BUPATI BIREUEN

PROVINSI ACEH

PERATURAN BUPATI BIREUEN
NOMOR 20 TAHUN 2017

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. FAUZIAH BIREUEN

DENGAN RAHMAT ALLAH YANG MAHA KUASA

BUPATI BIREUEN,

Menimbang : a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomi, berdampak pada perubahan status Rumah Sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, maka perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;

b. bahwa untuk mengatur hubungan, tugas, kewajiban, kewenangan dan tanggung jawab pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit, kelompok staf medis, keperawatan serta kelompok kesehatan lainnya, dipandang perlu ditetapkan peraturan internal *(Hospital Bylaws)* rumah sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan dalam suatu Peraturan;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 48 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Bireuen dan Kabupaten Simeulue (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 176, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3897) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 48 tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Bireuen dan Kabupaten Simeulue (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3963);

2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun

Scanned by CamScanner

3. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4633);

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

6. 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);

7. 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 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679;

8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);

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) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

10. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);

Scanned by CamScanner

11. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);

12. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;

13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 310);

14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;

15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;

16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;

17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);

18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772 Tahun 2002 tentang Pedoman Peraturan internal Rumah Sakit (Bagian/unit);

19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631 Tahun 2005 tentang Pedoman Peraturan internal Staf Medis di rumah Sakit;

20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.03/I/2402/2014 tentang Penetapan Kelas RSUD di Rumah Bireuen;

21. Qanun Kabupaten Bireuen Nomor 4 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan (Lembaran Daerah Kabupaten Bireuen Tahun 2009 Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bireuen Nomor 34);

22. Qanun Kabupaten Bireuen Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Bireuen ;

Scanned by CamScanner

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. FAUZIAH BIREUEN.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Bireuen;
2. Pemerintahan Kabupaten adalah penyelenggaraan urusan Pemerintahan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten dan Dewan Perwakilan Rakyat Kabupaten sesuai dengan fungsi dan kewenangannya masing-masing;
3. Pemerintah Daerah Kabupaten yang selanjutnya disebut Pemerintah Kabupaten adalah unsur penyelenggara pemerintahan kabupaten yang terdiri atas Bupati dan Perangkat Kabupaten;
4. Bupati adalah Bupati Bireuen;
5. Wakil Bupati adalah Wakil Bupati Bireuen;
6. Sekretaris Daerah yang selanjutnya disebut Sekda adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Bireuen;
7. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Fauziah yang selanjutnya disingkat RSUD dr. Fauziah adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Fauziah Bireuen;
8. Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Kabupaten Bireuen;
9. Direktur adalah Direktur RSUD dr. Fauziah Bireuen;
10. Dewan Pengawas adalah Dewan yang mewakili Pemilik, terdiri dari Ketua dan Anggota yang bertugas melakukan Pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola dan memberikan laporan kepada Pemilik Rumah Sakit;
11. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
12. Peraturan Internal (*Hospital bylaws)* adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit meliputi peraturan internal korporasi, peraturan internal staf medis dan tenaga kesehatan lainnya;
13. 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;
14. Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit;

Scanned by CamScanner

15. 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;

16. 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;

17. Komite Kesehatan Profesional Lainnya adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterapian fisik dan tenaga keteknisian medis melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi;

18. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di RSUD dr. Fauziah Bireuen;

19. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah kelompok dokter yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di RSUD dr. Fauziah Bireuen;

20. Rapat Rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh dewan pengawas, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus;

21. Rapat Tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh pemilik atau dewan pengawas setiap tahun sekali;

22. Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh pemilik atau dewan pengawas di luar jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan hal-hal yang dianggap khusus;

23. Dokter adalah dokter umum, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dokter spesialis dan dokter sub spesialis yang melakukan pelayanan di RSUD dr. Fauziah Bireuen;

24. Dokter Tetap atau dokter purna waktu adalah dokter yang bekerja di RSUD dr. Fauziah Bireuen;

25. Dokter Kontrak adalah dokter yang diangkat dengan status tenaga kontrak di RSUD dr. Fauziah Bireuen, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu;

26. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik dan Komite Keperawatan, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD dr. Fauziah Bireuen atas usul Komite;

27. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam

Scanned by CamScanner

28. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur RSUD dr. Fauziah Bireuen kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di RSUD dr. Fauziah Bireuen berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya;

29. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege)*

30. Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege)* untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut;

31. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis;

32. Mitra Bestari (*peer group)* adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis;

33. Pendidikan Praktik adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di RSUD dr. Fauziah Bireuen dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan dan juga tenaga administrasi, dimana peserta didik didampingi oleh tenaga klinis dan non klinis;

34. Dokter Penanggung Jawab Pasien yang selanjutnya disingkat DPJP adalah merupakan kelompok staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit.

BAB II
NAMA, FALSAFAH, VISI, MISI, NILAI, MOTTO, TUJUAN, STRATEGI DAN PROGRAM

Pasal 2

(1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr.Fauziah Bireuen.

(2) Falsafah RSUD dr. Fauziah Bireuen adalah "Pelayanan Kesehatan diselenggarakan dengan Berdasarkan Etika dan Profesionalisme".

(3) Visi RSUD dr. Fauziah Bireuen adalah "Menjadi Rumah Sakit Rujukan Regional Wilayah Utara Provinsi Aceh yang Berkualitas dengan Pelayanan Prima, Professional dan Mandiri".

(4) Misi RSUD dr. Fauziah Bireuen adalah :
a. memberikan pelayanan kesehatan bermutu, berorientasi pada kecepatan, ketepatan dan keselamatan berdasarkan etika dan profesionalisme;
[illegible] peralatan/fasilitas dan sarana prasarana pendukung

Scanned by CamScanner

(5) Nilai adalah sikap kerja pegawai rumah sakit dalam melaksanakan tugas didasarkan atas nilai-nilai kerjasama, keterbukaan, bertanggung jawab dan tulus ikhlas.

(6) Motto RSUD dr. Fauziah Bireuen yaitu: "Kepuasan Pelanggan Adalah Kebahagiaan Kami Bekerja".

(7) Tujuan rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian yang didasarkan kepada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial.

(8) Strategi RSUD dr. Fauziah Bireuen adalah: Mengoptimalkan potensi Sumber Daya Manusia (SDM) yang didukung oleh *stake holder* serta status sebagai Pola Pengelolaan Keuangan-Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) untuk memenuhi standar pelayanan yang ditentukan sehingga terwujud pelayanan yang bermutu, prima dan unggul guna mempertahankan dan meningkatkan kepercayaan pelanggan (pasien) yang semakin sadar dan mampu dalam memelihara kesehatan.

(9) Program indikatif sebagai berikut :
a. peningkatan mutu pelayanan rumah sakit;
b. peningkatan standar sarana dan prasarana rumah sakit;
c. peningkatan tata kelola administrasi dan keuangan; dan
d. peningkatan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia.

Pasal 3

Tujuan strategis RSUD dr. Fauziah adalah :

(1) Terselenggaranya kegiatan jasa pelayanan dan upaya dibidang kesehatan secara optimal untuk meningkatkan status kesehatan dan senantiasa berorientasi kepada kepentingan masyarakat;

(2) Terselenggaranya sistem rujukan, jaringan pelayanan dan penelitian kesehatan yang efektif dan efisien;

(3) Terselenggaranya pendidikan tenaga kesehatan yang bermutu dengan jumlah jenis dan jenjang yang memenuhi kebutuhan.

BAB III
KEDUDUKAN, TUGAS DAN FUNGSI RUMAH SAKIT

Pasal 4

RSUD dr. Fauziah berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Bireuen yang merupakan pelaksana dibidang pelayanan kesehatan yang dipimpin oleh Direktur, berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekda.

Scanned by CamScanner

Pasal 5

Rumah sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan pengobatan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit yang dilaksanakan melalui rawat inap, rawat jalan, rawat darurat (*emergency*) dan tindakan medik, secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan pelayanan pengobatan dan pencegahan serta melaksanakan pelayanan rujukan, sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 6

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 rumah sakit mempunyai fungsi :

a. penyelenggaraan kegiatan pelayanan medik, sarana prasarana penunjang medik dan non medik, administrasi kepegawaian serta keuangan, dalam rangka pelayanan kesehatan paripurna;
b. penyelenggaraan pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan non medik, dan pelayanan rujukan medik;
c. penyelenggaraan pengelolaan teknis administrasi tata usaha, administrasi keuangan dan akuntansi, kepegawaian dan administrasi pengelolaan sarana dan prasarana rumah sakit;
d. penyelenggaraan pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan serta asuhan kebidanan;
e. penyelenggaraan perencanaan pengadaan, pengangkatan dan pemberhentian tenaga medis, paramedis fungsional dan non medis;
f. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan, pengembangan tenaga medis, paramedik fungsional dan non medis untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit serta menyediakan lahan pendidikan bagi institusi pendidikan tenaga medis, paramedis dan non medis;
g. penyelenggaraan upaya pemasaran pelayanan rumah sakit dan kerjasama dengan pihak ketiga untuk pelayanan rumah sakit melalui sistem asuransi;
h. pelaksanaan kerjasama dan koordinasi dengan instansi, lembaga/institusi terkait dalam upaya mendukung pelaksanaan tugas;
i. pengawasan dan evaluasi pelaksanaan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan non medik dan pelayanan pengelolaan administrasi.

BAB IV
KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB
PEMILIK RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu
Kewenangan Pemilik Rumah Sakit

Pasal 7

(1) Menetapkan peraturan tentang tata kelola rumah sakit;
(2) Mengangkat dan memberhentikan pejabat pengelola dan dewan pengawas;
(3) Mengawasi mutu dan capaian pelayanan;
(4) Melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan RSB, RBA dan kinerja pejabat pengelola;
(5) Menyetujui dan mengesahkan visi dan misi rumah sakit.

Scanned by CamScanner

Bagian Kedua
Tanggung Jawab Pemilik Rumah Sakit

Pasal 8

(1) Menjamin terselenggaranya pelayanan Kesehatan rumah sakit.
(2) Bertanggung jawab terhadap defisit anggaran rumah sakit;
(3) Bertanggung jawab terhadap tuntutan hukum pihak lain.

BAB V
DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu
Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 9

(1) Dewan pengawas merupakan unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit.

(2) Jumlah anggota dewan pengawas dapat berjumlah 3 (tiga) sampai 5 (lima) orang dan seorang diantara anggota dewan pengawas ditetapkan sebagai ketua dewan pengawas.

(3) Dewan pengawas dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan pengelola rumah sakit atau Direktur.

Pasal 10

(1) Anggota dewan pengawas dapat terdiri dari unsur :
a. pejabat organisasi perangkat daerah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit;
b. pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit.

(2) Pengangkatan anggota dewan pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola rumah sakit.

Pasal 11

Kriteria yang dapat diusulkan menjadi dewan pengawas, yaitu:
a. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;

b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris, atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan

c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Scanned by CamScanner

Pasal 12

(1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur dapat mengangkat seorang sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.

(2) Sekretaris dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan 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 dan dapat diangkat kembali selama memenuhi syarat.

Pasal 13

(1) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada anggaran rumah sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA).

(2) Dewan Pengawas dan sekretaris dewan pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan/atau kemampuan keuangan rumah sakit.

Pasal 14

Pengangkatan dan Pemberhentian

Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Pasal 15

(1) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan apabila:
a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
d. mempunyai benturan kepentingan dengan rumah sakit; atau
e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

(2) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya.

Pasal 16

(1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi kriteria sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11.

(2) Masa jabatan anggota dewan pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota dewan pengawas yang diganti.

Scanned by CamScanner

Bagian Kedua
Fungsi, Tugas, Wewenang dan Kewajiban

Pasal 17

(1) Dewan pengawas berfungsi sebagai (*governing body*) rumah sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitan secara internal di rumah sakit.

(2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 18

(1) Dewan Pengawas bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan rumah sakit yang dilakukan oleh pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

(2) Dewan Pengawas berkewajiban :
a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai RBA yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
b. mengikuti perkembangan kegiatan BLUD dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD;
c. melaporkan kepada Bupati tentang kinerja BLUD;
d. memberikan nasehat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan pengelolaan BLUD;
e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelola BLUD; dan
f. melakukan monitoring terhadap tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.

(3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Pemilik Rumah Sakit paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester dan sewaktu-waktu atas permintaan Pemilik Rumah Sakit.

Pasal 19

Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18, Dewan Pengawas mempunyai wewenang :
a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan rumah sakit;
b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh aparat pengawas internal dan eksternal dengan sepengetahuan Direktur serta memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut hasil pemeriksaan;
c. meminta penjelasan dari direktur dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit;
d. meminta penjelasan dari komite atau unit non struktural di rumah sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi;

Scanned by CamScanner

Pasal 20

Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban :

a. memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik Rumah Sakit mengenai rencana bisnis dan anggaran yang diusulkan oleh pejabat pengelola rumah sakit;
b. mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit, memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik Rumah Sakit mengenai masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan rumah sakit;
c. melaporkan kepada Pemilik Rumah Sakit tentang kinerja Rumah Sakit;
d. memberikan nasehat kepada pejabat pengelola rumah sakit; dan
e. melakukan monitoring, evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan.

Bagian Ketiga
Tata Kerja Dewan Pengawas

Paragraf 1
Rapat Rutin

Pasal 21

(1) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 4 (empat) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.

(2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan pejabat pengelola, bila diperlukan dapat melibatkan komite dan pejabat rumah sakit lainnya;

Paragraf 2
Rapat Khusus

Pasal 22

(1) Rapat khusus diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.

(2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan apabila terdapat permasalahan penting atau atas permintaan Pemilik Rumah Sakit.

Paragraf 3
Rapat Tahunan

Pasal 23

(1) Rapat Tahunan diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap akhir tahun berjalan, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahun operasional rumah sakit berikutnya.

(2) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan rumah sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Scanned by CamScanner

Bagian Keempat
Peran Terhadap Kelompok Staf Medis

Pasal 24

(1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung kebijakan dalam upaya pemberdayaan Kelompok Staf Medis (KSM) untuk mencapai visi, misi dan tujuan rumah sakit.

(2) Peran terhadap Kelompok Staf Medis (KSM) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dengan melakukan koordinasi secara berkesinambungan.

BAB VI
PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu
Pejabat Pengelola

Pasal 25

(1) Pejabat pengelola rumah sakit diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

(2) Pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian dan Kepala Seksi serta Kepala Sub Bagian.

(3) Komposisi pejabat pengelola rumah sakit dapat dilakukan perubahan setelah dilakukan analisis organisasi dengan mengusulkan kepada Bupati melalui Sekda dan diatur dengan Peraturan Bupati.

Bagian Kedua
Persyaratan Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 26

(1) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :
a. seorang dokter dan/atau dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitan;
b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit;
c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
d. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di rumah sakit;
e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi direktur yang berstatus aparatur sipil negara.

(2) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Penunjang adalah :
a. seorang dokter 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 dilingkup pelayanan rumah sakit; dan
d. berstatus aparatur sipil negara dan

Scanned by CamScanner

(3) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan adalah:
a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bagian keuangan, umum, administrasi, dan sumber daya;
b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum, administrasi keuangan beserta sumberdaya dan usaha guna kemandirian keuangan;
c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum, keuangan, administrasi, dan sumber daya rumah sakit;
d. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit; dan
e. berstatus aparatur sipil negara dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Bagian Ketiga
Pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 27

Direktur dan Wakil Direktur dapat diberhentikan karena :
a. meninggal dunia;
b. mengundurkan diri;
c. berhalangan tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
d. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
e. melanggar ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

BAB VII
SATUAN PENGAWAS INTERNAL

Pasal 28

(1) Ketua dan anggota SPI diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dan dapat di angkat kembali selama memenuhi persyaratan.

(2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, SPI bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

(3) Ketua dan anggota SPI dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
b. tidak melaksanakan ketentuan

Scanned by CamScanner

b. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi rumah sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko yang telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
c. mengevaluasi sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan rumah sakit;
d. melakukan pemantauan terhadap pelaksanaan sistem informasi dan komunikasi dilingkungan rumah sakit.
e. melaksanakan tugas-tugas lainnya yang diberikan oleh Direktur.

(2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), SPI berfungsi :
a. perancang sistem pemeriksaan dan sistem pengendalian intern;
b. pelaksana dan pemeriksa keuangan dan pemeriksaan operasional;
c. pelaksana identifikasi resiko pengendalian;
d. pembinaan terhadap pelaksana operasional tentang manajemen resiko.

(3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) disampaikan kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.

BAB VIII
KOMITE-KOMITE

Pasal 30

(1) Dalam hal mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien, perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medis, keperawatan dan profesi kesehatan lainnya dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.

(2) Pembentukan komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
a. komite medik;
b. komite keperawatan;
c. komite profesi kesehatan lainnya;

(3) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan nonstruktural yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Kesatu
Komite Medik

Paragraf 1
Pengorganisasian Komite Medik

Pasal 31

(1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur;

Scanned by CamScanner

(2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis;

(3) Tujuan dibentuk Komite Medik untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.

Paragraf 2
Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 32

(1) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:
a. ketua;
b. sekretaris; dan
c. sub komite.

(2) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku;

(3) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit dan terbagi dalam sub komite.

(4) Setiap sub komite bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik dalam pelaksanaan tugas dan kewajibannya.

Paragraf 3
Pemilihan Komite Medik

Pasal 33

(1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit;

(2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.

Paragraf 4
Tugas Komite Medik

Pasal 34

Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.

Scanned by CamScanner

Paragraf 5
Fungsi Komite Medik

Pasal 35

(1) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 huruf a, 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. pelaksanaan evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
d. pelaksanaan wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
e. penilaian dan memberikan keputusan terhadap kewenangan klinis yang adekuat;
f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
g. pelaksanaan proses rekredensial atas permintaan dari Ketua Komite Medik;
h. pemberian rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.

(2) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 huruf b, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
a. pelaksanaan audit medis;
b. pemberian rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
c. pemberian rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit; dan
d. pemberian rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.

(3) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 huruf c, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
c. pemberian rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan

Scanned by CamScanner

b. memberikan rekomendasi Surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*);
c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
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.

Paragraf 7
Sub Komite

Pasal 37

(1) Sub Komite terdiri dari:
a. sub komite kredensial;
b. sub komite mutu profesi;
c. sub komite etika dan disiplin profesi

(2) Setiap sub komite dipimpin oleh seorang ketua yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan mempertimbangkan masukan dari staf medis.

Paragraf 8
Sub Komite Kredensial

Pasal 38

(1) Untuk memproteksi masyarakat dibidang pelayanan kesehatan, sub Komite kredensial memiliki tugas melakukan penapisan bagi seluruh staf medis.

(2) Sub Komite Kredensial terdiri dari:
a. Ketua;
b. Sekretaris;
c. Anggota.

(3) Sub komite kredensial melakukan penilaian kompetensi staf medis berdasarkan azas keterbukaan, adil, objektif sesuai prosedur;

(4) Dalam melaksanakan proses kredensial/rekredensial, sub komite menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan kewenangan klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis dan formulir yang diperlukan;

(5) Berdasarkan hasil proses kredensial, sub komite kredensial melaporkan kepada komite medik untuk diterbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis staf medis;

Paragraf 9
Tata Kerja Sub Komite Kredensial

Pasal 39

(1) Staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada Direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan rumah sakit dan dilengkapi bahan-bahan pendukung;

Scanned by CamScanner

(2) Berkas permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disampaikan oleh Direktur kepada Komite Medik;

(3) Pelaksanaan kredensial dan rekredensial oleh Sub Komite Kredensial meliputi elemen:
a. kompetensi kognitif, afektif dan psikomotor;
b. kompetensi fisik;
c. kompetensi mental/perilaku; dan
d. perilaku etika profesi.

(4) Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik;

(5) Daftar rincian kewenangan klinis diperoleh dengan cara:
a. menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap kelompok staf medis;
b. mengkaji kewenangan klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis; dan
c. mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik;

(6) Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari sub komite kredensial;

(7) Sub komite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa :
a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

(8) Bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur. Selanjutnya, Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

Paragraf 10
Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 40

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

(2) Sub komite mutu profesi terdiri dari :
a. ketua;
b. sekretaris; dan
c. anggota.

Scanned by CamScanner

Paragraf 11
Tata Kerja Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 41

(1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu :
   a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis dalam memberikan pelayanan;
   b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*Clinical Privilege)* sesuai kompetensi yang dimiliki;
   c. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan, penangguhan dan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

(2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis meliputi:
   a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
   b. penetapan standar dan kriteria;
   c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
   d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
   e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
   f. menerapkan perbaikan; dan
   g. rencana re-audit.

(3) Sub komite mutu profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis dengan cara:
   a. menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
   b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit maupun kasus langka;
   c. pertemuan ilmiah harus disertai dengan undangan, daftar hadir peserta, notulensi, dokumentasi yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
   d. sub komite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat dengan melibatkan staf medis sebagai narasumber dan peserta aktif;
   e. setiap kelompok staf medis dapat melaksanakan kegiatan ilmiah bersama sub komite mutu profesi 1 (satu) kali dalam tahun berjalan;
   f. sub komite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
   g. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai masukan kepada manajemen.

(4) Sub komite mutu profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin atau pengurangan kewenangan klinis.

Paragraf 12
Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 42

(1) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi bertugas melakukan penegakan disiplin bagi staf medis dalam pelaksanaan kewenangan klinis.

Scanned by CamScanner

(2) Sub Komite Etika Dan Disiplin Profesi terdiri dari :
a. ketua;
b. sekretaris; dan
c. anggota.

Paragraf 13
Tata Kerja Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 43

(1) Dalam melaksanakan tugasnya, sub komite etika dan disiplin profesi bekerja dengan berpedoman kepada:
a. peraturan internal rumah sakit;
b. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
c. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
d. kode etik kedokteran Indonesia;
e. pedoman perilaku profesional kedokteran;
f. pedoman disiplin kedokteran; dan
g. standar prosedur operasional asuhan medis.

(2) Pemeriksaan terhadap pelanggaran disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua sub komite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri dari 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :
a. 1 (satu) orang dari sub komite etika dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang terperiksa;
b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang terperiksa.

(3) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut :
a. sumber laporan:
   1. perorangan:
      a) manajemen rumah sakit;
      b) staf medis lain;
      c) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan; dan
      d) pasien atau keluarga pasien.
   2. non perorangan:
      a) hasil konferensi kematian; dan
      b) hasil konferensi klinis.

b. pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain:
   1. kompetensi klinis;
   2. penatalaksanaan kasus medis;
   3. pelanggaran disiplin profesi;
   4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit; dan
   5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.

c. pemeriksaan:
   1. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
   2. melalui proses pembuktian;
   3. dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik;
   4. terlapor dapat didampingi oleh personil rumah sakit;

Scanned by CamScanner

d. keputusan :
keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak. Apabila terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka terlapor dapat mangajukan keberatan dengan memberikan bukti baru kepada sub komite etika dan disiplin profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Medik.

e. tindak lanjut keputusan panel dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur melalui Komite Medik untuk dieksekusi berupa:
1. peringatan tertulis;
2. limitasi (reduksi) kewenangan klinis;
3. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut; dan
4. pencabutan kewenangan klinis sementara atau selamanya.

(4) Sub komite etika dan disiplin profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simpósium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medik.

(5) Sub komite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Paragraf 14
Rapat Komite Medik

Pasal 44

(1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
a. rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan staf medis yang dilakukan setiap 1 (satu) bulan sekali;
b. rapat koordinasi dengan pejabat pengelola rumah sakit yang dilakukan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
c. rapat khusus dilakukan sewaktu-waktu bila diperlukan guna membahas yang sifatnya mendesak; dan
d. rapat tahunan, dilakukan sekali dalam setahun.

(2) Setiap rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medik dan dapat diwakilkan oleh sekretaris apabila ketua berhalangan.

(3) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 50% (lima puluh persen) + 1 orang anggota Komite Medik.

(4) Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola rumah sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.

(5) Keputusan rapat Komite Medik didasarkan atas suara terbanyak.

(6) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin dan rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan pada undangan rapat.

Scanned by CamScanner

(7) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Paragraf 15
Rapat Khusus

Pasal 45

(1) Rapat khusus dilakukan apabila :
a. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh Komite Medik; dan
b. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik, atau dalam hal kourum tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.

(2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan.

(3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.

Paragraf 16
Rapat Tahunan

Pasal 46

(1) Rapat tahunan Komite Medik diselenggarakan sekali dalam setahun dan harus dihadiri oleh Direktur, apabila Direktur berhalangan dapat diwakilkan kepada Wakil Direktur.

(2) Rapat tahunan Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Bagian Kedua
Komite Keperawatan

Paragraf 1
Pengorganisasian Komite K

Scanned by CamScanner

Paragraf 2
Keanggotaan Komite Keperawatan

Pasal 48

(1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur.

(2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
a. ketua;
b. sekretaris; dan
c. sub Komite;

(3) Keanggotaan Komite Keperawatan terbagi kedalam sub komite.

Paragraf 3
Pemilihan Pengurus Komite Keperawatan

Pasal 49

(1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit;

(2) Sekretaris dan sub komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit.

Paragraf 4
Tugas dan Fungsi Komite Keperawatan

Pasal 50

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

(2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi :
a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan keperawatan;
c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;
d. penggalian inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan;
f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

Paragraf 5
Wewenang Komite Keperawatan

Pasal 51

a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;

Scanned by CamScanner

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 rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 6
Hubungan Komite Keperawatan dengan Direktur

Pasal 52

(1) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan fungsi dan tugas Komite Keperawatan.

(2) Komite Keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur.

Paragraf 7
Sub Komite

Pasal 53

(1) Sub Komite terdiri dari :
a. sub komite kredensial;
b. sub komite mutu profesi;
c. sub komite etika dan disiplin profesi

(2) Setiap sub komite dipimpin oleh seorang ketua yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan mempertimbangkan masukan dari staf keperawatan/kebidanan.

Paragraf 8
Sub Komite Kredensial

Pasal 54

(1) Untuk memproteksi masyarakat dibidang pelayanan keperawatan/ kebidanan, sub Komite kredensial memiliki tugas melakukan penapisan bagi seluruh staf keperawatan/ kebidanan.

(2) Sub Komite Kredensial terdiri dari:
a. ketua;
b. sekretaris;
c. anggota.

(3) Sub komite kredensial melakukan penilaian kompetensi staf keperawatan/ kebidanan berdasarkan azas keterbukaan, adil, objektif sesuai prosedur;

(4) Dalam melaksanakan proses kredensial/rekredensial, sub komite menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur.

Scanned by CamScanner

(5) Berdasarkan Hasil proses kredensial, Sub Komite kredensial melaporkan kepada komite keperawatan untuk diterbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis staf keperawatan/kebidanan.

Paragraf 9
Tugas Sub Komite Kredensial

Pasal 55

(1) Sub Komite Kredensial mempunyai tugas;
a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan Buku Putih;
b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial/rekredensial;
c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan/kebidanan;
d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan/kebidanan;
e. melakukan rekredensial setiap 5 (lima) tahun;
f. membuat laporan seluruh proses kredensial/rekredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.

(2) Dalam menjalankan tugasnya, sub komite kredensial dapat mengusulkan dibentuknya *team adhoc*.

Paragraf 10
Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 56

(1) Untuk menjaga mutu profesi para tenaga keperawatan/kebidanan, sub komite mutu profesi mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis.

(2) Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari :
a. ketua;
b. sekretaris; dan
c. anggota.

Paragraf 11
Tugas Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 57

(1) Sub Komite Mutu Profesi mempunyai tugas :
a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan/kebidanan sesuai area praktek;
b. merekomendasikan perencanaan pengembangan berkelanjutan tenaga

Scanned by CamScanner

Paragraf 12
Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 58

(1) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi bertugas melakukan penegakan disiplin bagi tenaga keperawatan/kebidanan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan dan kewenangan klinis.

(2) Sub Komite Etika Dan Disiplin profesi terdiri dari :
a. ketua;
b. sekretaris; dan
c. anggota.

Paragraf 13
Tugas Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 59

Sub Komite Etika Dan Disiplin Profesi mempunyai tugas :
a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan/kebidanan;
b. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi tenaga keperawatan/kebidanan;
c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan/kebidanan;
d. merekomendasikan penyelesaian pelanggaran disiplin dan etika profesi dan asuhan keperawatan/kebidanan;
e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis;
f. memberikan pertimbangan kepada komite keperawatan untuk bahan pengambilan keputusan;
g. merekomendasikan pembentukan *team adhoc* baik insidentil atau permanen.

Paragraf 14
Rapat

Pasal 60

(1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan rapat secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi, rapat kerja, rapat rutin, sidang pleno *team adhoc*.

(2) Rapat Koordinasi:

Scanned by CamScanner

(3) Rapat Kerja:
a. rapat kerja komite keperawatan dilaksanakan sekurang kurangnya sekali dalam setahun dan bersifat terbuka;
b. rapat kerja komite keperawatan dipimpin oleh ketua komite Keperawatan atau kepala Bidang keperawatan;
c. agenda rapat kerja komite keperawatan adalah membuat rencana kerja tahunan, mengevaluasi/merevisi rencana kerja.

(4) Rapat Rutin:
a. rapat rutin komite keperawatan dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali dihuri oleh Bidang keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota komite keperawatan;
b. agenda rapat rutin adalah mengevaluasi pelaksanaan tugas sebelumnya, dan membahas pelaksanaan tugas keperawatan selanjutnya;
c. rapat rutin komite keperawatan dipimpin oleh ketua Komite Keperawatan.

(5) Rapat Pleno:
a. rapat pleno komite keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila diburuhkan;
b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua *team adhoc* dan dihadiri oleh anggota *team adhoc*;
c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etika dan disiplin staf keperawatan/kebidanan.
d. keputusan rapat pleno dinyatakan sah apabila dihadiri 2/3 dari anggota *team adhoc*.

Bagian Ketiga
Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Paragraf 1
Pengorganisasian Komite
Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 61

(1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah Direktur.

(2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lainnya.

(3) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterapian fisik, dan tenaga keteknisian medis.

Paragraf 2
Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 62

(1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dibentuk oleh Direktur.

Scanned by CamScanner

Paragraf 3
Pemilihan Pengurus Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 63

(1) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di rumah sakit;

(2) Sekretaris dan sub komite diusulkan oleh Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di rumah sakit.

Paragraf 4
Tugas dan Fungsi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 64

(1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai tugas pokok membantu Direktur dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya serta pengembangan profesi berkelanjutan.

(2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai fungsi :
a. penyelenggaraan konsultasi profesi tenaga kesehatan lainnya;
b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan tenaga kesehatan lainnya;
c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi tenaga kesehatan lainnya;
d. penggalian inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi tenaga kesehatan lainnya;
e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki;
f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

Paragraf 5
Wewenang Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 65

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 tenaga kesehatan lainnya;
f. memberikan rekomendasi pendidikan tenaga kesehatan lainnya berkelanjutan; dan
g. memberikan rekomendasi pendampingan dan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Scanned by CamScanner

Paragraf 6
Hubungan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan Direktur

Pasal 66

(1) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan fungsi dan tugas Komite Kesehatan Profesional Lainnya.

(2) Komite Kesehatan Profesional Lainnya bertanggung jawab kepada Direktur.

Paragraf 7
Sub Komite

Pasal 67

(1) Sub komite terdiri atas :
a. sub komite kredensial;
b. sub komite mutu profesi;
c. sub komite etik dan disiplin profesi.

(2) Setiap sub komite dipimpin oleh seorang Ketua yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan mempertimbangkan masukan dari staf tenaga kesehatan lainnya.

Paragraf 8
Sub Komite Kredensial

Pasal 68

(1) Untuk memproteksi masyarakat dibidang pelayanan Kesehatan Lainnya, sub komite kredensial memiliki tugas melakukan penapisan bagi seluruh tenaga kesehatan lainnya.

(2) Sub komite kredensial terdiri dari:
a. ketua;
b. sekretaris;
c. anggota.

(3) Sub komite kredensial melakukan penilaian terhadap tenaga kesehatan lainnya berdasarkan azas keterbukaan, adil, objektif sesuai prosedur;

(4) Dalam melaksanakan proses kredensial/rekredensial, sub komite menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kabid

Scanned by CamScanner

Paragraf 9
Tugas Sub Komite Kredensial

Pasal 69

(1) Sub komite kredensial mempunyai tugas :
a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan Buku Putih;
b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial/rekredensial;
c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga kesehatan lainnya;
d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga kesehatan lainnya;
e. melakukan rekredensial setiap 5 (lima) tahun;
f. membuat laporan seluruh proses kredensial/rekredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk diteruskan kepada Direktur.

(2) Dalam menjalankan tugasnya, sub komite kredensial dapat mengusulkan dibentuknya *team adhoc.*

Paragraf 10
Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 70

(1) Untuk menjaga mutu profesi para tenaga kesehatan lainnya, Sub Komite Mutu Profesi mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan tenaga kesehatan lainnya.

(2) Sub komite mutu profesi terdiri dari :
a. ketua;
b. sekretaris; dan
c. anggota.

Paragraf 11
Tugas Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 71

(1) Sub komite mutu profesi mempunyai tugas :
a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lainnya sesuai area praktek;
b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lainnya;
c. melakukan audit asuhan tenaga kesehatan lainnya; dan
d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga kesehatan lainnya sesuai kebutuhan.

(2) Dalam menjalankan tugasnya sub komite mutu profesi dapat mengusulkan dibentuknya *team adhoc.*

Paragraf 12
Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 72

(1) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi bertugas melakukan penegakan disiplin bagi tenaga kesehatan lainnya dalam pelaksanaan pelayanan dan kewenangan klinis.

Scanned by CamScanner

(2) Sub komite etika dan disiplin profesi terdiri dari:
a. ketua;
b. sekretaris; dan
c. anggota.

Paragraf 13
Tugas Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 73

Sub komite etika dan disiplin profesi mempunyai tugas :
a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga tenaga kesehatan lainnya;
b. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
c. melakukan penegakan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
d. merekomendasikan penyelesaian pelanggaran disiplin dan etika profesi;
e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis;
f. memberikan pertimbangan kepada komite tenaga kesehatan lainnya untuk bahan pengambilan keputusan;
g. merekomendasikan pembentukan *team adhoc* baik insindentil atau permanen.

Pasal 74

(1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dan Bidang Penunjang Medis melaksanakan rapat secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi, rapat kerja, rapat rutin, sidang pleno *team adhoc*.

(2) Rapat koordinasi:
a. rapat koordinasi dilakukan untuk mengevaluasi pelaksanaan kebijakan atau peraturan yang berkenaan dengan pelayanan.
b. rapat koordinasi dipimpin oleh Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dan apabila Ketua berhalangan dapat diwakilkan oleh Sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

(3) Rapat Kerja:
a. rapat kerja Tenaga Kesehatan Lainnya dilaksanakan sekurang-kurangnya sekali dalam setahun dan bersifat terbuka;
b. rapat kerja Tenaga Kesehatan Lainnya dipimpin oleh Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya atau Kepala Bidang Penunjang Medis;
c. agenda rapat kerja Tenaga Kesehatan Lainnya adalah membuat rencana kerja tahunan, mengevaluasi/merevisi rencana kerja.

(4) Rapat Rutin:
a. rapat rutin komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali diikuti oleh Bidang Penunjang Medis, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dan seluruh anggota Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
b. agenda rapat rutin adalah mengevaluasi pelaksanaan tugas sebelumnya, dan membahas pelaksanaan tugas tenaga kesehatan lainnya selanjutnya;
c. rapat rutin Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dipimpin oleh Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

Scanned by CamScanner

(5) Rapat Pleno
   a. rapat pleno Tenaga Kesehatan Lainnya diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
   b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua *team adhoc* dan dihadiri oleh anggota *team adhoc.*
   c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etika dan disiplin staf keperawatan/kebidanan.
   d. keputusan rapat pleno dinyatakan sah apabila dihadiri 2/3 dari anggota *team adhoc.*

BAB IX
PENGORGANISASIAN KELOMPOK STAF MEDIK

Bagian Kesatu
Kelompok Staf Medik

Pasal 75

(1) KSM merupakan kelompok dokter yang bekerja di bidang pelayanan medis dalam jabatan fungsional.

(2) Dalam melaksanakan tugasnya KSM menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Pasal 76

(1) KSM dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.

(2) KSM bertanggung jawab kepada Direktur melalui Komite Medik.

Pasal 77

Tujuan pengorganisasian KSM agar dapat menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas, efektif, efisien dan bertanggung jawab.

Pasal 78

(1) Pengelompokan staf medis berdasarkan keahlian atau spesialisasinya yang terdiri dari :
   a. KSM Bedah;
   b. KSM Penyakit Dalam;
   c. KSM Kebidanan dan Penyakit Kandungan;
   d. KSM Anak;
   e. KSM THT-KL;
   f. KSM Penyakit Saraf;
   g. KSM Penyakit Mata;
   h. KSM Penyakit Kulit dan Kelamin;
   i. KSM Paru;
   j. KSM Kardiologi dan Vaskuler;
   k. KSM Orthopedi;
   l. KSM Rehabilitasi Medik;
   m. KSM Urologi;
   n. KSM Psikiatri dan Psikologi;
   o. KSM Radiologi;
   p. KSM Anestesi;

Scanned by CamScanner

q. KSM Bedah Mulut;
r. KSM Patologi Klinik;
s. KSM Patologi Anatomik;
t. KSM Gigi dan Mulut;
u. KSM Dokter Umum.

(2) Susunan kepengurusan KSM sekurang-kurangnya terdiri dari:
a. ketua merangkap anggota;
b. anggota.

(3) Penempatan para dokter kedalam KSM diterapkan dengan Keputusan Direktur atas usulan Komite Medik.

Bagian Kedua
Keanggotaan Kelompok Staf Medis

Pasal 79

(1) Seluruh staf medis fungsional wajib menjadi anggota KSM kecuali dokter spesialis kunjungan atau dokter penggantI dari luar rumah sakit serta Peserta Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS).

(2) Ketua KSM ditunjuk dengan Keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun, dengan mempertimbangkan usulan Komite Medik;

(3) Pengangkatan dan pemberhentian Anggota KSM diterapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik;

(4) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian Ketua dan Anggota KSM diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Bagian Ketiga
Tugas dan Wewenang Ketua KSM

Pasal 80

(1) Ketua KSM mempunyai tugas :
a. menyusun uraian tugas dan tata kerja anggota KSM untuk diterapkan oleh Direktur;
b. menyusun prosedur administrasi pelayanan medis, pedoman pelayanan medis dan standar prosedur kerja;
c. menyusun program kerja bidang kedokteran/kedokteran gigi, program peningkatan dan pengembangan pelayanan medis;

(2) Ketua KSM berwenang :
a. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medis serta Ketua Komite Medik terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran;
b. mengkoordinasikan anggota KSM agar pelayanan medis berjalan secara

Scanned by CamScanner

Bagian Keempat
Dokter Penanggung Jawab Pasien

Pasal 81

(1) DPJP bertugas pada pelayanan gawat darurat, pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap.

(2) DPJP pada pelayanan gawat darurat merupakan Dokter Spesialis yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat.

(3) DPJP pada pelayanan rawat jalan merupakan Dokter Spesialis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan.

(4) DPJP pada pelayanan rawat inap merupakan Dokter Spesialis yang bertugas pada pelayanan rawat inap, yang ditetapkan sebelum pasien masuk rawat inap;

(5) Ketentuan mengenai pelaksanaan DPJP lebih lanjut diatur dengan Peraturan Direktur.

Pasal 82

(1) DPJP mempunyai tugas :
a. melakukan pengkajian riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa penyakit, pemeriksaan penunjang, pemberian terapi, evaluasi keberhasilan terapi dan mendokumentasikannya kedalam rekam medik;
b. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan penyakit kepada pasien, keluarga pasien dan tim pelayanan;
c. memberikan edukasi kepada pasien;
d. apabila diperlukan dapat melakukan presentasi kasus medis yang ditanganinya di hadapan Komite Medik; dan
e. membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran dalam pendidikan klinis di rumah sakit.

(2) DPJP wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien pada saat pasien masuk rawat inap, dengan memperhatikan kendali biaya dan kendali mutu.

Paragraf 1
Kewenangan Klinis

Pasal 83

(1) Pelayanan medis dilakukan oleh staf medis yang telah diberi kewenangan klinis oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Komite Medik melalui sub komite kredensial sesuai dengan prosedur penerimaan anggota KSM.

(2) Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.

(3) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) merupakan kewenangan klinis yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan kewenangan klinis dari rumah sakit asal dan disesuaikan dengan pelayanan pada RSUD dr. Fauziah.

(4) Kewenangan klinis ulang diberikan setelah yang bersangkutan mengikuti rekredensial dan dinyatakan layak.

Scanned by CamScanner

Paragraf 2
Proses Penilaian Kewenangan Klinis

Pasal 84

Pemberian rekomendasi Kewenangan Klinis harus memenuhi kriteria:
- memilik ijazah pendidikan kedokteran yang terakreditasi minimal B;
- memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
- memiliki surat izin praktek yang masih berlaku;
- memiliki surat keterangan bebas narkoba dari BNNK;
- riwayat disiplin dan etik profesi;
- riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Paragraf 3
Pembatasan Kewenangan Klinis

Pasal 85

(1) Apabila diperlukan, Komite Medik dapat memberi rekomendasi kepada Direktur agar kewenangan klinis anggota KSM dibatasi berdasarkan hasil audit sub Komite Kredensial;

(2) Pembatasan kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan bila anggota KSM :
   a. pelaksanaan tugas tidak sesuai standar pelayanan medis;
   b. pelaksanaan tugas tidak sesuai standar prosedur operasional;
   c. pelaksanaan tugas tidak sesuai etika disiplin profesi.

(3) Rekomendasi pembatasan kewenangan klinis melalui tahapan sebagai berikut :
   a. ketua KSM mengajukan surat permohonan pencabutan kewenangan klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
   b. komite medik meneruskan permohonanan tersebut kepada sub komite kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis;
   c. sub komite kredensial berhak memanggil anggota KSM yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan serta dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

Paragraf 4
Pencabutan Kewenangan Klinis

Pasal 86

(1) Pencabutan kewenangan klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik berdasarkan usulan dari sub komite etika dan disiplin profesi dan sub komite kredensial.

(2) Pencabutan kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) apabila:
   a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
   b. adanya tindakan malpraktek;
   c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

Scanned by CamScanner

Paragraf 5
Pengakhiran Kewenangan Klinis

Pasal 87

(1) Pengakhiran kewenangan klinis dilakukan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari sub komite etika dan disiplin profesi dan sub komite kredensial.

(2) Pengakhiran kewenangan klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (SPK) :
a. habis masa berlakunya; dan
b. dicabut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 87 ayat (2).

Paragraf 6
Penugasan Klinis

Pasal 88

Staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan Klinis (SPK).

Pasal 89

(1) Mitra Bestari 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 dengan mitra bestari sebagaimana pada ayat (1) tidak terbatas dari staf medis yang ada di rumah sakit tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit yaitu perhimpunan dokter spesialis (kolegium) atau fakultas kedokteran.

(3) Direktur bersama Komite Medik dapat membentuk panitia *adhoc* yang terdiri dari mitra bestari untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi maupun penegakan disiplin dan etika profesi.

BAB X
KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

Pasal 90

(1) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.

(2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.

(3) Kelompok jabatan fungsional bertugas melakukan kegiatan berdasarkan jabatan fungsional masing-masing sesuai dengan keahlian dan kebutuhan.

(4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan.

Scanned by CamScanner

BAB XI
KERAHASIAN INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu
Kerahasian Pasien

Pasal 91

(1) Pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.

(2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan oleh Dokter yang menangani pasien atas persetujuan Direktur dan/atau Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Penunjang.

(3) Pemberian informasi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dikecualikan untuk :
   a. keadaan kesehatan pasien;
   b. rencana terapi dan alternatifnya;
   c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
   d. prognosis; dan
   e. kemungkinan komplikasi

Bagian Kedua
Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 92

(1) Hak pasien meliputi :
   a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
   b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
   c. memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
   d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
   e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
   f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
   g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
   h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar rumah sakit;
   i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
   j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
   k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
   l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
   m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;

Scanned by CamScanner

n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit;
o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya;
p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
q. menggugat dan/atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
r. mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

(2) Kewajiban pasien meliputi :
a. mematuhi peraturan yang berlaku di rumah sakit;
b. menggunakan fasilitas rumah sakit secara bertanggung jawab;
c. menghormati hak-hak pasien lain, pengunjung dan hak tenaga kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di rumah sakit;
d. memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya;
e. memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
f. mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit dan disetujui oleh pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
g. menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
h. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Bagian Ketiga
Hak dan Kewajiban Dokter

Pasal 93

(1) Hak Dokter meliputi :
a. hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
b. hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
c. hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
d. hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di RSUD dr. Fauziah Bireuen.

(2) Kewajiban Dokter meliputi :
a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis;
b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
e. menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

Scanned by CamScanner

Bagian Keempat
Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 94

(1) Hak rumah sakit meliputi :
a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit;
b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
h. mendapatkan insentif pajak bagi rumah sakit publik dan rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan.

(2) Kewajiban rumah sakit meliputi :
a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat;
b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/ miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
h. menyelenggarakan rekam medis;
i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
j. melaksanakan sistem rujukan;
k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
n. melaksanakan etika rumah sakit;
o. memiliki sistem penanggulangan kecelakaan dan penanggulangan bencana;

Scanned by CamScanner

g. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
h. menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*);
i. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas; dan
j. menciptakan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

BAB XII
PEMBINAAN, PENGAWASAN, EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Bagian Kesatu
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 95

(1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekda dan pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).

(2) Pengawasan operasional rumah sakit dilakukan oleh satuan pemeriksa internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur RSUD.

(3) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh Bupati, PPKD, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

Bagian Kedua
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 96

(1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai acuan dalam membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja.

(2) Review/perubahan visi dan misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh pemilik yang diajukan oleh Direktur sesuai hasil rapat Tim Evaluasi.

(3) Visi dan Misi rumah sakit disahkan oleh Bupati dan dipublikasikan oleh Kepala Sub Bagian Hukum, Organisasi dan Pemasaran RSUD dr.Pauziah.

(4) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau dewan pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.

(5) Hasil pengukuran kinerja RSUD dr.Pauziah Bireuen dilaporkan kepada [illegible]

Scanned by CamScanner

BAB XIII
KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 97

(1) Struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak diatur di dalam Peraturan Internal ini diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

(2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan RSUD dr. Fauziah diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

BAB XIV
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 98

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Bireuen
pada tanggal 15 Februari 2017

BUPATI BIREUEN,

RUSLAN M. DAUD

Diundangkan di Bireuen
pada tanggal 16 Februari 2017

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BIREUEN,

ZULKIFLI

BERITA DAERAH KABUPATEN BIREUEN TAHUN 2017 NOMOR 328

Scanned by CamScanner