

WALIKOTA DUMAI
PROVINSI RIAU

PERATURAN WALIKOTA DUMAI
NOMOR 10 TAHUN 2017

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA DUMAI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA DUMAI,

- Menimbang : a. bahwa dalam pengelolaan Rumah Sakit diperlukan suatu pedoman aspek hukum dalam pembuatan kebijakan teknis operasional dengan memperhatikan aspek pemerataan, efisiensi, terjangkau dan perlindungan kepada masyarakat;
- b. bahwa diperlukan pedoman yang mengatur hubungan antara Pemilik atau yang mewakili, Direktur rumah sakit, Staf Medis, dan Staf Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Dumai.
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Kota Dumai.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Dumai (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 50, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3829);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
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 Tahun 2011 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 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 263, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 507);
8. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
9. 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);
10. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medis di Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
17. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 95/PMK.05/2016 tentang Dewan Pengawas Badan Layanan Umum;
18. Peraturan Daerah Kota Dumai Nomor Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Perangkat Daerah Kota Dumai (Lembaran Daerah Kota Dumai Tahun 2016 Nomor 1 Seri D).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA DUMAI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA DUMAI.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Dumai.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota beserta perangkat Daerah Otonom yang lain sebagai bagian eksekutif di daerah.
3. Walikota adalah Walikota Dumai.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kota Dumai.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Dumai milik Pemerintah Daerah.
6. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Dumai.
7. Direktur adalah Direktur RSUD.
8. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan RSUD meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).

9. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola, dan Staf Medis di RSUD.
10. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di RSUD.
11. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) adalah peraturan penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan mekanisme tata kerja Komite Keperawatan.
12. Dewan Pengawas adalah Dewan Pengawas RSUD yang merupakan organ RSUD yang bertugas melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan rumah sakit yang bertanggung jawab kepada pemilik RSUD.
13. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah organ di RSUD yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di RSUD.
14. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek 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.
15. Staf Medis adalah adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis, yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional, melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat secara penuh waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di rumah sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku.
16. Komite medis adalah perangkat RSUD untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di RSUD terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
17. Staf Keperawatan adalah adalah seluruh perawat dan bidan yang bekerja di rumah sakit dalam jabatan fungsional, melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan keperawatan dan kebidanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat secara penuh waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di rumah sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku.
18. 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.
19. Mitra Bestari (*peer group*) 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 dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
21. Penugasan klinis adalah penugasan direktur rumah sakit kepada staf medis untuk memberikan sekelompok pelayanan medis berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah diberikan kepadanya.

22. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis dan keperawatan untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis dan asuhan keperawatan (*clinical privilege*).
23. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
24. Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat Pegawai Non PNS adalah setiap orang yang telah memenuhi persyaratan yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan digaji berdasarkan ketentuan yang berlaku guna memenuhi kebutuhan ketenagaan RSUD yang tidak terpenuhi oleh Pegawai Negeri Sipil.
25. Pegawai Non PNS Kontrak adalah setiap orang yang telah memenuhi persyaratan yang ditentukan, dikontrak oleh pejabat yang berwenang dan digaji berdasarkan ketentuan yang berlaku guna memenuhi kebutuhan ketenagaan RSUD yang tidak terpenuhi oleh PNS.

BAB II IDENTITAS

Bagian Kesatu Kedudukan RSUD

Pasal 2

RSUD terletak di Jalan Tanjung Jati Nomor 04, Kelurahan Buluh Kasap, Kecamatan Dumai Timur.

Pasal 3

RSUD merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).

Pasal 4

RSUD merupakan Rumah Sakit Umum Kelas C sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Nomor 1549/Menkes-Kesos/SK/X/2000 tanggal 16 Oktober 2000 tentang Status Rumah Sakit Umum Daerah Kota Dumai, yang memberikan pelayanan kesehatan, pelayanan pendidikan, pelatihan dan penelitian serta pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

Bagian Kedua Visi, Misi

Pasal 5

- (1) Visi RSUD adalah menjadi Rumah Sakit terunggul di pantai timur Sumatera yang modern dengan nuansa Melayu.
- (2) Misi RSUD sebagai berikut:
 - a. menerapkan sendi-sendi pelayanan prima;
 - b. meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia;
 - c. meningkatkan dan mengembangkan sarana dan prasarana pelayanan;
 - d. memantapkan fungsi manajerial yang akuntabel dan transparan serta berbasis teknologi informasi.

- (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.

Bagian Ketiga
Falsafah dan Nilai-Nilai Dasar

Pasal 6

Falsafah RSUD adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan dengan mutu yang setinggi-tingginya dan melaksanakan fungsi pendidikan kesehatan di rumah sakit dengan sebaik-baiknya yang diabdikan bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Pasal 7

Nilai-nilai Dasar dari RSUD adalah:

- a. ketulusan;
- b. kepedulian;
- c. komitmen yang tinggi;
- d. kejujuran;
- e. kerja keras;
- f. profesional; dan
- g. kebersamaan

BAB III
DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu
Kedudukan, Tugas dan Wewenang

Pasal 8

- (1) Dewan pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Pemilik.
- (2) Dewan Pengawas RSUD dibentuk dengan Keputusan Walikota atas usulan Direktur.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai wakil pemilik (*governing body*) RSUD dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitan secara internal di RSUD.

Pasal 9

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. menentukan arah kebijakan RSUD;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban RSUD; dan
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika RSUD, etika profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - h. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit dan memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan RSUD;
 - i. memberikan laporan kepada Walikota apabila terdapat gejala menurunnya kinerja RSUD;
 - j. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola rumah sakit dalam melaksanakan pengelolaan RSUD; dan

- k. memberikan masukan, saran atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja BLUD kepada Pejabat Pengelola BLUD.
- (2) Dewan Pengawas secara berkala, paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan/atau sewaktu-waktu melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Walikota.

Pasal 10

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai kewenangan sebagai berikut:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan RSUD dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal RSUD dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal RSUD (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di RSUD terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal RSUD (*Hospital By Laws*) atau Dokumen PolaTata Kelola (*Corporate Governance*);
- e. melakukan koordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital bylaws*) atau Dokumen PolaTata Kelola (*Corporate Governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSUD.

Pasal 11

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur dapat mengangkat dan memberhentikan seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan berkoordinasi Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan antara lain:
 - a. persiapan jadwal pertemuan;
 - b. mengatur dan menyiapkan rapat Dewan Pengawas;
 - c. membuat notulen;
 - d. menyebarkan risalah rapat; dan
 - e. menyiapkan bahan laporan kegiatan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun atau sesuai dengan Peraturan Internal RSUD (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*) dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan atau sesuai dengan Keputusan Walikota.

Bagian Kedua Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas RSUD sebanyak 3 (tiga) orang, terdiri dari 1 (satu) orang Ketua dan 2 (dua) orang anggota.

- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas RSUD dapat terdiri dari unsur-unsur:
 - a. Unsur Pemilik Rumah Sakit;
 - b. Unsur Organisasi Profesi;
 - c. Unsur tokoh masyarakat/tenaga ahli dibidang perumah sakitan.

Pasal 13

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 perumahsakitannya, 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 RSUD; dan
- f. persyaratan lain yang ditetapkan oleh pemilik RSUD.

Pasal 14

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 RSUD 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 15

- (1) Kepada Dewan Pengawas diberikan remunerasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada RSUD dan dimuat dalam Rencana Strategi Bisnis serta Rencana Bisnis dan Anggaran RSUD.

Bagian Ketiga

Pembentukan, Pemberhentian dan Penggantian

Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Walikota atas usulan Direktur.
- (2) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola.
- (3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan maksimal selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali dalam jabatan yang sama untuk masa jabatan berikutnya sesuai dengan Keputusan Walikota.

Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya, apabila berdasarkan kenyataan anggota tersebut:
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan dan/atau ketentuan peraturan internal (*Hospital By Laws*) RSUD;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan Pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan RSUD; atau
 - e. berhalangan tetap; dan
 - f. diberhentikan dengan Keputusan Walikota.
- (2) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan penggantian dengan tetap memenuhi persyaratan untuk menjadi Dewan Pengawas.
- (3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Bagian Keempat Rapat Dewan Pengawas

Pasal 18

- (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 19

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (2) huruf a merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal.
- (2) Tidak termasuk dalam rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rapat tahunan dan rapat khusus.
- (3) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas, Direktur, Komite Medis, Komite Keperawatan dan/atau pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi terhadap berbagai masalah di RSUD.
- (4) Rapat Rutin dilaksanakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (5) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat rutin kepada peserta rapat paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (6) Peserta rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (5) terdiri dari Ketua, Sekretaris, Anggota Dewan Pengawas, Direktur, Komite Medis, Komite Keperawatan dan/atau pihak lain terkait baik berasal dari dalam maupun dari luar RSUD.
- (7) Penyampaian undangan rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (5) harus melampirkan:

- a. 1 (satu) salinan agenda;
- b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
- c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 20

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 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; dan
 - b. adanya permintaan yang harus ditandatangani oleh paling sedikit dua 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, Direktur, dan/atau pihak lain terkait baik berasal dari dalam maupun dari luar RSUD.
- (6) Undangan rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Pasal 21

- (1) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (2) huruf c merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional RSUD.
- (2) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan 1 (satu) kali dalam 1(satu) tahun kalender.
- (3) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diselenggarakan diantara tanggal 1 Juli dan 31 Desember tahun berjalan.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat khusus kepada peserta rapat paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat tahunan diselenggarakan.
- (5) Dalam rapat tahunan Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan RSUD, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 22

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 23

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

Pasal 24

- (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 25

- (1) Sekretaris Dewan Pengawas bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan dan pembuatan risalah rapat Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah setelah tandatangan 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 26

- (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; dan
 - d. suara yang dihitung hanyalah berasal dari Anggota Dewan Pengawas yang hadir pada rapat tersebut.
- (3) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 27

- (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 RSUD

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 28

- (1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan RSUD secara keseluruhan menjadi tanggung jawab Direktur.
- (2) Direktur diangkat, diberhentikan dan bertanggungjawab kepada Walikota.
- (3) Direktur dalam pelaksanaan tugasnya dibantu oleh Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang Keuangan dan Program, Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Bidang Pelayanan.
- (4) Penilaian Kinerja Direktur dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah.

Bagian Kedua
Tugas, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 29

Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Pengelola RSUD ditentukan oleh Walikota dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Struktur Organisasi dan Tata Laksana RSUD.

Bagian Ketiga
Pengangkatan dan Pemberhentian

Pasal 30

- (1) 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. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - e. saat diusulkan pertama sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun sebelum usia pensiun yang bersangkutan;
 - f. telah lulus pendidikan dan pelatihan kepemimpinan yang disyaratkan;
 - g. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat; dan
 - h. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bagian Tata Usaha wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum;
 - b. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum;
 - c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - d. berstatus sebagai Pegawai Negeri Sipil;
 - e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Keuangan dan Program, wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman bagian keuangan dan/atau akuntansi;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
 - c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan administrasi dan Keuangan;
 - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - e. berstatus sebagai Pegawai Negeri Sipil;
 - f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat; dan
 - g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (4) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Keperawatan wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. seorang tenaga perawat yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang keperawatan;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan keperawatan yang profesional;
 - c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup keperawatan;
 - d. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan keperawatan; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (5) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Pelayanan wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 - c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan;
 - d. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 31

Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola RSUD dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Keempat Rapat Pengelola

Pasal 32

- (1) Rapat Pengelola adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan Kepala Bagian/Bidang untuk membahas hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan RSUD.
- (2) Rapat Pengelola terdiri dari:
 - a. Rapat Rutin;
 - b. Rapat Tahunan; dan
 - c. Rapat Khusus.

- (3) Keputusan Rapat Pengelola RSUD diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan rapat diserahkan kepada Direktur.
- (5) Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Kepala Subbagian Umum.

Pasal 33

- (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 RSUD sesuai tugas, kewenangan dan kewajibannya.

Pasal 34

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

Pasal 35

Setiap rapat pengelola rumah sakit selain dihadiri oleh Direktur beserta Kepala Bagian/Bidang juga dapat dihadiri pihak lain yang ada di lingkungan RSUD atau dari luar lingkungan RSUD apabila diperlukan.

BAB V

KOMITE, SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL, INSTALASI DAN PENGADAAN BARANG DAN JASA

Bagian Kesatu Umum

Pasal 36

- (1) Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan RSUD.
- (2) Pembentukan Komite pada RSUD disesuaikan dengan kebutuhan RSUD.

Pasal 37

- (1) Komite pada RSUD terdiri dari:
 - a. Komite Medis;
 - b. Komite Keperawatan;
 - c. Komite Farmasi dan Therapi;
 - d. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien; dan
 - e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Komite PPI).
- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Tiap-tiap Komite dan Satuan pada RSUD mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.

- (5) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis Komite ditetapkan oleh Direktur setelah pengkajian menurut kebutuhan RSUD.
- (6) Pengaturan mengenai Komite Medis akan diatur secara khusus dalam Bab tersendiri dalam Peraturan Internal Staf Medis.
- (7) Pengaturan mengenai Komite Keperawatan akan diatur secara khusus dalam Bab tersendiri dalam Peraturan Internal Staf Keperawatan.
- (8) Pengaturan mengenai Komite Farmasi dan Therapi, Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, dan Komite PPI untuk pengorganisasian dan tata laksana kerjanya ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Kedua
Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 38

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal adalah wadah nonstruktural yang bertugas melakukan audit kinerja internal RSUD.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Audit kinerja internal rumah sakit dilakukan untuk menilai efisiensi, efektifitas, dan kepatutan serta kepatuhan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan, dalam penyelenggaraan RSUD.
- (4) Audit kinerja internal rumah sakit meliputi:
 - a. audit kinerja pelayanan/operasional; dan
 - b. audit kinerja keuangan.
- (5) Audit kinerja pelayanan/operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, meliputi audit atas kinerja pengelolaan administrasi pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, pelayanan penunjang, dan pengelolaan sarana prasarana, sumber daya manusia, penelitian dan pengembangan serta pelayanan umum lainnya.
- (6) Audit kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b meliputi audit atas kinerja pengelolaan administrasi keuangan dan sistem pengamanan aset RSUD.
- (7) Selain bertugas melaksanakan audit kinerja internal rumah sakit, Satuan Pemeriksaan Internal dapat melakukan Audit dengan tujuan tertentu atas permintaan Direktur.
- (8) Audit dengan tujuan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dilakukan untuk menindaklanjuti hasil audit oleh Dewan Pengawas RSUD, Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi Riau, instansi pemeriksa eksternal lainnya, dan pendalaman hasil audit sebelumnya, serta menindaklanjuti pengaduan masyarakat.

Pasal 39

Dalam melaksanakan tugas, Satuan Pemeriksaan Internal menyelenggarakan fungsi:

- a. memantau dan mengevaluasi pelaksanaan manajemen risiko di RSUD;
- 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. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengawasan internal yang ditugaskan oleh Direktur;

- d. memantau pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
- e. memberikan konsultasi, advokasi, pembimbingan dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional RSUD.

Pasal 40

- Dalam melaksanakan tugas, Satuan Pemeriksaan Internal berwenang:
- a. menyusun, mengubah dan melaksanakan kebijakan pemeriksaan internal;
 - b. mendapatkan akses terhadap semua dokumen, sarana dan prasarana, informasi atas obyek audit yang dilaksanakan berkaitan dengan pelaksanaan tugas;
 - c. mendapatkan keterangan atau informasi dari semua pihak yang terkait dengan obyek audit yang dilaksanakan;
 - d. melakukan verifikasi dan uji kehandalan terhadap informasi yang diperoleh; dan
 - e. melibatkan ahli atau auditor lain dalam melaksanakan audit.

Pasal 41

Direktur dapat memberikan tugas, fungsi dan wewenang selain yang diatur dalam Peraturan Walikota ini, sepanjang dimaknai dalam lingkup tugas pengawasan internal RSUD.

Pasal 42

- (1) Kepala Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Masa jabatan Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.
- (3) Susunan organisasi Satuan Pemeriksaan Internal terdiri dari:
 - a. Kepala Satuan Pemeriksa Internal;
 - b. Kepala Sub Satuan merangkap anggota/auditor; dan
 - c. Anggota/auditor.
- (4) Struktur organisasi dan jumlah keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal disesuaikan kebutuhan RSUD.
- (5) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal tidak dapat merangkap dalam jabatan lain di RSUD.
- (6) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal pada RSUD merupakan jabatan fungsional auditor yang dijabat oleh Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 43

- (1) Persyaratan Kepala Satuan Pemeriksaan Internal:
 - a. berpendidikan paling rendah Sarjana (S1);
 - b. lulus sertifikasi pendidikan dan pelatihan profesi auditor internal;
 - c. diutamakan berpengalaman di bidang manajemen rumah sakit dan/atau pemeriksaan internal minimal 3 (tiga) tahun; dan
 - d. dapat bekerja penuh waktu.
- (2) Persyaratan anggota/auditor Satuan Pemeriksaan Internal:
 - a. berpendidikan paling rendah Sarjana (S1);
 - b. diutamakan lulus sertifikasi pendidikan dan pelatihan profesi auditor internal; dan
 - c. dapat bekerja penuh waktu.

Pasal 44

- (1) Setiap auditor Satuan Pemeriksaan Internal berkewajiban memelihara dan meningkatkan kompetensinya melalui pendidikan dan pelatihan professional yang berkelanjutan.
- (2) Direktur bertanggung jawab untuk memfasilitasi peningkatan kompetensi auditor sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Pasal 45

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal wajib menyusun laporan hasil audit dan disampaikan kepada Direktur.
- (2) Laporan hasil audit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat disampaikan kepada Dewan Pengawas RSUD, Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi Riau atau instansi yang berwenang atas persetujuan Direktur.

Pasal 46

- (1) Direktur wajib menindaklanjuti rekomendasi sesuai laporan hasil audit yang disampaikan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal harus memantau pelaksanaan tindak lanjut sesuai rekomendasi oleh unit kerja terkait di RSUD.

Bagian Ketiga Instalasi RSUD

Pasal 47

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Instalasi mempunyai tugas membantu Direktur dalam penyelenggaraan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (5) Kepala Instalasi bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bagian atau Bidang terkait.
- (6) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang/bagian dan/atau seksi/subbagian terkait.
- (7) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.

Pasal 48

- (1) Jumlah dan jenis Instalasi disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan RSUD.
- (2) Perubahan jumlah dan jenis Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Pasal 49

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Bagian atau Bidang terkait.

Bagian Keempat
Pengadaan Barang dan Jasa

Pasal 50

Pengadaan Barang dan Jasa di RSUD untuk pengorganisasian dan tata laksana kerjanya diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

BAB VI
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BY LAWS*)

Pasal 51

Peraturan internal staf medis (*Medical Staff By Laws*) bertujuan:

- a. agar komite medis dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi; dan
- b. Untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medis. Putusan itu dilandasi semangat bahwa hanya staf medis yang kompeten dan berperilaku profesional sajalah yang boleh melakukan pelayanan medis di RSUD.

BAB VII
PENGORGANISASIAN STAF MEDIS

Bagian Kesatu
Staf Medis

Pasal 52

- (1) Staf Medis dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran dilingkungan rumah sakit bertanggung jawab profesi secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional.
- (2) Untuk menjadi Staf Medis 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;
 - e. telah melalui proses kredensial yang dilakukan oleh komite medis;
 - f. memiliki surat penugasan klinis dari Direktur rumah sakit;
 - g. mengikuti program pengenalan tugas/program orientasi bagi staf medis fungsional baru; dan
 - h. mengikuti ketentuan kepegawaian di RSUD.

Pasal 53

Pemilik RSUD dapat mengangkat dan memberhentikan Staf Medis dengan Keputusan Walikota tanpa atau dengan rekomendasi Direktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua
Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 54

- (1) Tugas Staf Medis adalah:
 - a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, dan pemulihan sesuai dengan kompetensinya;

- b. memberikan pelayanan Medis yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di RSUD;
 - c. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
 - d. memberikan pendidikan dan pelatihan kepada peserta didik yang ada dalam program Staf Medis dan RSUD;
 - e. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan; dan
 - f. menyusun, mengumpulkan, menganalisis, dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.
- (2) Fungsi Staf Medis adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.

Pasal 55

- (1) Wewenang masing-masing Staf Medis disusun oleh Ketua Kelompok Staf Medis dan kemudian disetujui dan dibuatkan rekomendasi oleh Komite Medis kepada Direktur RSUD dan selanjutnya dibahas dalam rapat bidang dan bagian untuk disahkan oleh Direktur.
- (2) Tanggung Jawab Staf Medis adalah:
 - a. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya sesuai ketentuan; dan
 - b. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat jalan yang menjadi tanggung jawabnya saat pelayanan.

Bagian Ketiga Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

Pasal 56

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Bidang Pelayanan dan dan/atau Komite Medis.
- (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 Medis.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan dilakukan oleh Kepala Bidang Pelayanan.
- (5) Pembinaan dan pengawasan kepegawaian dilakukan oleh Kepala Bagian Tata Usaha.

Pasal 57

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

Bagian Keempat Kelompok Staf Medis

Pasal 58

- (1) Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis.

- (2) Setiap Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medis sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (3) Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) beranggotakan paling sedikit 2 (dua) orang Staf Medis.
- (4) Dalam hal tidak terdapat Staf Medis dengan profesi dan keahlian yang sama, dapat dilakukan penggabungan Staf Medis dengan profesi dan keahlian yang berbeda dalam satu Kelompok Staf Medis.
- (5) Kelompok Staf Medis terdiri dari:
 - a. Kelompok Staf Medis Penyakit Dalam, merupakan penggabungan dari Dokter Spesialis Penyakit Dalam, Dokter Spesialis Neurologi, Dokter Spesialis Paru dan Dokter Spesialis Psikiatri;
 - b. Kelompok Staf Medis Anak;
 - c. Kelompok Staf Medis Obstetri dan Ginekologi;
 - d. Kelompok Staf Medis Bedah, merupakan penggabungan dari Dokter Spesialis Bedah, Dokter Spesialis Anastesi dan Dokter Spesialis Orthopedi;
 - e. Kelompok Staf Medis Radiologi, merupakan penggabungan dari Dokter Spesialis Radiologi dan Dokter Spesialis Patologi Klinik;
 - f. Kelompok Staf Medis Patologi Anatomi;
 - g. Kelompok Staf Medis Dokter Umum;
 - h. Kelompok Staf Medis Dokter Gigi Spesialis, merupakan penggabungan dari Dokter Gigi Umum, Dokter Spesialis Bedah Mulut dan Dokter Spesialis Paedodonti;
 - i. Kelompok Staf Medis Mata, Kulit;
 - j. Kelompok Staf Medis Telinga Hidung dan Tenggorokan; dan
 - k. Kelompok Staf Medis Paru.
- (6) Penambahan dan pengurangan Kelompok Staf Medis ditetapkan oleh Direktur

Pasal 59

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

Pasal 60

Kelompok Staf Medis RSUD mempunyai kewajiban:

- a. menyusun Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis bidang keilmuan yang terdiri dari Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional di bawah koordinasi Komite Medis;
- b. menyusun pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, tugas jaga, rawat intensif, tugas di kamar operasi, 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.
- c. menyusun indikator kinerja mutu klinis/mutu pelayanan medis yang meliputi indikator output atau *outcome*; dan

- d. memberikan masukan dan pertimbangan dalam pengembangan program pelayanan.

Pasal 61

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

- a. memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota Staf Medis baru dan penempatan ulang anggota Staf Medis kepada Direktur setelah anggota Staf Medis tersebut melalui proses kredensial/rekredensial oleh Komite Medis;
- b. melakukan evaluasi kinerja anggota Staf Medis di dalam kelompoknya; dan
- c. melakukan evaluasi dan mengusulkan revisi terhadap Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis.

Bagian Kelima Mitra Bestari (*Peer Group*)

Pasal 62

- (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) Staf medis dalam mitra bestari pada ayat (1) tidak terbatas dari staf medis yang ada di RSUD, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit yaitu perhimpunan dokter spesialis (kolegium) atau fakultas kedokteran.
- (3) Direktur dapat membentuk panitia *Ad hoc* yang terdiri dari Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di RSUD berdasarkan permohonan Komite Medis.

Bagian Keenam Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Pasal 63

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di RSUD.
- (2) Syarat Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang di usulkan oleh Kelompok Staf Medis terkait dan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan terdiri dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pada pelayanan gawat darurat, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pada pelayanan rawat jalan dan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pada pelayanan rawat inap.
- (4) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat saat itu.
- (5) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.

- (6) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.

Pasal 64

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sesudah pasien masuk rawat inap dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan 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; dan
 - c. melakukan presentasi kasus medis dihadapan Komite Medis apabila diperlukan.
- (3) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan, maka Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pertama dapat mengalihkan Dokter Penanggung Jawab Pasien kepada Staf Medis lain yang berkompeten melalui mekanisme konsul.
- (4) Dalam hal kondisi pasien memerlukan rawat bersama beberapa disiplin ilmu kedokteran, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan tetap menjadi penanggung jawab pasien

Pasal 65

- (1) Staf Medis yang dapat menjadi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan memiliki kriteria:
 - a. mempunyai izin Praktik yang masih berlaku di RSUD; dan
 - b. mempunyai Penugasan klinis yang masih berlaku di RSUD.
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ditetapkan berdasarkan:
 - a. pelayanan yang akan diberikan sesuai kompetensi dokter berdasarkan kasus yang dihadapi;
 - b. kondisi/keadaan pasien;
 - c. daftar jaga dokter spesialis yang ada sesuai peraturan yang ada di RSUD; atau
 - d. permintaan pasien dan keluarganya sesuai peraturan yang berlaku di RSUD.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Dalam hal Dokter Penanggung Jawab Pelayanan khususnya dokter spesialis bidang tertentu tidak berada di tempat, maka kepala bidang pelayanan dapat menawarkan kepada dokter spesialis bidang serumpun, dan atau memerintahkan dokter umum untuk memberikan pelayanan medis kepada pasien sampai dokter spesialis tersebut kembali.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan khususnya dokter spesialis bidang tertentu tidak berada di tempat ayat (4) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

BAB VIII
KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)

Pasal 66

- (1) Kewenangan Klinis adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Tanpa Kewenangan Klinis maka seorang dokter/dokter gigi tidak dapat menjadi anggota Kelompok Staf Medis.
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan pertimbangan antara lain:
 - a. *Clinical Appraisal* (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
 - b. Standar Profesi dari organisasi profesi;
 - c. Standar Pendidikan; dan
 - d. Standar Kompetensi dari Kolegium.
- (4) Dalam hal terdapat kewenangan klinis yang dapat dilakukan oleh lebih dari 1 (satu) Kelompok Staf Medis, maka keputusan penentuan kewenangan ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Komite Medis.

Pasal 67

Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis RSUD diberikan kewenangan klinis (*Clinical privilege*) oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medis:

- a. penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang diakui oleh masing-masing organisasi profesi;
- b. berdasarkan hasil kredensial Subkomite Kredensial di RSUD; dan
- c. dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medis dapat meminta informasi atau pendapat dari kolegium terkait.

Pasal 68

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

Pasal 69

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

- (5) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditandatangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medis

Pasal 70

Kewenangan klinis sementara dapat diberikan oleh Direktur kepada dokter tamu, dokter bertugas dengan waktu tertentu, dokter dengan penugasan dari fakultas dan dokter pengganti.

Pasal 71

Dalam keadaan bencana alam, kegawat daruratan akibat bencana massal,kerusakan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis RSUD dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memilikikemampuan untuk melakukannya.

BAB IX

PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

Pasal 72

- (1) Setelah melalui proses kredensial Direktur akan menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis.
- (2) Kewenangan Klinis yang terhimpun dalam Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi yang diberikan oleh Komite Medis.
- (3) Surat Penugasan Klinis hanya dapat diberikan kepada Staf Medis yang mempunyai Surat Ijin Praktik dan Surat Tanda Registrasi yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran/Kedokteran Gigi Indonesia.
- (4) Surat Penugasan Klinis di RSUD pada seorang Staf Medis hanya dapat ditetapkan bila yang bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut:
 - a. memenuhi syarat sebagai Staf Medis berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal RSUD ini;
 - b. menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas RSUD;
 - c. mencatat seluruh pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di rumah sakit diisi dengan lengkap, benar dan tuntas dalam jangka waktu sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - d. memperhatikan segala permintaan rumah sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis di Rumah Sakit dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinik, *Clinical Pathway* dan prosedur operasional/manajerial/administrasi yang berlaku di RSUD;
 - e. mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri; dan
 - f. memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di RSUD.

- (5) Staf Medis yang mendapat Penugasan Klinis di RSUD dapat berstatus sebagai dokter purna waktu atau dokter paruh waktu.
- (6) Dokter tamu/Dokter Konsultan dapat memberikan pelayanan dalam rangka alih ketrampilan dan keilmuan (*transfer of knowledge/skill*) tanpa dilakukan kredensial.
- (7) Surat Penugasan Klinis dapat berakhir dalam hal:
 - a. izin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan medis secara menetap;
 - c. Staf Medis yang telah memasuki masa pensiun dapat dipurnabaktikan dengan sistem pegawai kontrak sesuai kebutuhan berdasarkan kebijakan/pertimbangan Direktur;
 - d. Staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) atau kontrak;
 - e. Staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelainan, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medis;
 - f. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; dan/atau
 - g. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan RSUD setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
- (9) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketetapan dan/atau kontrak kerja yang berlaku (bagi tenaga kontrak).

BAB X KOMITE MEDIS

Bagian Kesatu Umum

Pasal 73

- (1) Komite Medis adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Tugas Komite Medis adalah meningkatkan profesionalisme staf medis secara:
 - a. melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis.
- (3) Komite Medis dipimpin oleh seorang ketua dan disebut sebagai Ketua Komite Medis yang ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun dan dapat ditetapkan kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan dengan mempertimbangkan masukan dari Ketua Staf Medis.
- (4) Sekertaris Komite Medis ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun dan dapat ditetapkan kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan dengan mempertimbangkan masukan dari Ketua Komite Medis.
- (5) Struktur organisasi Komite Medis terdiri dari:
 - a. Ketua Komite Medis;
 - b. Sekretaris Komite Medis; dan

- c. Anggota terdiri dari:
 1. Subkomite Kredensial;
 2. Subkomite Mutu Profesi Medis; dan
 3. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- (6) Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh Personalia Komite Medis oleh Direktur.
- (7) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana ayat (2) di atas Komite Medis menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudianditetapkan penggunaannya oleh Direktur.

Bagian Kedua
Rapat

Pasal 74

- (1) Mekanisme pengambilan keputusan Komite Medis berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*).
- (2) Keputusan sebagaimana dalam ayat (1) diputuskan melalui Rapat Komite Medis dan Subkomite.
- (3) Mekanisme jenis rapat dan pelaksanaan rapat tersebut diatur lebih lanjut dalam Pedoman Rapat Pengambilan Keputusan Komite Medis.

Pasal 75

- (1) Komite Medis mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di RSUD dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medis 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 Medis;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medis; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medis 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 RSUD 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 Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin (Tim Panel);
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di RSUD; dan
 - d. pemberian nasehat/ pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 76

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

BAB XI PENGORGANISASIAN SUBKOMITE

Pasal 77

- Komite Medis dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh Subkomite, yang terdiri dari:
- a. Subkomite Kredensial;
 - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

Pasal 78

Pembentukan Subkomite ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun atas usulan Ketua Komite Medis setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medis.

Pasal 79

- Susunan organisasi Subkomite terdiri dari:
- a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Anggota.

BAB XI SUBKOMITE KREDENSIAL

Pasal 80

- (1) Subkomite Kredensial di RSUD terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di RSUD.

- (2) Pengorganisasian Subkomite Kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan dan diangkat oleh Direktur dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medis.

Pasal 81

Tugas dan wewenang Subkomite Kredensial adalah:

- a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari Kelompok Staff Medis;
- b. melakukan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku; dan
 4. etika profesi;
- c. mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan) tenaga medis;
- d. mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
- e. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Ketua Komite Medis; dan
- f. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medis.

Pasal 82

Proses kredensial yang dilakukan oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:

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

Pasal 83

- (1) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur dan terdokumentasi.
- (2) Proses kredensial dilakukan oleh Tim Mitra Bestari (*peer group*) yang merupakan bentukan dari Subkomite Kredensial.
- (3) Setelah dilakukannya proses kredensial Komite Medis 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 84

- (1) Subkomite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
 - a. 2 (dua) bulan sebelum habis masa berlakusurat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis;
 - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalain terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental; dan

- d. staf medis yang ingin diperluas kewenangan klinisnya (*clinical privilege*).
- (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; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
 - (3) Subkomite Kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

BAB XII SUBKOMITE MUTU PROFESI

Pasal 85

- (1) Subkomite Mutu Profesi di RSUD terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di RSUD tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Subkomite Mutu Profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan dan diangkat oleh Direktur dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medis.

Pasal 86

Tugas dan wewenang Subkomite Mutu Profesi adalah :

- a. berperan menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*);
- b. melakukan audit medis;
- c. mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan bagi tenaga medis;
- d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan bagi tenaga medis RSUD;
- 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 87

- (1) Audit medis yang dilakukan oleh RSUD 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 RSUD.
- (2) Hasil dari Audit medis sebagaimana dalam ayat (1) berfungsi sebagai:
 - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di RSUD;

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

Pasal 88

- (1) Subkomite Mutu Profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis.
- (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 RSUD sebagai nara sumber dan peserta aktif.
- (4) Subkomite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian RSUD memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (5) Subkomite Mutu Profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
- (6) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

Pasal 89

- (1) Komite Medis berkoordinasi dengan Direktur untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*).
- (2) Subkomite Mutu Profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/ mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.

BAB XIII

SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 90

- (1) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi di RSUD terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di RSUD tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Subkomite Etika dan Disiplin Profesi sekurang-kurangnya terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota yang ditunjuk dan ditetapkan oleh Direktur dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medis.

Pasal 91

Tugas Subkomite Etika dan Disiplin Profesi:

- a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di RSUD;

- c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.

Pasal 92

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

- a. pedoman pelayanan kedokteran di RSUD;
- b. prosedur kerja pelayanan di RSUD;
- c. daftar kewenangan klinis di RSUD;
- d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis di RSUD;
- 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 medis/ klinik; dan
- i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Pasal 93

- (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 RSUD atau luar RSUD, baik atas permintaan Komite Medis dengan persetujuan Direktur atau Direktur Rumah Sakit terlapor.
- (2) Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar RSUD.
- (3) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar RSUD mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh RSUD berdasarkan rekomendasi Komite Medis.

Pasal 94

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya dan sebagainya yang dilakukan oleh unit kerja RSUD terkait seperti unit pendidikan dan latihan, Komite Medis dan sebagainya.

Pasal 95

- (1) Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di RSUD melalui kelompok profesinya kepada Komite Medis.
- (2) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Pasal 96

Tiap-tiap Subkomite bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medis mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.

BAB XIV
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS (*CLINICAL GOVERNANCE*)

Pasal 97

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

- a. melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis masing-masing dalam Tata Kelola Klinis (*clinical governance*) RSUD dan kelompok Staf Medis (KSM);
- b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang disesuaikan dengan kebutuhan medis pasien;
- c. melakukan konsultasi kepada dokter umum, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien; dan
- d. merujuk pasien apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana pada Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

BAB XV
PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN (*NURSING STAFF BY LAWS*)

Pasal 98

- (1) Maksud dibuatnya Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah agar komite keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi perawat di RSUD.
- (2) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah
 - a. mewujudkan profesionalisme perawat di RSUD;
 - b. mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di RSUD;
 - c. menegakkan etik dan disiplin profesi perawat di RSUD; dan
 - d. memberikan dasar hukum bagi mitra bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Keperawatan.

BAB XVI
PENGORGANISASIAN STAF KEPERAWATAN

Bagian Kesatu
Staf Keperawatan

Pasal 99

- (1) Staf Keperawatan dalam menjalankan tugas profesi/praktik Keperawatan dilingkungan rumah sakit bertanggung jawab profesi secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional.
- (2) Untuk menjadi Staf Keperawatan harus memenuhi persyaratan:
 - a. mempunyai Ijasah dari Pendidikan Tinggi/Akademi Keperawatan dan Kebidanan yang diakui pemerintah;
 - b. mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR);
 - c. mempunyai surat penugasan bagi pegawai negeri sipil;
 - d. memiliki Surat Ijin Praktek Keperawatan (SIPP) dan Surat Ijin Kerja Bidan (SIKB) di RSUD;
 - e. telah melalui proses kredensial yang dilakukan oleh komite Keperawatan;
 - f. memiliki surat penugasan klinis dari Direktur;
 - g. mengikuti program pengenalan tugas/program orientasi bagi staf keperawatan fungsional baru; dan
 - h. mengikuti ketentuan kepegawaian di RSUD.

Pasal 100

Pemilik RSUD dapat mengangkat dan memberhentikan Staf Keperawatan dengan Keputusan Walikota tanpa atau dengan rekomendasi Direktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 101

- (1) Tugas Staf Keperawatan adalah:
 - a. melaksanakan kegiatan praktek keperawatan dan praktek kebidanan dalam bentuk asuhan keperawatan yang meliputi pemberi asuhan keperawatan dan kebidanan, penyuluh dan konselor bagi klien, pengelola pelayanan keperawatan, peneliti keperawatan, pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sesuai dengan kewenangan klinis di area praktek keperawatan dan kebidanannya;
 - b. memberikan pelayanan Keperawatan dan kebidanan yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di RSUD;
 - c. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
 - d. memberikan pendidikan dan pelatihan kepada peserta didik yang ada dalam program Staf Keperawatan dan RSUD; dan
 - e. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan Keperawatan dan etika Keperawatan yang sudah ditetapkan.
- (2) Fungsi Staf Keperawatan adalah sebagai pelaksana pelayanan Keperawatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang Keperawatan.

Pasal 102

- (1) Wewenang masing-masing Staf Keperawatan disusun oleh Ketua Kelompok Staf Keperawatan dan kemudian disetujui dan dibuatkan rekomendasi oleh Komite Keperawatan kepada Direktur dan selanjutnya dibahas dalam rapat bidang keperawatan untuk disahkan oleh Direktur.
- (2) Tanggung jawab Staf Keperawatan adalah melaksanakan pelayanan keperawatan/kebidanan sesuai dengan kode etik, standar pelayanan keperawatan/kebidanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan serta mendokumentasikan asuhan keperawatan/kebidanan sesuai standar.

Bagian Ketiga

Pembinaan dan Pengawasan Staf Keperawatan

Pasal 103

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf Keperawatan yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Bidang Keperawatan dan/atau Komite Keperawatan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf Keperawatan meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, asuhan keperawatan, kendali mutu, disiplin profesi dan etika profesi.

- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, asuhan keperawatan, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Keperawatan.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan dilakukan oleh Kepala Bidang Keperawatan.

Pasal 104

Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap Staf Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

BAB XVII KEWENANGAN KLINIS

Pasal 105

- (1) Kewenangan Klinis seorang staf keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Keperawatan yang diberikan melalui penerbitan Penugasan Klinis.
- (2) Asuhan Keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi Kewenangan Klinis melalui proses Kredensial.

Pasal 106

- (1) Kewenangan Klinis yang diberikan kepada staf keperawatan disesuaikan dengan kategori jenjang klinis keperawatan.
- (2) Kewenangan Klinis yang diberikan kepada tenaga bidan disesuaikan dengan peraturan perundangan-undangan yang berlaku.
- (3) Kewenangan klinis tenaga keperawatan untuk melakukan tindakan medis merupakan tindakan yang bersifat delegasi dan mandat yang memerlukan kewenangan klinis tertentu dan perlu di kredensial.
- (4) Delegasi adalah tindakan medis yang diberikan kepada perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.
- (5) Mandat adalah tindakan medis yang diberikan kepada perawat dibawah pengawasan pemberi mandat.

Pasal 107

Jenjang Klinis Keperawatan terdiri dari :

- a. Jenjang Perawat Pra Klinik;
- b. Jenjang Perawat Klinik 1;
- c. Jenjang Perawat Klinik 2;
- d. Jenjang Perawat Klinik 3;
- e. Jenjang Perawat Klinik 4; dan
- f. Jenjang Perawat Klinik 5.

Pasal 108

Dalam keadaan tertentu kewenangan klinis dapat diberikan kepada staf keperawatan dengan melihat kondisi berupa:

- a. kewenangan klinis sementara; dan
- b. kewenangan klinis dalam keadaan darurat.

Pasal 109

Penjabaran kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 105 dan Pasal 106 selanjutnya diatur dalam Buku Putih (*White Paper*) Keperawatan RSUD.

Pasal 110

Penyusunan Buku Putih (*White Paper*) kewenangan klinis keperawatan disusun oleh Panitia *Adhoc* yang dibentuk oleh Komite Keperawatan RSUD dengan melibatkan Mitra Bestari (*Peer Group*).

Pasal 111

Dalam rangka mendapatkan kewenangan klinis, staf keperawatan mengajukan secara tertulis kepada komite keperawatan RSUD dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan.

Pasal 112

Komite Keperawatan menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf keperawatan sebagai dasar mengeluarkan rekomendasi Kewenangan Klinis staf keperawatan.

Pasal 113

Dalam hal proses kredensial memerlukan tenaga yang banyak, maka Subkomite Kredensial mengajukan kepada Ketua Komite Keperawatan agar dibentuk Panitia *Adhoc* untuk melakukan proses kredensial staf keperawatan.

Pasal 114

Dalam hal proses kredensial telah selesai, maka Subkomite Kredensial mengeluarkan rekomendasi kepada Komite Keperawatan.

Pasal 115

Rekomendasi Subkomite Kredensial dapat berupa:

- a. direkomendasikan diberi kewenangan klinis;
- b. tidak direkomendasikan; dan
- c. direkomendasikan dengan syarat.

Pasal 116

Komite Keperawatan menetapkan kewenangan klinis staf keperawatan atas dasar rekomendasi dari Subkomite Kredensial.

BAB XVIII PENUGASAN KLINIS

Pasal 117

Komite Keperawatan mengusulkan kepada Direktur agar dikeluarkan penugasan klinis staf keperawatan sesuai dengan kewenangan klinis.

Pasal 118

Direktur mengeluarkan penugasan klinis kepada staf keperawatan dalam untuk jangka waktu 5 (lima) tahun.

Pasal 119

Dalam hal tertentu, Direktur berhak mengeluarkan surat pengakhiran Penugasan Klinis kepada staf keperawatan atas rekomendasi Subkomite Etik dan Disiplin Profesi melalui Komite Keperawatan dalam hal:

- a. izin praktek yang bersangkutan sudah tidak berlaku;
- b. kondisi fisik atau mental staf keperawatan yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan keperawatan;

- c. Staf keperawatan tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam Kewenangan Klinis yang dicantumkan dalam penugasan klinis;
- d. Staf keperawatan telah melakukan tindakan yang tidak professional atau perilaku menyimpang lainnya;
- e. Staf keperawatan diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; dan/atau
- f. Staf keperawatan diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan RSUD.

BAB XIX KOMITE KEPERAWATAN

Pasal 120

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada Pasal 120 Ayat 1 huruf c, terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial;
 - b. Subkomite Mutu; dan
 - c. Subkomite Etik dan Disiplin.
- (3) Ketua komite keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD.
- (4) Sekretaris dan Subkomite diusulkan oleh ketua komite keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD.

Pasal 121

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

Pasal 122

Komite keperawatan memberikan jaminan kepada Direktur bahwa tenaga keperawatan memiliki kompetensi kerja yang tinggi sesuai standar pelayanan dan berperilaku baik sesuai etika profesinya.

Pasal 123

Komite keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesional berkelanjutan.

Pasal 124

- (1) Tanggung jawab Komite Keperawatan:
 - a. Komite keperawatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur; dan
 - b. menjaga citra dan nama baik komite keperawatan pada khususnya dan seluruh pelayanan keperawatan di RSUD pada umumnya.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:
 - a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;

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

Pasal 125

Dalam melaksanakan fungsinya komite keperawatan dibantu oleh Panitia *Adhoc* yang terdiri dari Mitra Bestari sesuai dengan disiplin/spesifikasi dan peminatan tenaga keperawatan berdasarkan kebutuhan RSUD.

Pasal 126

Komite Keperawatan sebagai mitra kerja dari bidang keperawatan dan tidak bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Keperawatan.

Pasal 127

Komite keperawatan bekerja sama dan melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Keperawatan serta saling memberikan masukan tentang perkembangan profesi keperawatan dan kebidanan di RSUD.

BAB XX RAPAT

Pasal 128

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari Rapat Kerja, Rapat Rutin, Rapat Pleno, dan Sidang Tahunan.
- (3) Rapat Kerja:
 - a. Rapat Kerja yaitu rapat yang dilaksanakan 1 (satu) kali dalam setahun untuk membahas rencana kerja;
 - b. Rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite, Kasi Keperawatan, Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan; dan
 - c. Agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat Rutin:
 - a. Rapat Rutin merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, melakukan klarifikasi, mencari alternatif solusi berbagai masalah pelayanan keperawatan dan membuat usulan tentang kebijakan pelayanan keperawatan;
 - b. Rapat Rutin keperawatan dilaksanakan 1 (satu) kali dalam sebulan diikuti oleh Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan, dan Supervisor; dan
 - c. Rapat Rutin keperawatan dipimpin oleh Kepala Bidang Keperawatan atau Ketua Komite Keperawatan.
- (5) Rapat Pleno:
 - a. Rapat Pleno yaitu rapat koordinasi yang diadakan untuk mencari alternatif solusi berbagai masalah pelayanan keperawatan yang bersifat urgen;

- b. Rapat Pleno Keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan; dan
 - c. Rapat Pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite dan Kasi Keperawatan.
- (6) Sidang Tahunan:
- a. Sidang Tahunan yaitu sidang yang dilakukan oleh keperawatan untuk melakukan evaluasi terhadap program kerja yang telah dilaksanakan;
 - b. Sidang Tahunan keperawatan diadakan 1 (satu) kali dalam setahun;
 - c. Sidang Tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite, Kasi Keperawatan, Panitia keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan;
 - d. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu;
 - e. keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 (dua pertiga) peserta yang hadir.

BAB XXI

SUBKOMITE KREDENSIAL, MUTU PROFESI, ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 129

- (1) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 ayat (2) huruf a bertugas:
- a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
 - b. menyusun Buku Putih (*White Paper*);
 - c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
 - d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
 - e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun;
 - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur;
 - h. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
 - i. menyusun Buku Putih (*White Paper*);
 - j. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
 - k. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
 - l. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - m. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun;
 - n. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut dalam pasal 126 ayat (1), Subkomite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya tim *Adhoc* kepada ketua komite keperawatan.

Pasal 130

- (1) Subkomite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 ayat (2) huruf b bertugas:
- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;

- c. melakukan audit asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut dalam pasal 130 ayat (1), Subkomite Mutu profesi dapat mengusulkan dibentuknya tim *Adhoc* kepada ketua komite keperawatan baik insidental atau permanen.

Pasal 131

- (1) Subkomite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam pasal 120 ayat (2) huruf c bertugas:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi, asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
 - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis; dan
 - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Subkomite Etik dan Disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (1), komite keperawatan membentuk panitia *Adhoc* baik insidental atau permanen.

BAB XXII

PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 132

- (1) Dalam memberikan pelayanan keperawatan dan kebidanan diperlukan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional dan kebutuhan dasar pasien.
- (2) Memenuhi kebutuhan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 132 ayat (1), Komite Keperawatan bersama-sama Bidang Keperawatan berkewajiban menyusun:
- a. standar profesi keperawatan dan kebidanan;
 - b. standar pelayanan keperawatan dan kebidanan; dan
 - c. standar prosedur operasional keperawatan dan kebidanan.
- (3) Dalam keadaan tidak mampu, setiap staf keperawatan berkewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada tenaga keperawatan lain yang dianggap lebih mampu.

Pasal 133

- (1) Pengorganisasian staf keperawatan di RSUD dilakukan dengan pembentukan Kelompok Staf Keperawatan berdasarkan Spesialisasi Keperawatan.
- (2) Kelompok Staf Keperawatan dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Kelompok Staf Keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bidang Keperawatan.
- (4) Kelompok Staf Keperawatan merupakan kelompok yang mengkoordinasikan pelayanan profesi keperawatan

Pasal 134

Tujuan pengoorganisasian staf keperawatan adalah agar staf keperawatan di rumah sakit dapat fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas, efisien dan bertanggung jawab.

Pasal 135

- (1) Pengelompokan staf keperawatan kedalam Kelompok Staf Keperawatan adalah berdasarkan Spesialisasi Keperawatan.
- (2) Kelompok Staf Keperawatan RSUD terdiri dari:
 - a. Kelompok Staf Keperawatan Medis Bedah;
 - b. Kelompok Staf Keperawatan Anak;
 - c. Kelompok Staf Keperawatan Maternitas; dan
 - d. Kelompok Staf Keperawatan Gawat Darurat dan Perawatan Kritis.
- (3) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan Kelompok Staf Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Seluruh staf keperawatan baik pegawai tetap atau pegawai kontrak wajib menjadi anggota Kelompok Staf Keperawatan kecuali Perawat magang (Jenjang Perawat Pra Klinik).
- (5) Setiap Kelompok Staf Keperawatan beranggotakan minimal 5 (lima) orang staf keperawatan, dalam hal staf keperawatan dengan spesialisasi yang sama kurang dari 5 (lima) orang atau belum ditetapkan sebagai Kelompok Staf Keperawatan tertentu, maka staf keperawatan yang bersangkutan masuk dalam Kelompok Staf Keperawatan yang ada di RSUD.
- (6) Penempatan staf keperawatan kedalam Kelompok Staf Keperawatan ditetapkan dengan surat keputusan Direktur yang tercantum didalam surat Penugasan Klinis.

Pasal 136

- (1) Setiap Kelompok Staf Keperawatan dipimpin oleh seorang ketua yang ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (2) Dalam menentukan Ketua Kelompok Staf Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari bidang keperawatan dan komite keperawatan.
- (3) Penetapan sebagai Ketua Kelompok Staf Keperawatan dengan surat keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Apabila Ketua Kelompok Staf Keperawatan diangkat menjadi ketua komite keperawatan maka Direktur menetapkan Ketua Kelompok Staf Keperawatan yang baru sebagai penggantinya.
- (5) Ketua Kelompok Staf Keperawatan mempunyai tugas:
 - a. mengusulkan uraian tugas dan tata kerja anggota Kelompok Staf Keperawatan untuk ditetapkan oleh Direktur;
 - b. mengkoordinasikan semua kegiatan anggota Kelompok Staf Keperawatan dalam hal:
 1. menyusun pedoman pelayanan keperawatan dan standar prosedur kerja yang berhubungan dengan bidang keilmuan/keprofesian, dibawah koordinasi komite keperawatan untuk ditetapkan Direktur;
 2. melakukan perbaikan pedoman pelayanan keperawatan dan dokumen terkait yang perlu disempurnakan agar sesuai dengan situasi dan kondisi yang berkembang; dan

3. membuat usulan program peningkatan keilmuan dan ketrampilan semua Anggota Kelompok Staf Keperawatan serta program peningkatan dan pengembangan pelayanan kepada bidang keperawatan;
 - c. membantu bidang keperawatan dalam membina anggota Kelompok Staf Keperawatan, dalam hal:
 1. pemantauan penampilan kinerja pelayanan keperawatan anggota Kelompok Staf Keperawatan berdasarkan data yang komprehensif; dan
 2. pemberian laporan secara tertib dan teratur kepada bidang keperawatan setelah melalui pembahasan bersama anggota Kelompok Staf Keperawatan antara lain mengenai pemantauan indikator mutu pelayanan, hasil evaluasi kinerja tenaga keperawatan, pelaksanaan program pengembangan pelayanan dan pengembangan anggota Kelompok Staf Keperawatan.
- (6) Ketua Kelompok Staf Keperawatan berwenang:
- a. memberikan masukan kepada bidang keperawatan serta Ketua Komite Keperawatan dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi dalam pelayanan keperawatan serta temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik keperawatan;
 - b. mengkoordinasikan anggota Kelompok Staf Keperawatan agar pelayanan keperawatan berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku; dan
 - c. memberikan masukan kepada bidang keperawatan melalui Ketua komite keperawatan mengenai penerimaan calon staf keperawatan baru.
- (7) Untuk mendukung kelancaran tugas Ketua Kelompok Staf Keperawatan, dapat ditunjuk anggota Kelompok Staf Keperawatan sebagai sekretaris dengan keputusan Direktur.

Pasal 137

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian anggota Kelompok Staf Keperawatan ditetapkan dengan keputusan Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi komite keperawatan.
- (2) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian anggota Kelompok Staf Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Pemberhentian staf keperawatan sebagai anggota Kelompok Staf Keperawatan berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian menetap.
- (4) Pemberhentian menetap apabila:
 - a. kondisi fisik dan/atau mental yang bersangkutan tidak mampu lagi secara menetap melakukan tindakan keperawatan, berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh tim kesehatan yang berwenang;
 - b. melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - c. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh organisasi profesi dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi secara tetap/selamanya;
 - d. berakhir masa perjanjian kerja dan tidak diperpanjang; dan/atau
 - e. tidak disetujui untuk diangkat kembali sebagai anggota Kelompok Staf Keperawatan.

- (5) Pemberhentian sementara apabila:
- a. kondisi fisik staf keperawatan yang bersangkutan tidak mampu melakukan tindakan keperawatan lebih dari 6 (enam) bulan sampai dengan 1 (satu) tahun;
 - b. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh organisasi profesi dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi sementara;
 - c. berulang-ulang melakukan pelanggaran disiplin profesi keperawatan atau peraturan lain yang terkait;
 - d. dicabut kewenangan klinisnya; atau
 - e. izin praktek di RSUD sudah tidak berlaku sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. tidak memenuhi standar kompetensi sesuai dengan profesinya;
 - g. staf keperawatan yang memasuki usia pensiun namun berdasarkan pertimbangan Direktur yang bersangkutan masih dapat diangkat sebagai anggota Kelompok Staf Keperawatan/ yang masih dalam proses pertimbangan untuk pengangkatan kembali sebagai anggota Kelompok Staf Keperawatan;
 - h. berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; dan/atau
 - i. cuti diluar tanggungan negara sebagai Pegawai Negeri Sipil.

Pasal 138

- (1) Pengangkatan kembali staf keperawatan sebagai anggota Kelompok Staf Keperawatan diberlakukan bagi staf keperawatan yang selesai menjalani pemberhentian sementara.
- (2) Staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyampaikan:
 - a. surat permohonan dari yang bersangkutan atau rekomendasi tertulis dari Ketua Kelompok Staf Keperawatan terkait;
 - b. fotocopy Surat Tanda Registrasi dari Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI);
 - c. fotocopy Surat Ijin Praktek;
 - d. surat keterangan sehat;
 - e. surat pernyataan sanggup mematuhi dan melaksanakan etika profesi; dan
 - f. surat pernyataan sanggup mematuhi segala peraturan yang berlaku di lingkungan RSUD.
- (3) Bila diperlukan dapat diminta kajian dan rekomendasi dari komite keperawatan untuk pengangkatan kembali anggota Kelompok Staf Keperawatan.
- (4) Direktur dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kerja harus mengeluarkan keputusan persetujuan atau penolakan.

BAB XXIII

PERUBAHAN PERATURAN INTERNAL RSUD (*HOSPITAL BY LAWS*)

Pasal 139

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal RSUD (*Hospital By Laws*) dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Perubahan dapat dilakukan, apabila ada permohonan secara tertulis dari salah 1 (satu) pihak yang terkait dengan Peraturan Internal RSUD (*Hospital By Laws*), yaitu Pemilik, Direktur, Staf Medis, Komite Medis, Staf Keperawatan dan Komite Keperawatan.

- (3) Usulan untuk merubah sebagaimana dimaksud pada ayat (2), hanya dapat dilaksanakan apabila ada pemberitahuan tertulis dari salah 1 (satu) pihak kepada pihak lainnya, yang disampaikan paling lambat 3 (tiga) minggu sebelumnya.
- (4) Perubahan dilakukan dengan menambah Pasal baru dan/atau mengubah Pasal yang telah ada dalam Peraturan Internal RSUD (*Hospital By Laws*) ini.

BAB XXIV
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 140

Semua peraturan RSUD yang dilaksanakan sebelum berlakunya Peraturan Walikota ini, dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Walikota ini.

BAB XXV
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 141

Pada saat Peraturan Walikota ini mulai berlaku, Peraturan Walikota Dumai Nomor 43 Tahun 2009, tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Dumai (Berita Daerah Kota Dumai Tahun 2009 Nomor 38 Seri D), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 142

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Dumai
pada tanggal 16 Maret 2017

WALIKOTA DUMAI,

dto

ZULKIFLI AS

Diundang di Dumai
pada tanggal 16 Maret 2017

SEKRETARIS DAERAH KOTA DUMAI,

dto

M. NASIR

BERITA DAERAH KOTA DUMAI TAHUN 2017 NOMOR 9 SERI E