



SALINAN

BUPATI KAIMANA
PROVINSI PAPUA BARAT

PERATURAN BUPATI KAIMANA

NOMOR 38 TAHUN 2023

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAIMANA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KAIMANA,

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan karena itu rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan bermutu dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- b. bahwa agar penyelenggaraan rumah sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas diperlukan aturan dasar yang mengatur pemilik, direksi dan komite medik dan medis;
- c. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang – Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, maka salah satu kewajiban setiap rumah sakit adalah menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Kaimana;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus Bagi Provinsi Papua (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 135 dan Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4151); sebagaimana beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus Bagi Provinsi Papua (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 155 dan Tambahan Lembaran Negara Republik

- Indonesia Nomor 6697);
2. Undang-undang Nomor 26 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Sarmi, Kabupaten Keerom, Kabupaten Sorong Selatan, Kabupaten Raja Ampat, Kabupaten Pegunungan Bintang, Kabupaten Yahukimo, Kabupaten Tolikara, Kabupaten Waropen, Kabupaten Kaimana, Kabupaten Boven Digoel, Kabupaten Mappi, Kabuapten Teluk Bintuni, Kabupaten Teluk Wondama di Provinsi Papua;
 3. 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), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
 4. 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 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
 5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
 6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAIMANA.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Kaimana;
2. Pemerintah Daerah Kabupaten adalah Bupati sebagai Unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Kaimana;
4. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Law*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
5. Peraturan internal korporasi (*corporate bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.
6. Peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
7. Dewan Pengawas adalah Dewan Pengawas merupakan organ rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan rumah sakit yang bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit.
8. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
9. 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.
10. Satuan Pemeriksaan Internal adalah organ di rumah sakit yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit.
11. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) merupakan wadah non struktural yang terdiri dari sejumlah pejabat fungsional dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.
12. Staf Medis Fungsional (SMF) adalah pelaksana pelayanan medis.
13. Staf Medis Fungsional adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
14. Mitra Bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
15. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).

16. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
17. Tata Kelola Klinis yang Baik (*Good Clinical Governance*) adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, resiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit.
18. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
19. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
20. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkannya peraturan Bupati ini guna memenuhi peraturan internal korporasi, peraturan internal staf medis, peraturan internal staf keperawatan yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tatakelola organisasi yang baik dan tata kelola klinis yang baik.
- (2) Tujuan ditetapkannya Peraturan Bupati ini dimilikinya suatu tatanan peraturan dasar yang mengatur pemerintah daerah sebagai pemilik, pejabat pengelola, staf medis, staf keperawatan dan kebidanan serta tenaga Kesehatan lainnya sehingga penyelenggaraan RSUD dapat efektif, efisien dan berkualitas.

BAB II PERATURAN INTERNAL

Bagian Kesatu Identitas

Paragraph 1 Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 2

- (1) Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kaimana yang selanjutnya disebut RSUD Kaimana.
- (2) Alamat rumah sakit di Jalan Perempatan Kaimana-Tanggaromi km. 01, Kabupaten Kaimana, Provinsi Papua Barat 98654.

Pasal 3

RSUD Kaimana adalah Rumah Sakit Kelas D dan merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Kaimana yang dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kaimana.

Paragraph 2

Visi, Misi, Motto dan Nilai – Nilai Dasar

Pasal 4

- (1) Visi rumah sakit adalah terwujudnya rumah sakit yang maju serta berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
- (2) Misi rumah sakit adalah :
 - a. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan holistik.
 - b. Meningkatkan tata kelola manajemen rumah sakit serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
 - c. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia yang profesional, kreatif dan inovatif serta kolaboratif dalam memberikan pelayanan.
- (3) Visi dan Misi Rumah Sakit dipublikasikan kemasyarakat luas oleh manajemen rumah sakit melalui website rumah sakit dan media lainnya.

Pasal 5

Motto adalah “BERSAMA KITA BISA” yang artinya bekerja bersama dengan prinsip gotong royong untuk mewujudkan Visi dan Misi RSUD Kaimana.

Pasal 6

- (1) Budaya Kerja Pelayanan RSUD Kaimana kepada masyarakat antara lain :
 - a. Senyum;
 - b. Empati;
 - c. Nalar;
 - d. Jujur;
 - e. Akuntabel;
 - f. Inovatif;
 - g. Niat tulus;
 - h. Dedikasi;
 - i. Aman; dan
 - j. Holistik;
- (2) Senyum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a adalah ekspresi wajah sebagai ungkapan perasaan kegembiraan dan kebahagiaan yang harus dipraktekkan dalam melaksanakan pelayanan.
- (3) Empati sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b adalah bersikap mengerti dan memahami perasaan orang lain dalam bekerja.

- (4) Nalar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c adalah melakukan pertimbangan tentang baik buruknya sesuatu dengan berpikiran logis.
- (5) Jujur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d adalah menerapkan perilaku yang mencerminkan kesesuaian hati atau pikiran dan perkataan dengan kenyataan.
- (6) Akuntabel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e adalah melaksanakan pekerjaan secara tuntas dan dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan target kinerja.
- (7) Inovatif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f adalah menciptakan gagasan pengetahuan untuk meningkatkan mutu layanan melalui evaluasi, pemecahan masalah dan perbaikan terus menerus.
- (8) Niat tulus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g adalah menerapkan kesungguhan dan bersih hati dalam melaksanakan pelayanan.
- (9) Dedikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h adalah mengorbankan tenaga, pikiran dan waktu demi mewujudkan pelayanan yang bermutu.
- (10) Aman sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf i adalah mengutamakan keselamatan pasien dalam pelayanan.
- (11) Holistik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf j adalah mengidentifikasi permasalahan dalam pelayanan, tidak hanya dari dimensi fisik tetapi juga kontribusi dari dimensi psikologis dan sosial pasien (disebut model bio-psiko-sosial), keluarga dan komunitas lingkungannya.

Paragraf 3

Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 7

- (1) Tugas pokok RSUD Kaimana adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan.
- (2) Fungsi RSUD Kaimana adalah:
 - a. Penyelenggaraan administrasi ketatausahaan dan perlengkapan;
 - b. Penyelenggaraan pelayanan medis dan keperawatan;
 - c. Penyelenggaraan penunjang medis dan non medis;
 - d. Penyelenggaraan pelayanan rujukan;
 - e. Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia sesuai dengan bidang tugasnya; dan
 - f. Meningkatkan cakupan pelayanan Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Dewan Pengawas

Paragraf 1
Kedudukan, Tugas, Kewajiban dan Wewenang

Pasal 8

- (1) Dewan Pengawas Rumah Sakit adalah suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas Rumah Sakit dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (3) Dewan Pengawas yang diusulkan harus memenuhi persyarat:
 - a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
 - d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
 - e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
 - f. persyaratan lain yang ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit.
- (4) Dewan Pengawas berfungsi sebagai wakil pemilik (*governing body*) dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakit secara internal di Rumah Sakit.

Pasal 9

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat 4, Dewan Pengawas memiliki tugas dan tanggungjawab antara lain:
 - a. menentukan arah kebijakan rumah sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis bisnis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana bisnis dan anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit;
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.
 - h. Menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit.
 - i. Menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit sehari-hari.
 - j. Menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program-program tersebut.

- k. Menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit.
 - l. Melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan.
 - m. Mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - n. Melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
 - o. Melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Dewan Pengawas dapat membentuk Komite Audit atau Tim *Ad-hoc*.

Pasal 10

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 Dewan Pengawas berkewajiban:

- a. Memberikan pendapat, saran, nasihat dan arahan kepada Direktur dalam penyelenggaraan Rumah Sakit;
- b. Memberikan pendapat dan saran kepada pemilik Rumah Sakit mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit;
- c. Mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit, memberikan pendapat dan saran kepada pemilik mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan Rumah Sakit;
- d. Melaporkan dengan segera kepada pemilik apabila terjadi gejala menurunnya kinerja Rumah Sakit;
- e. Melakukan tugas pengawasan lain yang ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit;
- f. Melakukan hal-hal lain yang dianggap perlu sebagaimana diatur dalam Peraturan Perundang-undangan dan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital bylaws*).

Pasal 11

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;

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

Pasal 12

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Bupati sebagai pemilik, dalam bentuk laporan Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.

Paragraf 2

Pengangkatan, Pemberhentian dan Penggantian Antar Waktu

Pasal 13

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

Pasal 14

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Bupati.
- (2) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti:
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit;
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap; dan
 - f. berhalangan tetap.

Pasal 15

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (1), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (3).
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Paragraf 3

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah paling banyak 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari unsur pemilik Rumah Sakit, organisasi profesi, asosiasi perumhaskitan, dan tokoh masyarakat;
 - b. Unsur pemilik Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditunjuk oleh pemilik Rumah Sakit;
 - c. Unsur organisasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan organisasi profesi tenaga kesehatan;
 - d. Unsur asosiasi perumhaskitan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan asosiasi perumhaskitan;
 - e. Unsur tokoh Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga ahli dibidang perumhaskitan;
 - f. Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim Ad-hoc.

Pasal 17

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

Paragraf 4
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 18

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

Paragraf 5
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 19

- (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 20

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (2) huruf a merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas, Direksi, Komite Medik, Komite Keperawatan dan/atau pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi terhadap berbagai masalah rumah sakit.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas;

- (4) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat rutin kepada peserta rapat paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Penyampaian undangan rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (5) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu;
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 21

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (2) huruf b merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan dalam hal:
 - a. adanya permasalahan penting yang harus segera diputuskan;
 - b. adanya permintaan yang harus ditandatangani oleh paling sedikit tiga orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Dalam hal rapat khusus diselenggarakan karena adanya permintaan yang harus ditandatangani oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, rapat khusus harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat khusus kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus diselenggarakan.
- (5) Peserta rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terdiri dari Ketua, Sekretaris, Anggota Dewan Pengawas, Direksi, dan/atau pihak lain terkait baik berasal dari dalam maupun dari luar rumah sakit.
- (6) Undangan rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Pasal 22

- (1) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (2) huruf c merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
- (2) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun kalender.
- (3) Dalam rapat tahunan Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan rumah sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 23

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 24

- (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 per tiga) dari jumlah seluruh anggota Dewan Pengawas.

Pasal 25

- (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 26

- (1) Sekretaris Dewan Pengawas bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan dan pembuatan risalah rapat Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah setelah tandatangani oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.
- (3) Penandatanganan risalah rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan.
- (4) Segala putusan dalam risalah rapat tidak dapat dilaksanakan sebelum Risalah rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah.

Pasal 27

- (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 28

- (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 ditolakannya usulan tersebut.

Bagian Ketiga Pejabat Pengelola

Paragraf 1 Umum

Pasal 29

- (1) Pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit secara keseluruhan dilakukan oleh Direktur.
- (2) Penilaian Kinerja Direktur dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan.

Paragraf 2 Tugas Pokok, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 30

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

Pasal 31

- (1) Komposisi pejabat pengelola rumah sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati.

Paragraf 3
Pengangkatan dan Pemberhentian Direktur

Pasal 32

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usulan Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Untuk dapat diangkat menjadi Direktur wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. Seorang tenaga medis (Dokter Spesialis, Dokter Umum, Dokter Gigi Spesialis, Dokter Gigi) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
 - b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
 - c. Mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - d. Tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
 - e. Berstatus sebagai Aparatur Sipil Negara;
 - f. Bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di Rumah Sakit; dan
 - g. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 33

Direktur dapat diberhentikan karena:

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

Paragraf 4
Rapat

Pasal 34

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

- b. Rapat Tahunan; dan
- c. Rapat Khusus.

Pasal 35

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

Pasal 36

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

Pasal 37

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

Bagian Keempat Komite Dan Satuan Pemeriksaan Internal

Paragraf 1 Umum

Pasal 38

- (1) Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
- (2) Pembentukan komite di rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari Komite Medik, Keperawatan, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Komite Farmasi dan Terapi serta komite lainnya yang dibutuhkan oleh rumah sakit.
- (3) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur.
- (4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (5) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh direktur setelah dilakukan pengkajian menurut kebutuhan rumah sakit.

Pasal 39

- (1) Tiap-tiap Komite mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Ketua dan Anggota Komite dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya apabila terbukti:
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan rumah sakit; atau
 - e. Adanya kebijakan dari Direktur rumah sakit.
- (3) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur rumah sakit kepada yang bersangkutan;

Pasal 40

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

Paragraf 2

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 41

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

Pasal 42

Tugas Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah sebagai berikut:

- a. Memberikan saran/ pertimbangan strategis mengenai upaya peningkatan mutu Rumah Sakit dan keselamatan pasien serta upaya meningkatkan kinerja satuan kerja di Rumah Sakit;
- b. Melaksanakan perencanaan dan pengembangan, monitoring dan evaluasi serta upaya perbaikan secara berkesinambungan terhadap pelaksanaan kegiatan upaya peningkatan mutu Rumah Sakit dan penilaian kinerja satuan kerja, baik secara periodik maupun insidental sesuai kebutuhan;
- c. Mengusulkan upaya peningkatan kompetensi dan pemberdayaan sumber daya manusia di bidang mutu serta penilaian kinerja satuan kerja;
- d. Mengkoordinasikan upaya peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien dalam pencapaian akreditasi Rumah Sakit;
- e. Merekomendasikan sarana, prasarana dan fasilitas terkait mutu, manajemen risiko dan penilaian kinerja satuan kerja sesuai perkembangan Iptek terkini.

Pasal 43

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien berfungsi melakukan kajian khusus mengenai upaya peningkatan mutu Rumah Sakit dan penilaian kinerja satuan kerja.
- (2) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.

Paragraf 3

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 44

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

Pasal 45

Tugas dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah:

- a. Melakukan kajian mengenai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit, pengelolaan manajemen risiko (risiko terhadap pasien dan risiko terhadap institusi/ Rumah Sakit serta upaya penerapan budaya keselamatan pasien);
- b. Memberikan saran/pertimbangan strategis kepada Direktur mengenai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit berdasarkan risiko terhadap pasien, petugas, pengunjung dan Rumah Sakit (budaya

- keselamatan pasien) dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit;
- c. Melaksanakan perencanaan dan pengembangan, monitoring dan evaluasi serta upaya perbaikan secara berkesinambungan terhadap pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi, baik secara periodik maupun insidental sesuai kebutuhan;
 - d. Mengkoordinasikan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit dengan manajemen dan satuan kerja di rumah sakit;
 - e. Mengusulkan upaya peningkatan kompetensi dan pemberdayaan SDM di bidang pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - f. Merekomendasikan sarana, prasarana dan fasilitas terkait pencegahan dan pengendalian infeksi sesuai perkembangan iptek terkini;
 - g. Mengkoordinasikan dalam rangka Integrasi program pencegahan dan pengendalian infeksi dengan perbaikan mutu dan keselamatan dalam rangka menurunkan risiko infeksi pada pasien, staf, dan lain-lain.

Pasal 46

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

Paragraf 4

Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 47

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

Pasal 48

Tugas dari Komite Farmasi dan Terapi adalah:

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

- h. Menyebarluaskan informasi terkait kebijakan penggunaan Obat di Rumah Sakit.

Pasal 49

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

Paragraf 5

Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 50

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal adalah wadah non-struktural pada rumah sakit yang bertugas melakukan audit kinerja internal rumah sakit.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur
- (3) Audit kinerja internal rumah sakit dilakukan untuk menilai efisiensi, efektifitas, keekonomian, dan kepatutan serta kepatuhan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan, dalam penyelenggaraan rumah sakit.
- (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 rumah sakit.
- (7) Selain bertugas melaksanakan audit kinerja internal rumah sakit, Satuan Pemeriksaan Internal dapat melakukan Audit Dengan Tujuan Tertentu atas permintaan Direktur.

Pasal 51

Dalam melaksanakan tugas, Satuan Pemeriksaan Internal menyelenggarakan fungsi:

- a. memantau dan mengevaluasi pelaksanaan manajemen risiko di rumah sakit;

- b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
- c. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengawasan internal yang ditugaskan oleh Direktur rumah sakit;
- d. memantau pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
- e. memberikan konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.

Pasal 52

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

Pasal 53

- (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) Struktur organisasi dan jumlah keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal disesuaikan kebutuhan rumah sakit.
- (4) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal tidak dapat merangkap dalam jabatan lain di rumah sakit.
- (5) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal pada rumah sakit merupakan jabatan fungsional auditor yang dijabat oleh Pegawai Negeri Sipil (PNS) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 54

- (1) Setiap auditor Satuan Pemeriksaan Internal berkewajiban memelihara dan meningkatkan kompetensinya melalui pendidikan dan pelatihan professional yang berkelanjutan.
- (2) Direksi Rumah Sakit bertanggung jawab untuk memfasilitasi peningkatan kompetensi auditor sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Satuan Pemeriksaan Internal wajib menyusun laporan hasil audit dan disampaikan kepada Direktur.
- (4) Laporan hasil audit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat disampaikan kepada Dewan Pengawas Rumah Sakit, Badan Pengawas Rumah Sakit atau instansi yang berwenang atas persetujuan Direktur.

Pasal 55

- (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 rumah sakit.

BAB III PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Pasal 56

Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medis diantaranya adalah:

- a. Memberikan landasan hukum bagi Staf Medis dan Komite Medis guna melaksanakan tugas dan fungsinya dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik di Rumah Sakit;
- b. Pengorganisasian Kelompok Staf Medik agar Staf Medis di Rumah Sakit dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas dan bertanggung jawab.

Bagian Kesatu Pengorganisasian Staf Medis

Paragraf 1 Umum

Pasal 57

- (1) Tujuan pengorganisasian staf medis:
 - a. Memberikan keleluasan kepada staf medis untuk mengatur dirinya sendiri berdasarkan prinsip-prinsip yang dapat diterima secara umum;
 - b. Menjamin penyelenggaraan praktik kedokteran sesuai dengan standar profesi yang berlaku;
 - c. Menjamin seluruh pasien mendapatkan layanan medis dan perhatian serta memastikan pemberian pelayanan medis didasar pada hak dan kewajiban sesuai peraturan yang berlaku;
 - d. Menyediakan wadah untuk membahas dan mencari jalan keluar persoalan-persolan yang berhubungan dengan etika profesi kedokteran atau penyalahgunaan kewenangan klinis oleh staf medis;
 - e. Menyediakan wadah koordinasi dengan pihak manajemen dan tenaga kesehatan lainnya;
 - f. Merumuskan dan memelihara tata tertib, ketentuan dan peraturan untuk mengatur sendiri staf medis yang menyelenggarakan praktik kedokteran di RSUD Kaimana;
 - g. Memastikan seluruh staf medis selalu berusaha mempertahankan kualitas profesionalnya dalam bekerja sebagai wujud konsekwensi kewenangan

- klinis yang diberikan dalam melaksanakan pemeriksaan, penegakan diagnosis, pemberian tindakan medis dan pemberian terapi yang tepat;
- h. Membantu merencanakan pengembangan fasilitas, tenaga dan program RSUD Kaimana.
- (2) Staf Medik dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran dilingkungan rumah sakit bertanggung jawab profesi secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional.
- (3) Untuk menjadi Staf Medik harus memenuhi persyaratan:
- a. Mempunyai Ijasah dari Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi yang diakui pemerintah;
 - b. Mempunyai surat tanda registrasi (STR);
 - c. Mempunyai surat penugasan bagi Pegawai Negeri Sipil;
 - d. Memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di RSUD Kaimana;
 - e. Memiliki Surat Penugasan Klinis (SPK) dari Direktur rumah sakit;
 - f. Mengikuti program pengenalan tugas/program orientasi bagi staf medik fungsional baru;
 - g. Mengikuti ketentuan kepegawaian di rumah sakit.

Paragraf 2

Penerimaan, dan Pemberhentian Anggota Staf Medis

Pasal 58

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

Pasal 59

- (1) Bagi Staf Medis yang telah pensiun dan ingin bekerja kembali pada RSUD Kaimana maka dalam waktu 1 (satu) bulan sebelum masa pensiun yang bersangkutan diharuskan untuk mengajukan permohonan untuk bekerja kembali di RSUD Kaimana sebagai dokter tidak tetap.
- (2) Penempatan kembali Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Direktur dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medik.

Pasal 60

Staf Medis dinyatakan berhenti baik secara tetap atau sementara apabila:

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

Paragraf 3
Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 61

- (1) Tugas Staf Medis adalah:
 - a. Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan;
 - b. Memberikan pelayanan medik yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di RSUD Kaimana;
 - c. Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
 - d. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medik dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan;
 - e. Menyusun, mengumpulkan, menganalisis, dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas, Staf Medis pada RSUD Kaimana menjalankan fungsi sebagai pelaksana pelayanan medik, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
- (3) Wewenang masing-masing Staf Medis pada RSUD Kaimana disusun oleh Ketua Kelompok Staf Medis dan kemudian disetujui dan dibuatkan rekomendasi oleh Komite Medis kepada Direktur untuk ditetapkan dalam Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*).
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, staf medik bertanggung jawab untuk:
 - a. Mematuhi seluruh ketentuan kepegawaian;
 - b. Menunjukkan komitmen untuk mewujudkan visi dan misi;
 - c. Memberikan petolongan pertama pada pasien gawat darurat sesuai kemampuan yang dimilikinya sebagaimana yang dikehendaki oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - d. Mematuhi Standar Pelayanan Medik dan standar medik dan standar lain yang diterapkan RSUD Kaimana;
 - e. Menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat jalan yang menjadi tanggung jawabnya saat setelah pelayanan;
 - f. Menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya dalam waktu 2 x 24 jam;
 - g. Berpartisipasi dalam pertemuan-pertemuan baik pertemuan untuk membahas masalah medis, perencanaan atau pertemuan lain untuk meningkatkan kinerja pelayanan medis.

Paragraf 4
Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

Pasal 62

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

Pasal 63

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

Paragraf 5
Kelompok Staf Medis

Pasal 64

- (1) Staf Medik terdiri dari 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) Secara administratif manajerial, Kelompok Staf Medis berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Seksi Pelayanan.
- (4) Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) beranggotakan paling sedikit 2 (dua) orang Staf Medis.
- (5) Dalam hal tidak terdapat Staf Medis dengan profesi dan keahlian yang sama maka dapat dilakukan penggabungan Staf Medis dengan profesi dan keahlian yang berbeda dalam satu Kelompok Staf Medis.
- (6) Kelompok Staf Medis (KSM) terdiri dari:
 - a. KSM Penyakit Dalam;
 - b. KSM Anak;
 - c. KSM Obstetri dan Ginekologi;
 - d. KSM Bedah.
 - e. KSM Dokter Umum.
 - f. KSM Dokter Gigi
 - g. KSM Penunjang (Anastesi, Radiologi dan Patologi Klinis)

Pasal 65

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

Pasal 66

- (1) Pemilihan Calon Ketua KSM dilakukan sesuai prosedur yang telah ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Ketua KSM diangkat oleh Direktur dari calon yang diajukan.
- (3) Anggota KSM yang mendapat tugas dalam jabatan struktural dalam Rumah Sakit tetap menjadi anggota KSM dengan mengutamakan tugas dalam jabatan tersebut.

Pasal 67

Kelompok Staf Medis mempunyai kewajiban:

- a. menyusun Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medik di bawah koordinasi Komite Medik;
- 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 Seksi Pelayanan;
- c. memberikan masukan dan pertimbangan dalam pengembangan program pelayanan.

Pasal 68

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Kelompok Staf Medis 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 Medik;
- b. melakukan evaluasi kinerja anggota Staf Medis di dalam kelompoknya;
- c. melakukan evaluasi dan mengusulkan revisi terhadap Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional (SPO).

Paragraf 6
Mitra Bestari

Pasal 69

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

Paragraf 7
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)

Pasal 70

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit.
- (2) DPJP terdiri dari DPJP pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.
- (3) DPJP pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat saat itu.
- (4) DPJP pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (5) DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (6) DPJP pada pelayanan rawat inap sudah harus ditentukan sebelum pasien masuk rawat inap.

Pasal 71

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan berkewajiban:
 - a. membuat rencana pelayanan pasien dalam berkas rekam medis yang memuat segala aspek asuhan medis yang akan dan telah dilakukan, termasuk konsul dan resume medis;
 - b. memberikan penjelasan yang diperlukan kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil tindakan pelayanan baik

- pengobatan, prosedur maupun kemungkinan hasil yang tidak diharapkan;
- c. memberikan jawaban atas konsultasi yang diminta dokter lain;
 - d. memberikan pendidikan/edukasi kepada pasien tentang kewajibannya terhadap rumah sakit dan proses pengobatan yang dicatat dalam berkas rekam medis;
 - e. memberikan kesempatan kepada pasien atau keluarganya untuk bertanya atas hal-hal yang tidak/ belum dimengerti terkait penyakit yang ditangani termasuk kesempatan untuk mendapat *second opinion* dari dokter yang diinginkan oleh pasien.
- (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. 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 Pelayanan kepada Staf Medik lain yang berkompeten melalui mekanisme konsultasi.
 - (4) Dalam hal kondisi pasien memerlukan rawat bersama beberapa disiplin ilmu kedokteran, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan tetap menjadi penanggung jawab pasien.
 - (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kedua Kewenangan Klinis

Pasal 72

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

Pasal 73

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

Pasal 74

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

Pasal 75

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

Pasal 76

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

Pasal 77

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

Bagian Ketiga Penugasan Klinis

Pasal 78

- (1) Setelah melalui proses kredensial Direktur akan menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis.
- (2) Surat Penugasan Klinis di Rumah Sakit pada seorang Staf Medis hanya dapat ditetapkan bila yang bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut:
 - a. Memenuhi syarat sebagai Staf Medis berdasarkan peraturan perundang-undangan dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
 - b. Menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas Rumah Sakit;
 - c. Mencatat seluruh pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di Rumah Sakit diisi dengan lengkap, benar dan tuntas dalam jangka waktu sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - d. Memperhatikan segala permintaan Rumah Sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis di Rumah Sakit dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinik (PPK), *Clinical Pathway* dan prosedur operasional/manajerial/administrasi yang berlaku di Rumah Sakit.
 - e. Mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri.
 - f. Memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di Rumah Sakit.
- (3) Staf Medis yang mendapat Penugasan Klinis di Rumah Sakit dapat berstatus sebagai dokter purna waktu atau dokter paruh waktu.
- (4) Dokter tamu / Dokter Konsultan dapat memberikan pelayanan dalam rangka alih ketrampilan dan keilmuan (*transfer of knowledge/skill*) tanpa dilakukan kredensial.
- (5) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (6) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam ayat (5) dapat berakhir sebelum jangka waktu 3 (tiga) tahun dalam hal:

- a. Ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - b. Kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan medis secara menetap;
 - c. Staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) atau kontrak;
 - d. Staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelainan, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik;
 - e. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku;
 - f. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan Rumah Sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
- (7) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketetapan dan/atau kontrak kerja yang berlaku (bagi tenaga kontrak).

Bagian Keempat
Komite Medik

Paaragraf 1
Umum

Pasal 79

- (1) Komite medis adalah kelompok jabatan fungsional yang diangkat serta diberhentikan oleh Direktur untuk masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (2) Komite medis berada dibawah dan bertanggung jawab kepada direktur.
- (3) Susunan komite medis dari ketua, Wakil Ketua, Sekretaris dan beberapa orang anggota yang terdiri dari para Ketua Kelompok Staf Medik secara ex-officio.
- (4) Ketua dan Wakil Ketua Medis diangkat dan ditetapkan oleh direktur dari dokter tetap atau dokter organik menjadi ketua kelompok Staf Medik.

Pasal 80

- (1) Tugas Komite Medik adalah meningkatkan profesionalisme staf medis dengan:
 - a. melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis;
 - b. memelihara mutu profesi stafmedis dalam pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat;
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana ayat (1) di atas Komite Medik menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur.

Paragraf 2
Rapat

Pasal 81

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

Pasal 82

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

- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 83

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

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

Pasal 84

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc* dari mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keempat Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 85

Guna melaksanakan tata kelola klinis di rumah sakit maka setiap Staf Medis berkewajiban untuk :

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

Pasal 86

- (1) Dalam melaksanakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis, rumah sakit wajib menyusun Kebijakan, Pedoman dan Standar Prosedur Operasional sesuai dengan bidang tugas masing-masing.
- (2) Tata Kelola rumah sakit dan tata kelola klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.

BAB V KETENTUAN PENUTUP

Pasal 87

Dengan ditetapkannya Peraturan Bupati ini, maka Peraturan Bupati Nomor 9 Tahun 2017 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Kaimana (Berita Daerah Kabupaten Kaimana Tahun 2017 Nomor 169), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 88

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Kaimana.

Ditetapkan di Kaimana
pada tanggal 26 Juni 2023

BUPATI KAIMANA,
CAP/TTD
FREDDY THIE

Diundangkan di Kaimana
pada tanggal 26 Juni 2023

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KAIMANA,
CAP/TTD
DONALD RAIMOND WAKUM

BERITA DAERAH KABUPATEN KAIMANA TAHUN 2023 NOMOR 414

Salinan sesuai dengan aslinya

A.n. SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KAIMANA
KEPALA BAGIAN HUKUM



MUHAMAD SETYAWAN, SH, MH
Penata TK I
Nip. 19780605 200603 1 001