Fungsi

- (1) Dewan pengawas berfungsi sebagai *Governing body* rumah sakit yang melakukan pembinaan, pengawasan non teknis perumhsakitan secara internal di Rumah Sakit
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 11

Tugas

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1), Dewan Pengawas bertugas:
 - a. Memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit;
 - b. Membina dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;

- c. Menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
- d. Mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- e. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
- f. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
- g. Mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan ;
- h. Melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 12

Wewenang

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. Menyetujui rencana strategi Rumah Sakit ;
- b. Menerima laporan kinerja dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari direktur ;
- c. Menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- d. Meminta penjelasan dari pejabat structural lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. 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*);
- f. Menyetujui diselenggarakannya pendidikan professional kesehatan dan penelitian serta mengawasi kualitas pelayanan tersebut ;
- g. Menyetujui Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta menindaklanjuti laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ;
- h. Berkoordinasi dengan Kepala/Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan



- i. Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian kedua
Keanggotaan Dewan Pengawas
Pasal 13

- (1) Jumlah anggota Dewan Pengawas adalah 5(lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua dan 4 (empat) orang anggota.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari unsur pemilik Rumah Sakit, organisasi profesi, asosiasi perumhaskitan, dan tokoh masyarakat.
- (3) Unsur pemilik Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditunjuk oleh pemilik Rumah Sakit.
- (4) Unsur organisasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan organisasi profesi tenaga kesehatan.
- (5) Unsur asosiasi perumhaskitan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan asosiasi perumhaskitan.
- (6) Unsur tokoh masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga ahli di bidang perumhaskitan.
- (7) Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim *Ad-hoc*.
- (8) Persyaratan Dewan Pengawas adalah orang-perseorangan yang :
 - a. Berkewarganegaraan Indonesia;
 - b. Memiliki dedikasi, memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan rumah
 - c. Dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - d. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
 - e. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
 - f. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit;



Pasal 14

- (1) Masa bakti Dewan Pengawas selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa baktinya, apabila:
 - a. Tidak melaksanakan tugasnya dengan baik; atau
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan; atau
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit ; atau
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan Rumah Sakit atau
 - e. Berhalangan tetap.

Pasal 15

Sekretaris Dewan Pengawas

- (1) Untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas, diangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas oleh Direktur.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas mempunyai tugas :
 - a. Bertanggung jawab terhadap pengelolaan kesekretariatan Dewan Pengawas;
 - b. Mengatur dan menyiapkan rapat Dewan Pengawas;
 - c. Membuat notulen rapat;
 - d. Menyebarkan risalah rapat;
 - e. Menyiapkan bahan laporan kegiatan Dewan Pengawas; dan
 - f. Menyebarkan risalah dan informasi-informasi lainnya kepada Dewan Pengawas dan Direksi.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas dapat mengikuti masa jabatan Dewan Pengawas.

Bagian Ketiga
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan rumah sakit sesuai tugas dan kewajibannya.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari rapat rutin, rapat tahunan dan rapat khusus.
- (3) Peserta rapat Dewan Pengawas selain anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direksi, dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas apabila diperlukan.
- (4) Pengambilan keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (5) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (6) Setiap rapat Dewan Pengawas dibuat risalah rapat.
- (7) Pengaturan rapat Dewan Pengawas ditetapkan oleh Ketua Dewan Pengawas.

Pasal 17

- (1) Rapat rutin Dewan Pengawas dilaksanakan paling sedikit 3 (tiga) bulan sekali.
- (2) Rapat rutin Dewan Pengawas merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di rumah sakit.

Pasal 18

- (1) Rapat tahunan Dewan Pengawas dilaksanakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Rapat tahunan Dewan Pengawas bertujuan untuk memberikan arah kebijakan tahunan operasional rumah sakit mencakup pengelolaan pelayanan medik, sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta pengelolaan keuangan.



Pasal 19

- (1) Rapat khusus Dewan Pengawas yang dilaksanakan di luar jadwal rapat rutin maupun rapat tahunan, untuk mengambil keputusan, menetapkan kebijakan terhadap hal-hal yang dianggap khusus.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang Anggota Dewan Pengawas.
- (3) Direktur dapat meminta penyelenggaraan rapat khusus Dewan Pengawas, dengan persetujuan Ketua Dewan Pengawas atau persetujuan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang Anggota Dewan Pengawas.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Pasal 20

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas dewan pengawas dibebankan kepada anggaran Rumah Sakit
- (2) Anggota Dewan pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.

BAB V

ORGANISASI DAN TATA KERJA

Pasal 21

Susunan Organisasi Rumah Sakit terdiri dari :

1. Direktur
2. Kepala bagian Tata Usaha
3. Kepala Bidang terdiri dari : Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, Kepala Bidang Penunjang Medik, Kepala Bidang Perencanaan, Penyusunan Program dan Informasi Rumah Sakit, dan Kepala Bidang Keuangan
4. Subbagian terdiri dari : Sub Bagian Umum, Perlengkapan dan kehumasan, Subbagian kepegawaian, Pendidikan dan Pelatihan dan Subbagian Keuangan



5. Subbidang terdiri dari : Sub bidang Pelayanan Medik, Sub bidang Keperawatan, Sub bidang Penunjang Diagnostik, Sub bidang Penunjang Keperawatan, Sub bidang Perencanaan dan Litbang, Sub bidang Sistem Pencatatan dan Pelaporan Rumah Sakit (SP2RS) dan Sistem Informasi Informasi Rumah Sakit (SIM RS),

Direktur

Pasal 22

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan berdasarkan keputusan Bupati Boalemo.
- (2) Persyaratan untuk menjadi Direktur adalah Orang yang ahli dibidang Manajemen rumah sakit, pendidikan terakhir minimal dokter dan/ dokter gigi

Tugas, Kewenangan dan Tanggung Jawab

Pasal 23

Direktur bertugas :

- a. Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit;
- b. Memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan Rumah Sakit;
- c. Melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sesuai ketentuan yang berlaku;
- d. Memperhatikan pengelolaan rumah sakit dengan berwawasan lingkungan;
- e. Menyiapkan Renstra Bisnis dan RBA rumah sakit;
- f. Mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku;
- g. Menyiapkan laporan tahunan berkala; dan
- h. Menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan Rumah Sakit.

Pasal 24
Wewenang

Direktur berwenang :

- a. Menetapkan kebijakan operasional;
- b. Menetapkan Peraturan Internal Staf Keperawatan, Kebijakan, Pedoman, Panduan dan Standar Prosedur Operasional;
- c. Mengangkat dan memberhentikan pegawai BLUD Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku;
- d. Menetapkan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku;
- e. Memberikan penghargaan atas prestasi pegawai, karyawan dan professional sesuai ketentuan yang berlaku;
- f. Memberikan sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- g. Melakukan kerjasama dengan ahli, konsultan, rumah sakit, fasilitas layanan kesehatan atau lembaga independen sesuai kebutuhan;
- h. Menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- i. Menyelenggarakan pendidikan professional kesehatan dan penelitian serta mengawasi kualitas pelayanan tersebut ;
- j. Mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran dibawahnya;
- k. Meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat dibawah Direktur.

Pasal 25
Tanggungjawab

Direktur bertanggungjawab atas ;

- a. Terlaksananya visi dan misi Rumah Sakit
- b. Kelancaran, efektivitas dan efisiensi kegiatan Rumah Sakit;
- c. Kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya.
- d. Peningkatan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan



Susunan Struktur Organisasi dan Tata Kerja

Pasal 26

Kepala Bagian Tata Usaha

- (1) Kepala Bagian Tata Usaha membawahi :
 - a. Sub bidang Kepegawaian, Umum dan Perlengkapan dan Kehumasan
 - b. Sub bidang Keuangan.
 - c. Sub bagian pendidikan dan pelatihan
- (2) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas mengelola Keuangan, Sumber Daya Manusia (SDM) Rumah Sakit, pelayanan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan sumber daya manusia di rumah sakit, kehumasan dan administrasi perkantoran dan perlengkapan perkantoran

Pasal 27

Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

- (1) Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan membawahi :
 - a. Sub bidang Pelayanan Medik
 - b. Sub bidang Keperawatan
- (2) Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan mempunyai tugas menyelenggaraan pengelolaan pelayanan medik, pelayanan keperawatan serta peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien di rumah sakit.

Pasal 28

Kepala Bidang Penunjang

- (1) Kepala Bidang Penunjang membawahi :
 - a. Sub bidang Penunjang Medik
 - b. Sub bidang Penunjang Non Medik
- (2) Kepala Bidang Penunjang mempunyai tugas menyelenggaraan pengelolaan pelayanan penunjang diagnostik medik, penunjang non medik dan rekam medik serta peningkatan mutu layanan penunjang kesehatan rumah sakit.

4

Pasal 29

Kepala Penyusunan Program dan Informasi Rumah Sakit

- (1) Kepala Bidang Penyusunan Program dan Informasi Rumah Sakit membawahi :
 - a. Sub bidang Perencanaan dan Litbang,
 - b. Sub bidang Sistem Pencatatan dan Pelaporan Rumah Sakit (SP2RS) dan Sistem Informasi Informasi Rumah Sakit (SIM RS)
- (2) Kepala Bidang Penyusunan Program dan Informasi Rumah Sakit mempunyai tugas menyelenggaraan pengelolaan perencanaan, penelitian dan pengembangan rumah sakit, pencatatan dan pelaporan, serta SIM RS

Pasal 30

- (1) Kepala Bidang Penyusunan Program dan Informasi Rumah Sakit membawahi :
 - a. Sub bidang Perencanaan dan Litbang,
 - b. Sub bidang Sistem Pencatatan dan Pelaporan Rumah Sakit (SP2RS) dan Sistem Informasi Informasi Rumah Sakit (SIM RS)
- (2) Kepala Bidang Penyusunan Program dan Informasi Rumah Sakit mempunyai tugas menyelenggaraan pengelolaan perencanaan, penelitian dan pengembangan rumah sakit, pencatatan dan pelaporan, serta SIM RS

Pasal 31

Penetapan lebih lanjut tentang Tugas Pokok, fungsi, wewenang dan kompetensi pejabat structural diatur dalam Peraturan Bupati Tentang Struktur dan organisasi dan tata kelola Rumah Sakit

BAB VI

KOMITE, SATUAN PEMERIKSAAN INTERN DAN KELOMPOK STAF MEDIK FUNGSIONAL

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 32

- (1) Komite adalah perangkat rumah sakit yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada

pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.

- (2) Pembentukan komite di rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari Komite Medik , Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien serta Komite lainnya apabila dibutuhkan oleh 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.
- (5) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari Bupati.

Pasal 33

- (1) Tiap-tiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur
- (2) Setiap Komite akan dijabarkan dalam Bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya pada Buku Kesatu Peraturan Internal Korporasi.
- (3) Pengaturan mengenai Komite Medik akan diatur secara khusus dalam bab tersendiri pada Buku Kedua Peraturan Internal Staf Medis.

Bagian Kedua

Komite Keperawatan

Pasal 34

- (1) Anggota Komite Keperawatan diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan tertentu.
- (2) Lamanya masa jabatan Anggota Komite Keperawatan ialah selama 3 (tiga) tahun;
- (3) Anggota Komite Keperawatan dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan anggota Komite Keperawatan:
 - 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. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit;
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada anggota Komite Keperawatan yang bersangkutan;

Pasal 35

- (1) Komite Keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur ;
- (2) Tugas secara terperinci dari Komite Keperawatan adalah menyusun standar keperawatan (standar tenaga, fasilitas, dan standar pelayanan keperawatan).
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Komite Keperawatan berfungsi:
 - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam pembinaan, pengawasan dan penilaian mutu pelayanan keperawatan.
 - b. Menyusun program pengembangan dan penelitian keperawatan.
 - c. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan mutu asuhan keperawatan secara profesional sesuai setandar yang ditetapkan.
 - d. memberikan pertimbangan kepada Rumah Sakit tentang penerimaan tenaga keperawatan untuk berkerja di rumah sakit.
 - e. bertanggung jawab tentang pelaksanaan etika profesi.
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan (3) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
- (5) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan tugas Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

4

Bagian Ketiga
Komite Etik dan hukum
Pasal 36

- (1) Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab kepada Direktur dalam menerapkan kode etik dan hukum di rumah sakit
- (2) Tugas Etik dan Hukum adalah sebagai berikut :
 - a. Melakukan pembinaan insan secara komprehensif dan berkesinambungan agar setiap individu menghayati dan mengamalkan etik sesuai dengan peran dan tanggungjawab masing-masing di Rumah Sakit
 - b. Melakukan upaya preventif, persuasif, edukatif dan korektif terhadap kemungkinan terjadinya penyimpangan atau pelanggaran kode etik dan hukum
 - c. Komite etik dan hukum dalam melaksanakan pembinaan dapat dilakukan melalui pendidikan, pelatihan, diskusi kasus dan seminar
 - d. Memberi nasehat, saran dan pertimbangan terhadap setiap kebijakan atau keputusan yang dibuat direktur
 - e. Membuat pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan yang terkait dengan etika Rumah Sakit,
 - f. Menangani masalah etik yang terjadi di rumah sakit
 - g. Membantu menyelesaikan perselisihan atau sengketa medik terjadi di Rumah Sakit.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya Komite etik dan hukum wajib menerapkan prinsip kerjasama, koordinasi dan sinkronisasi dengan komite medik dan komite keperawatan
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan tugas Komite Etik dan hukum ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keempat
Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
Pasal 37

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien bertanggung jawab kepada Direktur dalam peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit .
- (2) Tugas Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah sebagai berikut :



- a. Merencanakan / menyusun program tahunan kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan RSUD Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo.
 - b. Melakukan pengumpulan dan Analisa atas Indikator Klinik.
 - c. Melakukan evaluasi tentang Keputusan Pasien baik rawat inap maupun rawat jalan di RSUD Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo.
 - d. Melaksanakan kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan program Peningkatan Mutu Pelayanan rumah sakit antara lain dengan pencatatan.
 - e. Pengumpulan, pelaporan data KTD, Kejadian Nyaris Cidera / Near Miss dan Kejadian Sentinel.
 - f. Melaporkan hasil evaluasi dan rekomendasi tindakan (kepada Direktur) secara periodik.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan tugas Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kelima
Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
Pasal 38

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi bertanggung jawab kepada Direktur dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit .
- (2) Tugas Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah sebagai berikut :
 1. Menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI
 2. Melaksanakan sosialisasi kebijakan PPIRS, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit
 3. Membuat SPO PPI
 4. Menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut
 5. Melakukan investigasi masalah atau KLB Healthcare Associated Infection (HAIs)
 6. Memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi
 7. Memberikan konsultasi pada petugas kesehatan Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya dalam PPI

8. Mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan
 9. Mengidentifikasi temuan dilapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia (SDM) Rumah Sakit dalam PPI
 10. Melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan
 11. Berkoordinasi dengan unit terkait lain dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.
 12. Mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodic mengkaji kembali rencana manajemen PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit.
 13. Memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI
 14. Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi.
 15. Melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/monitoring surveilans proses.
 16. Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan tugas Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kelima
Satuan Pengawas Internal (SPI)
Pasal 39

- (1) Satuan Pengawas Internal adalah Satuan kerja Fungsional yang bertugas melaksanakan pemeriksaan di internal rumah sakit.
- (2) Satuan Pengawas Internal berada dibawah langsung dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 40

- (1) Satuan Pengawas Internal (SPI) melakukan pengawasan internal keuangan dan Operasional Rumah Sakit, mulai pengendalian,

4

Pengelolaan dan pelaksanaan pada rumah sakit serta memberikan saran-saran perbaikan.

- (2) Komite Medis melakukan Pengawasan internal di bidang praktik kedokteran dalam rangka penyelenggaraan pelayanan profesi agar sesuai dengan standar etika profesi
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Satuan Pemeriksaan Intern berfungsi:
 - a. Melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan audit manajemen operasional;
 - b. Melakukan identifikasi risiko sebagai upaya membantu Direksi mencegah terjadinya penyimpangan;
 - c. Memberikan konsultasi dan pembinaan tentang manajemen risiko terkait dengan pengendalian internal;
 - d. Melakukan koordinasi dengan Eksternal Auditor;
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan (3) disampaikan kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (5) Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan tugas Satuan Pemeriksaan Internal ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keenam
Kelompok Staf Medik
Pasal 41

- (1) Direktur berhak mengangkat dan memberhentikan Ketua dan anggota Staf Medis Fungsional (SMF) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan peraturan kebijakan yang berlaku serta Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*)
- (2) Sebagai pengelola, Direksi mempunyai tugas dan wewenang untuk menetapkan strategi organisasi dan tata kerja lengkap dengan rincian tugasnya, menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban Staf Medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Dalam pengelolaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direksi

berkewajiban menjamin Staf Medis melaksanakan tugas dan kewajiban sesuai Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional.

- (4) Kewajiban Staf Medis untuk menjamin bahwa tugas dan kewajiban dilaksanakan sesuai standar yang berlaku, maka Ketua Kelompok Staf Medis bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Medis dan Keperawatan.
- (5) Pertanggungjawaban sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dapat bersifat pertanggungjawaban proporsional administratif manajerial dan pertanggungjawaban secara profesional.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai Kelompok Staf Medik Fungsional diatur dalam buku kedua tentang Peraturan Internal Staf Medis atau Medical Staf By Laws.

5

BAB VII
KELOMPOK STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Nama dan Tujuan

Pasal 42

- (1) Nama kelompok Dokter dan Dokter Spesialis serta Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis yang berhak memberikan pelayanan medis di rumah sakit ini adalah Kelompok Staf Medik (KSM) Rumah Sakit
- (2) Pengelompokan anggota SMF adalah berdasarkan keahlian dan atau spesialisasi yang ada di Rumah Sakit
- (3) SMF dapat dibentuk setidaknya memiliki 3 orang anggota yang memiliki kesamaan keahlian dan spesialisasi.
- (4) Apabila anggota SMF dengan keahlian atau spesialisasi yang sama kurang dari 3 orang maka SMF yang bersangkutan masuk dalam Kelompok Staf Medik Fungsional lain yang sejenis.
- (5) Untuk Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) masuk dalam Kelompok Staf Medik Fungsional sesuai dengan spesialisasi yang sedang diikuti sebagai anggota tidak tetap.

Pasal 43

Tujuan dari pengorganisasian Staf Medis Fungsional (SMF) adalah agar Staf Medis di Rumah Sakit dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap pelayanan berdasarkan kebutuhan pasien dan keselamatan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang profesional, berkualitas dan bertanggung jawab.

Bagian Kedua

Tanggung Jawab

Pasal 44

Secara administratif manajerial, Staf Medis Fungsional (SMF) bertanggungjawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

Bagian Ketiga

Tugas, Kewajiban dan Kewenangan Kelompok Staf Medis Fungsional

Pasal 45

Kelompok Staf Medis Fungsional (KSM) mempunyai tugas untuk melakukan pelayanan medis, memberikan pendidikan dan pelatihan kepada mahasiswa kedokteran dan tenaga medis lain, melakukan penelitian dan pengembangan pelayanan medis sesuai dengan kemajuan ilmu kedokteran, serta meningkatkan keterampilan dan ilmu pengetahuan.

Pasal 46

- (1) KSM 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 Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan.
- (2) KSM wajib menyusun indikator kinerja mutu klinis/mutu pelayanan medis dan mutu manajemen klinis/mutu manajemen pelayanan medis yang meliputi indikator *output* atau *outcome* .

Pasal 47

Kelompok Staf Medis Fungsional (KSM) berwenang:

- (1) Memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota SMF baru dan penempatan ulang anggota SMF kepada Direktur.
- (2) Menyusun rencana kebutuhan tenaga sesuai dengan beban kerja pelayanan, pendidikan, dan penelitian.

- (3) Memberikan rekomendasi perihal kompetensi anggotanya dalam rangka penerbitan *clinical appointment*.
- (4) Melakukan evaluasi kinerja anggota SMF di dalam kelompoknya dan bersama-sama dengan Komite Medis menentukan kompetensi dari anggota SMF tersebut.
- (5) Melakukan evaluasi dan revisi apabila diperlukan terhadap Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*), Standar Pelayanan Medis, Standar Prosedur Operasional tindakan medis bersama-sama dengan Komite Medis.

BAB VIII

PENGORGANISASIAN KELOMPOK STAF MEDIS FUNGSIONAL

Pasal 48

- (1) Anggota SMF dikelompokkan ke dalam masing-masing KSM sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (2) Jumlah dan kebutuhan KSM ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur
- (3) Susunan Kepengurusan KSM terdiri dari
 - a) Ketua KSM merangkap anggota.
 - b) Sekretaris merangkap Anggota.
 - c) Anggota.
- (4) Masa bakti kepengurusan KSM adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk satu periode berikutnya.

Pasal 49

- (1) Pemilihan Calon Ketua KSM dilakukan dalam rapat pleno anggota SMF yang dihadiri $\frac{1}{2} + 1$ anggota untuk menentukan minimal 2 calon yang akan diusulkan ke Direktur.
- (2) Ketua KSM dipilih oleh Direktur dari minimal 2 (dua) orang calon yang diajukan dari hasil pleno SMF.
- (3) Dalam menentukan pilihan Ketua KSM, Direktur dapat meminta pendapat dari Komite Medis.

/

Pasal 50

- (1) Ketua KSM mempunyai tugas:
- a. Mengusulkan uraian tugas dan tata kerja Anggota KSM untuk ditetapkan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan ;
 - b. Mengkoordinasikan semua kegiatan Anggota KSM dalam hal:
 - 1) pengusulan prosedur pelayanan yang berhubungan dengan administrasi pelayanan medis yang meliputi pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, tugas jaga, tugas rawat intensif, tugas kamar operasi, kamar bersalin, visite/ronde, pertemuan klinis, presentasi kasus, prosedur konsultasi dan lain-lain sesuai ketentuan yang berlaku, untuk ditetapkan Wakil Direktur Pelayanan;
 - 2) menyusun pedoman pelayanan medis dan standar prosedur kerja yang berhubungan dengan bidang keilmuan/keprofesian, di bawah koordinasi Komite Medik untuk ditetapkan Direktur;
 - 3) melakukan perbaikan pedoman pelayanan medis dan dokumen terkait yang perlu disempurnakan agar sesuai dengan situasi dan kondisi yang berkembang;
 - 4) membuat usulan program peningkatan keilmuan dan ketrampilan semua Anggota KSM serta program peningkatan dan pengembangan pelayanan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan.
 - c. Membantu Wakil Direktur Umum dalam membina Anggota KSM, dalam hal:
 - 1) pemantauan penampilan kinerja praktik klinis Anggota KSM berdasarkan data yang komprehensif;
 - 2) pemberian laporan secara tertib dan teratur kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan setelah melalui pembahasan bersama Anggota KSM antara lain mengenai pemantauan indikator mutu klinis, hasil evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan pelayanan dan pengembangan Anggota KSM.
- (2) Ketua KSM berwenang:

- a. memberikan masukan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan serta Ketua Komite Medik dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik kedokteran;
 - b. mengkoordinasikan anggota KSM agar pelayanan medis berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku;
 - c. memberikan masukan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan melalui Ketua Komite Medik mengenai penerimaan calon staf medis fungsional baru.
- (3) Untuk mendukung kelancaran tugas Ketua KSM, dapat ditunjuk Anggota KSM sebagai sekretaris dan koordinator dibidang pelayanan, pendidikan dan penelitian dengan keputusan Direktur.

BAB IX

PENERIMAAN, PENERIMAAN KEMBALI DAN PEMBERHENTIAN ANGGOTA SMF

Pasal 51

- (1) Prosedur penerimaan calon anggota SMF dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional Penerimaan Staf Medis Fungsional yang disusun oleh Kasubag Kepegawaian, Umum, Perlengkapan dan Kehumasan
- (2) Prosedur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
 - a) Secara administratif, disusun oleh Kasubag Kepegawaian, Umum, Perlengkapan dan Kehumasan
 - b) Secara profesi, disusun oleh Komite Medik.
- (3) Penerimaan dan penempatan Staf Medis adalah melalui Surat Keputusan Direktur, dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medik.

Pasal 52

- (1) Prosedur penerimaan kembali anggota SMF, dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional penerimaan kembali Anggota Staf

4

Medis Fungsional yang disusun oleh Kasubag Kepegawaian, Umum, Perlengkapan dan Kehumasan serta Komite Medis.

- (2) Apabila seorang anggota SMF dengan alasan tertentu pindah/cuti di luar tanggungan negara sehingga tidak bisa menjalankan tugas sebagai anggota SMF selama 2 tahun, maka dapat diterima kembali sebagai anggota.
- (3) Apabila yang bersangkutan akan kembali menjadi anggota KSM lebih dari batas waktu tersebut pada ayat (2) maka yang bersangkutan diharuskan mengikuti prosedur yang berlaku dengan kredensial melalui mekanisme penerimaan pada pasal 44.
- (4) Bagi anggota KSM yang pensiun dan tenaganya masih diperlukan di KSM bersangkutan maka 1 (satu) bulan sebelum masa pensiun yang bersangkutan diharuskan untuk mengajukan permohonan untuk bekerja di Rumah Sakit
- (5) Permohonan penempatan kembali/ulang dokter di Rumah Sakit adalah melalui Surat Keputusan Direktur, dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medis.

Pasal 53

Tenaga Medis anggota Staf Medis Fungsional (SMF) dinyatakan berhenti apabila:

- (1) Meninggal dunia.
- (2) Pensiun.
- (3) Pindah bertugas dari lingkungan Rumah Sakit
- (4) Tidak mematuhi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan peraturan kebijakan yang berlaku di Rumah Sakit

BAB X
KEANGGOTAAN, TUGAS DAN WEWENANG STAF MEDIS
FUNGSIONAL

Bagian Kesatu

Syarat dan Kategori Keanggotaan Staf Medis Fungsional

Pasal 54

Syarat untuk menjadi anggota Staf Medis Fungsional (SMF):

- (1) Mempunyai Ijazah dari Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi Pemerintah/Swasta yang diakui Pemerintah dan memiliki Surat Penugasan bagi PNS dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku dari Pejabat Yang Berwenang.
- (2) Memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di Rumah Sakit
- (3) Telah melalui proses Kredensial di Rumah Sakit yang dilaksanakan oleh Komite Medis.
- (4) Memiliki Surat Keputusan Penugasan sebagai anggota SMF, berupa Penugasan Klinis dari Direktur
- (5) Mengikuti program pengenalan tugas (pra tugas) bagi anggota baru di lingkungan kerja Rumah Sakit
- (6) Mengikuti ketentuan kepegawaian yang berlaku di Rumah Sakit

Pasal 55

- (1) Kategori keanggotaan SMF adalah:
 - a. Anggota tetap SMF, yaitu dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang mempunyai tugas pokok memberikan pelayanan medis disamping tugas lain di Rumah Sakit
 - b. Anggota tidak tetap SMF, yaitu dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang bekerja secara tidak tetap atau paruh waktu di Rumah Sakit, karena mempunyai tugas pokok di institusi lain.
- (2) Masa berlaku keanggotaan adalah selama 3 (tiga) tahun.

Bagian Kedua

Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab Anggota SMF

Pasal 56


- (1) Tugas Anggota Staf Medis Fungsional:
 - a) Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan;
 - b) Memberikan pelayanan Medis yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di Rumah Sakit;
 - c) Menyelenggarakan Rekam Medik dengan benar.
 - d) Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
 - e) Memberikan pendidikan dan pelatihan kepada peserta didik yang ada dalam program SMF dan Rumah Sakit.
 - f) Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan;
 - g) Menyusun, mengumpulkan, menganalisis, dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.
 - h) Dalam melaksanakan pelayanan menggunakan obat ataupun bahan habis pakai sesuai dengan formularium Rumah Sakit
 - i) Dalam memberikan pelayanan menggunakan sarana dan alat medis yang disediakan oleh Rumah Sakit.
 - j) Apabila diperlukan penggunaan obat diluar formularium dan alat medis yang telah tersedia di Rumah Sakit maka harus mendapatkan ijin dari Direksi.
- (2) Fungsi Anggota Staf Medis Fungsional adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
- (3) Wewenang masing-masing anggota Staf Medis Fungsional disusun oleh Ketua SMF dan kemudian disetujui dan dibuatkan rekomendasi oleh Komite Medis kepada Direktur dan selanjutnya dibahas dalam rapat direksi untuk disahkan oleh Direktur
- (4) Tanggung Jawab Anggota Staf Medis Fungsional :

- a) Menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya dalam tempo 2 x 24 jam.
- b) Menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat jalan yang menjadi tanggung jawabnya saat pelayanan.
- c) Bertanggung Jawab atas pelayanan medis yang dilaksanakan oleh PPDS yang sedang menjalani pendidikan di Rumah Sakit kecuali PPDS Tahap Mandiri yang bekerja di rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan pelayanan spesialis di Rumah Sakit;
- d) Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis, cq Sub Komite Kredensial kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di Rumah Sakit
- e) Melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif, melalui *peer review*, audit medis atau program quality improvement.
- f) Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis/Sub Komite Kredensial kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di Rumah Sakit
- g) Memberi kesempatan bagi para dokter untuk mengikuti "*continuing professional development*" (CPD).
- h) Memberikan masukan kepada Direktur melalui Ketua Komite Medis, mengenai hal-hal yang terkait dengan praktek kedokteran.
- i) Memberikan laporan kegiatan secara berkala setiap 3 (tiga) bulan melalui Ketua Komite Medis kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan
- j) Membuat Standar Prosedur Operasional (SPO) dan melakukan perbaikan (up-dating) dokumen terkait lainnya secara berkala sesuai perkembangan.

BAB XI

KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGES*)

Pasal 57

- (1) Kewenangan Klinis adalah kewenangan dari anggota SMF untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- 

- (2) Tanpa kewenangan klinis, maka seorang tenaga medis tidak dapat menjadi anggota SMF dan bekerja di Rumah Sakit
- (3) Jenis kewenangan klinis yang berlaku di Rumah Sakit , meliputi:
 - a) kewenangan klinis sementara (*temporary clinical privilege*);
 - b) kewenangan klinis dalam keadaan darurat (*emergency clinical privilege*); dan
 - c) kewenangan klinis bersyarat (*provisional clinical privilege*).
- (4) Lingkup kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk pelayanan medis tertentu diberikan dengan berpedoman pada buku putih (*white paper*) yang disusun oleh mitra beslari (*peer group*) profesi bersangkutan.
- (5) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas Rekomendasi Komite Medis melalui Sub Komite Kredensial, setelah melalui Proses Kredensial yang dilakukan oleh Sub Komite Kredensial.

BAB XII

DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN (DPJP)

Pasal 58

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pasien merupakan staf medis yang menjadi penanggung jawab utama dalam pelayanan kepada pasien.
- (2) Staf medis yang dapat menjadi DPJP adalah staf medis dengan kriteria sebagai dokter spesialis dan Peserta PPDS Tahap Mandiri
- (3) DPJP ditetapkan berdasarkan kebijakan yang dikeluarkan oleh Direktur
- (4) DPJP melaksanakan tugas :
 - a. Melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnose penyakit dan pemberian terapi dan melakukan evaluasi keberhasilan terapi.
 - b. Memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien tim pelayanan.
 - c. Melaksanakan koordinasi pelayanan medis apabila pasien tersebut ditangani oleh lebih dari satu tenaga medis.
 - d. Melakukan presentasi kasus medis dihadapan komite medis.
- (5) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensi DPJP, maka :
 - a. Dapat dialihkan pada tenaga lain yang lebih kompeten.



- b. Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengalihkan DPJP setelah mendapat saran dari Komite Medis.

BAB XIII

PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

Pasal 59

- (1) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota SMF dengan suatu surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.
- (2) Kewenangan Klinis anggota SMF berstatus dokter tamu dan/atau konsultan tamu diberikan dengan suatu surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 1 (satu) tahun.
- (3) Pemberian Penugasan Klinis ulang (*Clinical Re-Appointment*) dapat diberikan setelah yang bersangkutan mengikuti prosedur Re-Kredensial dari Sub Komite Kredensial Komite Medis.
- (4) Direktur utama dapat melakukan Pencabutan, Pembatasan dan atau penangguhan Kewenangan klinis secara tetap atau sementara baik sebagian atau seluruhnya atas Surat Penugasan Klinis yang telah diberikan dengan memperhatikan rekomendasi Komite Medis.


BAB XIV

KOMITE MEDIS

Bagian Kesatu

Nama dan Struktur Organisasi

Pasal 60

- (1) Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
 - (2) Komite Medis merupakan organisasi non struktural yang dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur
- 

- (3) Komite Medis melaksanakan tugas penapisan profesionalisme staf medis, mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis, serta menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (4) Pelaksanaan tugas-tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan oleh SubKomite-SubKomite.

Pasal 61

- (1) Susunan organisasi komite medik Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (2) Subkomite di dalam Komite Medis, terdiri atas :
 - a. Subkomite Kredensial;
 - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- (3) Tiap-tiap Subkomite bertanggungjawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.
- (4) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (5) Jumlah keanggotaan komite medik adalah 5 (lima) orang.
- (6) Jangka waktu keanggotaan Komite Medis adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali sesuai ketentuan yang berlaku

Bagian Kedua

Komite Medis

Pasal 62

- (1) Ketua Komite Medis dipilih dan diangkat oleh Direktur.
- (2) Dalam menentukan Ketua Komite Medis, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan pengawas.
- (3) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.

Bagian Ketiga
Tugas, Fungsi dan Kewenangan

Pasal 63

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. Penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. Kompetensi;
 2. Kesehatan fisik dan mental;
 3. Perilaku;
 4. Etika profesi.
 - c. Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. Penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat.
 - f. Pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. Melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. Rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. Pelaksanaan audit medis;
 - b. Rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;



- c. Rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. Rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. Pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. Pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. Rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. Pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 64

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

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

Bagian Keempat

Panitia Adhoc

Pasal 65

- (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.

BAB XV

SUBKOMITE KREDENSIAL

Pasal 66

- (1) Subkomite kredensial di rumah sakit setidaknya 3 orang staf medis.
- (2) Pengorganisasian subkomite kredensial terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medis.

Pasal 67

Tugas dan wewenang subkomite kredensial adalah:

- 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 68

Proses kredensial yang dilakukan oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:

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

Pasal 69

- (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 Subkomite Kredensial dengan persetujuan Direktur.
- (3) Setelah dilakukannya proses kredensial maka komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
- (4) Kewenangan klinis sesuai ayat (3) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

Pasal 70

- (1) Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
 - a. Masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis telah habis masa berlakunya;

- b. Staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. Staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Dalam proses rekredensial subkomite kredensial dapat memberikan rekomendasi:
- a. Kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. Kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. Kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. Kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. Kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
 - f. Kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (3) Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

BAB XVI

SUB KOMITE MUTU PROFESI

Pasal 71

- (1) Subkomite mutu profesi di rumah sakit setidaknya 3 orang staf medis.
- (2) Pengorganisasian subkomite mutu profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 72

Tugas dan wewenang subkomite mutu profesi adalah :

- a. Menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*), yang dilakukan dengan



mengusulkan penetapan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (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 rumah sakit ;
- 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 medis.

Pasal 73

- (1) Subkomite 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) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pemantauan dan pengendalian mutu profesi diatur dalam petunjuk teknis yang ditetapkan oleh Direktur.

BAB XVII
SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 74

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit setidaknya 3 orang staf medis.
- (2) Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik

Pasal 75

Tugas subkomite etika dan disiplin profesi :

- 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 medis pasien.

Pasal 76

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

- a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
- b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
- c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
- d. 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 medis.

4

Pasal 77

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
 - 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 kepala/direktur rumah sakit atau kepala/direktur rumah sakit terlapor.
- (2) Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
- (3) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

BAB XVIII

PEMBINAAN PROFESIONALISME DAN ETIKA

Pasal 78

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

Pasal 79

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

BAB XIX
AMANDEMEN / PERUBAHAN

Pasal 80

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Rumah Sakit dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Perubahan dapat dilakukan, apabila ada permohonan secara tertulis dari salah satu Pihak yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, yaitu Dewan Pengawas, Direksi dan Komite Medis.
- (3) Usulan untuk merubah sebagaimana dimaksud pada ayat (2), hanya dapat dilaksanakan apabila ada pemberitahuan tertulis dari salah satu pihak kepada pihak lainnya, yang disampaikan paling lambat 3 (tiga) minggu sebelumnya.
- (4) Perubahan dilakukan dengan melakukan *addendum* Peraturan Internal Rumah Sakit ini.
- (5) *Addendum* sebagaimana dimaksud pada ayat (4), merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Rumah Sakit.

BAB XX
PERALIHAN

Pasal 81

- (1) Pada saat Peraturan Bupati ini diundangkan maka Peraturan Bupati Boalemo Nomor 34 Tahun 2012 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- (2) Semua peraturan rumah sakit yang dilaksanakan sebelum berlakunya Peraturan Bupati ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Ini.

BAB XXI
KETENTUAN PENUTUP

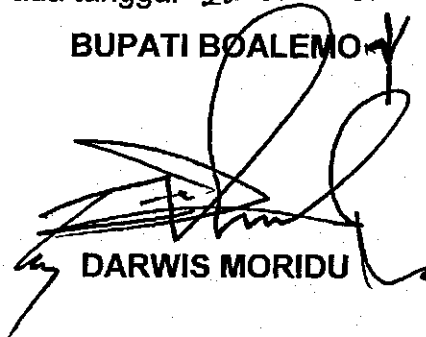
Pasal 82

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal di undangkan.
agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan
Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah
Kabupaten Boalemo.

Ditetapkan di Boalemo

Pada tanggal 22 OKTOBER 2018

BUPATI BOALEMO

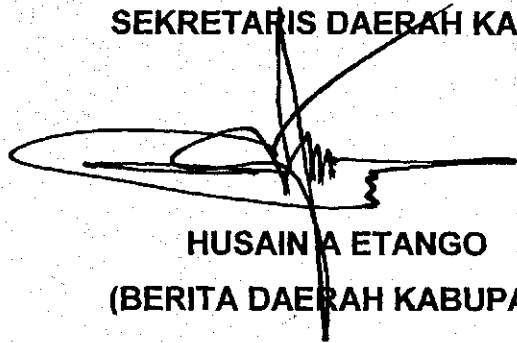


DARWIS MORIDU

Diundangkan di Boalemo

Pada tanggal 22 OKTOBER 2018

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BOALEMO



HUSAIN A ETANGO

(BERITA DAERAH KABUPATEN BOALEMO TAHUN 2018 NOMOR)