



# BUPATI MUSI RAWAS

PERATURAN BUPATI MUSI RAWAS  
NOMOR 33 TAHUN 2018

TENTANG

TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARA BELITI  
KABUPATEN MUSI RAWAS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MUSI RAWAS,

- Menimbang :
- a. bahwa kesehatan merupakan urusan wajib yang harus dilaksanakan dan menjadi tanggung jawab sepenuhnya Pemerintah Kabupaten dalam penyelenggaraan pembangunan untuk meningkatkan derajat kesehatan;
  - b. bahwa untuk meningkatkan derajat kesehatan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu diberikan otonomi kepada manajemen rumah sakit daerah berdasarkan prinsip efektifitas, efisiensi, dan produktifitas dengan menyusun tata kelola rumah sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Muara Beliti Kabupaten Musi Rawas;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II dan Kotapraja di Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1821);
  2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
  3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);



4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor);
7. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
8. Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Musi Rawas (Lembaran Daerah Kabupaten Musi Rawas Tahun 2016 Nomor 10);
9. Peraturan Bupati Nomor 30 Tahun 2016 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Muara Beliti Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas.

**MEMUTUSKAN:**

**Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARA BELITI KABUPATEN MUSI RAWAS.**

**BAB I**

**KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:



1. Kabupaten adalah Kabupaten Musi Rawas.
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Musi Rawas.
3. Bupati adalah Bupati Musi Rawas.
4. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
5. Unit Pelaksana Teknis yang selanjutnya disingkat UPT ada Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas.
6. Rumah Sakit adalah UPT Rumah Sakit Umum Daerah Muara Beliti Kabupaten Musi Rawas.
7. Direktur/Kepala UPT adalah Direktur/Kepala UPT Rumah Sakit Umum Daerah Muara Beliti Kabupaten Musi Rawas.
8. Tata Kelola Rumah Sakit/Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah peraturan organisasi rumah sakit (*Corporate Bylaws*), peraturan internal staf medis (*Medical Staff Bylaws*) dan peraturan internal staf keperawatan (*Nursing staff Bylaws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola pemerintahan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
9. Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah peraturan yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari Staf Medis di rumah sakit.
10. Tata Kelola Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*) adalah peraturan yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari Staf keperawatan di rumah sakit.
11. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
12. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan dan belanja Organisasi Perangkat Daerah sebagai dasar pelaksanaan oleh pengguna anggaran.
13. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
14. Staf Medis Fungsional adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu yang mempunyai penugasan klinis di unit pelayanan rumah sakit.



15. Instalasi pelayanan adalah unit kerja yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
16. Satuan Pemeriksa Internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pemeriksaan, pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
17. Unit kerja adalah tempat staf administrasi, staf medik, profesi kesehatan dan profesi lainnya yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, bangsal, unit dan lain-lain.
18. Komite Rumah Sakit adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
19. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalisme melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesimedik, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesimedik.
20. Sub Komite adalah Kelompok kerja dari Komite Rumah Sakit.
21. Komite Keperawatan adalah Kelompok Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi perawat.
22. Audit Keperawatan adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi perawat dan bidan.
23. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah wadah non- struktural yang melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.
24. Panitia Farmasi dan Terapi adalah wadah non-struktural yang melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan penggunaan obat di rumah sakit.
25. 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*).



26. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
27. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*).
28. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis kembali.
29. Audit medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
30. Kompetensi adalah kemampuan profesional yang meliputi penguasaan ilmu pengetahuan, keterampilan dan nilai-nilai (*knowledge, skill dan attitude*) dalam melaksanakan tugas profesionalnya.
31. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis/keperawatan dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis /keperawatan.
32. Pelayanan Medis adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter, dokter spesialis dan dokter gigi atau dokter gigi spesialis sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, yang dapat berupa pelayanan promotif, preventif, diagnostik, konsultatif, kuratif atau rehabilitatif.
33. Tindakan Medis adalah suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilakukan terhadap pasien, baik untuk tujuan preventif, diagnostik, terapeutik ataupun rehabilitatif.
34. Telaah Keprofesian (*Clinical Appraisal*) adalah telaah yang ditinjau dari segi *knowledge* (pengetahuan), *skill* (keterampilan) dan kompetensi yang bersangkutan dibidang keahlian profesinya.
35. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) adalah dokter yang bertugas mengelola rangkaian tata kelola medis seorang pasien.
36. Dokter tetap (*organic*) adalah dokter yang diangkat dan ditetapkan oleh Direktur untuk Rumah Sakit sebagai pegawai tetap yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada Direktur.
37. Dokter konsultan adalah dokter yang karena keahliannya ditunjuk oleh Rumah Sakit untuk memberikan konsultasi (tidak bersifat mengikat) kepada Staf Medis Rumah Sakit yang memerlukan dan oleh karenanya tidak secara langsung menangani pasien.



38. Dokter tamu adalah dokter yang karena reputasinya atau keahliannya di undang secara khusus oleh Rumah Sakit untuk membantu atau menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani oleh staf medis Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu teknologi baru.
39. Dokter kontrak adalah dokter yang bekerja di Rumah Sakit berdasarkan Kontrak Kerja.
40. Dokter pengganti adalah dokter ahli sejenis yang menggantikan tugas dokter tetap Rumah Sakit yang berhalangan.
41. Dokter mitra/paruh waktu adalah dokter yang bekerja di Rumah Sakit dan berkedudukan sebagai mitra yaitu sejajar dengan dokter Rumah Sakit, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung jawab secara profesional sesuai kesepakatan atau ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit.
42. Staf keperawatan adalah kelompok staf perawat dan bidan fungsional di rumah sakit.
43. Panitia *Ad Hoc* adalah panitia yang dibentuk oleh komite medik/komite keperawatan untuk membantu melaksanakan tugas komite medik/komite keperawatan.
44. Tokoh masyarakat adalah mereka yang karena prestasi dan prilakunya dapat dijadikan contoh/tauladan bagi masyarakat.
45. Rapat kerja, yaitu rapat yang dilaksanakan 1 (satu) kali dalam setahun untuk membahas rencana kerja.

## BAB II

### PRINSIP TATA KELOLA RUMAH SAKIT

#### Pasal 2

- (1) Tata Kelola merupakan peraturan internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) yang terdiri dari Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) dan Tata Kelola Staf Keperawatan (*Nursing staf By Laws*) terdiri dari:
  - a. struktur organisasi;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi yang logis;
  - d. pengelolaan sumber daya manusia;
  - e. pengelolaan sumber daya lain;
  - f. pengelolaan lingkungan Rumah Sakit;
  - g. pembinaan dan pengawasan; dan
  - h. evaluasi dan penilaian kinerja.



- (2) Tata Kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
- a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. responsibilitas;
  - d. independensi; dan
  - e. produktivitas.

### Pasal 3

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.
- (5) Pengelolaan sumber daya lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf e, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai aset berupa tanah dan bangunan.
- (6) Pengelolaan lingkungan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf f, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai pengelolaan lingkungan fisik, kimia, biologi yang mendukung keselamatan pasien.
- (7) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf g, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai pelaku, kriteria, tugas dan fungsi serta mekanisme pembinaan dan pengawasan.



- (8) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf h, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai evaluasi oleh pemilik untuk mengukur pencapaian kinerja aspek keuangan dan aspek non keuangan.

#### Pasal 4

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak yang diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam system pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan didalam pengelolaan organisasi terhadap peraturan perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (5) Produktivitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf e, merupakan kemampuan menggunakan semua potensi yang dipunyai secara efektif dan efisien guna mendapatkan hasil yang optimal.

### BAB III

#### TATA KELOLA KORPORASI

##### Bagian Kesatu

##### Identitas Rumah Sakit

#### Pasal 5

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Muara Beliti Kabupaten Musi Rawas.
- (2) Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum.



- (3) Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D.
- (4) Alamat Rumah Sakit adalah di Jalan Pangeran Moehammad Amin Komplek Perkantoran Pemerintah Kabupaten Musi Rawas, Muara Beliti, Sumatera Selatan.

#### Pasal 6

- (1) Rumah Sakit mempunyai tujuan mewujudkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan pelayanan kesehatan khusus, pelayanan tambahan yang didasarkan kepada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial yang aman, rasional, efisien dan nyaman (*comfortable*) bagi para pelanggannya.
- (2) Strategi Rumah Sakit adalah mengoptimalkan potensi Sumber Daya Manusia (SDM) yang didukung oleh stake holder untuk memenuhi standar pelayanan yang ditentukan sehingga terwujud pelayanan yang bermutu, prima serta unggul guna mempertahankan dan meningkatkan kepercayaan pelanggan (pasien) yang semakin sadar dan mampu dalam memelihara kesehatan.
- (3) Program Indikatif Rumah Sakit adalah:
  - a. Program peningkatan sarana dan prasarana Rumah Sakit;
  - b. Program pemeliharaan sarana dan prasarana Rumah Sakit;
  - c. Program peningkatan kualitas dan kompetensi SDM Rumah Sakit;
  - d. Program peningkatan cakupan dan jenis pelayanan;
  - e. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
  - f. Program promosi kesehatan rumah sakit;
  - g. Program pengendalian penyakit dan infeksi rumah sakit.

#### Bagian Kedua

#### Visi, Misi, Motto dan Nilai-Nilai Dasar

#### Pasal 7

- (1) Dalam rangka menjalankan pembangunan kesehatan, Rumah Sakit harus memiliki Visi dan Misi.
- (2) Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur dan disahkan oleh Bupati yang dimuat di dalam Rencana Strategis Rumah Sakit.



- (3) Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan (*review*) setiap tahun guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.
- (4) Perubahan (*review*) visi dan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disusun/dilaksanakan oleh Tim dan ditetapkan oleh Direktur.
- (5) Visi dan Misi Rumah Sakit menjadi Pedoman dalam penyusunan Rencana Strategis Rumah Sakit.
- (6) Rencana Strategis Rumah Sakit disusun oleh Tim Penyusun dan ditetapkan oleh Direktur.
- (7) Rumah Sakit wajib mensosialisasikan visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (7) kepada staf internal, pengunjung rumah sakit dan masyarakat luas.

#### Pasal 8

- (1) Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Rumah Sakit menerapkan motto "*pelayanan prima, cepat, ramah*"
- (2) Nilai-nilai dasar Rumah Sakit meliputi:
  - a. Pegawai Rumah Sakit menyadari bahwa bekerja adalah ibadah;
  - b. Pegawai Rumah Sakit menjunjung tinggi etika, moral, kedisiplinan, tanggung jawab, kepedulian, kejujuran, integritas, keadilan dan tulus ikhlas;
  - c. Pegawai Rumah Sakit memberikan pelayanan dengan profesionalisme, kemandirian, inovatif dan saling mendukung secara proporsional;
  - d. Pegawai Rumah Sakit menyadari bahwa pelayanan yang diberikan adalah hasil kerjasama tim dengan mengutamakan kepentingan pelanggan;
  - e. Pegawai Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan tidak membedakan suku, agama, pangkat, jabatan dan status serta kepartaian politik tertentu dan selalu menjaga nama baik institusi; dan
  - f. Pegawai Rumah Sakit menghormati atasan, mengayomi bawahan dan selaras serasa dengan teman sejawat.

#### Bagian Ketiga

##### Kedudukan, Tugas Pokok, dan Fungsi Rumah Sakit

#### Pasal 9

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten yang merupakan unsur pendukung Bupati melalui Dinas Kesehatan dibidang pelayanan kesehatan.



- (2) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Unit Pelayanan Teknis Dinas Kesehatan, dipimpin oleh seorang Kepala UPT yang disebut Direktur, berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (3) Rumah Sakit mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian kegiatan teknis operasional dan atau kegiatan teknis penunjang Dinas Kesehatan di bidang pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara terpadu serta melaksanakan upaya rujukan sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Rumah Sakit memiliki fungsi:
  - a. pelayanan kesehatan dalam upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan serta peningkatan kesehatan;
  - b. penyelenggaraan pelayanan medis, penunjang medis dan non medis, pelayanan asuhan keperawatan, dan pelayanan rujukan kesehatan;
  - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan dalam upaya meningkatkan profesionalitas pelaksanaan tugas;
  - d. penyelenggaraan administrasi umum, perlengkapan, kepegawaian, keuangan serta perencanaan program;
  - e. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan tugas dan fungsinya.

#### Bagian Keempat

#### Kedudukan dan Tanggung Jawab Pemerintah Kabupaten

#### Pasal 10

- (1) Pemerintah Kabupaten sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Dalam melaksanakan tanggungjawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Kabupaten berwenang:
  - a. menetapkan peraturan tentang Tata Kelola Rumah Sakit/ Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit beserta perubahannya;
  - b. menyetujui dan mengesahkan penetapan visi dan misi Rumah Sakit;
  - c. mengangkat dan memberhentikan Direktur dan Pejabat Struktural.
  - d. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar dan memberikan penghargaan atas prestasi yang dicapai pegawai rumah sakit; dan



- (3) Pemerintah Kabupaten bertanggung jawab atas terjadinya kerugian pihak lain (termasuk pasien) akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

#### Bagian Kelima

#### Pengorganisasian dan Struktur Organisasi Rumah Sakit

#### Paragraf 1

#### Susunan Organisasi Rumah Sakit

#### Pasal 11

- (1) Susunan Organisasi Rumah Sakit, terdiri dari :
- Direktur/Kepala UPT;
  - Sub Bagian Tata Usaha;
  - Kelompok Jabatan Fungsional.
- (2) Untuk membantu tugas Direktur/Kepala UPT RSUD Muara Beliti dapat dibentuk organisasi pelaksana sesuai kebutuhan Rumah Sakit.
- (3) Struktur Organisasi Rumah Sakit ditetapkan dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Struktur Organisasi Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan Bupati ini.

#### Paragraf 2

#### Tugas dan Kewenangan Direktur

#### Pasal 12

Direktur Rumah Sakit bertugas:

- memimpin, mengurus Rumah Sakit sesuai dengan tugas dan fungsi yang telah ditetapkan;
- melaksanakan kebijakan dalam rangka pengembangan Rumah sakit;
- menyusun rencana strategis Rumah Sakit;
- mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai ketentuan;
- menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
- menyiapkan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan Rumah Sakit;
- membagi habis tugas pelayanan kepada bawahannya sesuai dengan peraturan Perundang-Undangan yang berlaku;
- melaksanakan pengawasan dan evaluasi terhadap penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit;



- i. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan tugas dan fungsinya.

#### Pasal 13

Direktur mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap rumah sakit;
- b. memutuskan dan menetapkan peraturan-peraturan Rumah Sakit guna melaksanakan ketentuan-ketentuan dalam peraturan internal dasar maupun peraturan perundang-undangan;
- c. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
- d. memberikan penghargaan kepada pegawai, karyawan dan profesional yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
- e. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- f. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- g. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian teknis operasional pelayanan;
- h. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran dibawahnya; dan
- i. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat rumah sakit.

#### Pasal 14

Dalam pelaksanaan tugas dan kewenangannya sebagaimana dimaksud pada Pasal 12 dan Pasal 13, Direktur bertanggungjawab atas:

- a. kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan Rumah Sakit;
- b. kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya; dan
- c. meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.

#### Paragraf 3

#### Pemberhentian Direktur

#### Pasal 15

Direktur diberhentikan karena :

- a. meninggal dunia;



- b. memasuki usia pensiun;
- c. berhalangan 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

#### Tugas dan Wewenang Kepala Sub Bagian Tata Usaha

#### Pasal 16

Kepala Subbagian Tata Usaha mempunyai tugas;

- a. melaksanakan pelayanan administrasi di lingkungan Rumah Sakit;
- b. melaksanakan urusan administrasi umum, kepegawaian, ketatausahaan, keuangan dan perlengkapan;
- c. menyusun rencana kerja dan program kerja Rumah Sakit;
- d. merencanakan analisis kebutuhan dan pengadaan barang habis pakai dan barang inventaris;
- e. melakukan inventarisasi perlengkapan, melakukan penyimpanan, pendistribusian dan pengamanan barang-barang inventaris;
- f. menyiapkan bahan koordinasi dengan instansi terkait dengan tugasnya;
- g. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala UPT Rumah Sakit/Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

#### Paragraf 5

#### Kelompok Jabatan Fungsional

#### Pasal 17

- (1) Kelompok Jabatan fungsional mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas dinas kesehatan sesuai dengan keahlian dan kebutuhan.
- (2) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang diatur dan ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan.
- (3) Kelompok jabatan fungsional melakukan kegiatan berdasarkan jabatan fungsional masing-masing sesuai dengan keahlian dan kebutuhan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Masing-masing tenaga fungsional berada di lingkungan Rumah Sakit sesuai dengan kompetensinya.



Bagian Keenam  
Organisasi Pelaksana  
Paragraf 1  
Instalasi dan Unit  
Pasal 18

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi dan struktur organisasi instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Instalasi mempunyai tugas dan fungsi manajemen dalam membantu Direktur untuk penyelenggaraan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (5) Kepala Instalasi bertanggungjawab langsung kepada Direktur.
- (6) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan Instalasi wajib berkoordinasi dengan sub bagian tata usaha.
- (7) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (8) Khusus Instalasi Rawat Inap karena memiliki rentang kendali tugas cukup luas dapat membentuk unit/ruangan/bangsas keperawatan yang dikepalai oleh seorang Kepala Ruangan/Kepala Bangsal.

Pasal 19

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Instalasi adalah:

- a. seseorang yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan berpendidikan sarjana dan pengalaman di lingkup instalasi;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi di lingkup instalasi;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- e. berstatus Pegawai Negeri Sipil tetap; dan
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.



#### Pasal 20

- (1) Jumlah dan jenis Instalasi disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan dan Perubahan jumlah dan jenis Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan dilaporkan secara tertulis kepada Kepala Dinas Kesehatan.

#### Pasal 21

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban menyusun rencana program lima tahunan/rencana kerja tahunan unit, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya kepada Direktur.

### BAB IV

#### PROSEDUR KERJA

#### Pasal 22

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap Pimpinan satuan organisasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi secara vertikal dan horisontal sesuai tugas masing-masing.
- (2) Dalam hal koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dilakukan dengan instansi diluar rumah sakit, wajib sepengetahuan dan/atau persetujuan pejabat pengelola.

#### Pasal 23

- (1) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahan masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan serta wajib menyusun rencana kerja tahunan.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala pada waktunya.



- (4) Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan organisasi dari bawahan, wajib dianalisa untuk dipergunakan sebagai bahan penyusunan kebijakan lebih lanjut.
- (5) Dalam menyampaikan laporan kepada atasan, tembusan laporan disampaikan kepada pimpinan satuan kerja lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.
- (6) Semua kegiatan pelayanan dan pendukungnya diatur dengan prosedur kerja baku berupa Standar Operasional Prosedur menurut ketentuan Akreditasi Rumah Sakit.
- (7) Prinsip Prosedur Kerja adalah:
  - a. jelas kebijakannya;
  - b. mengutamakan kepentingan dan keselamatan pelanggan;
  - c. konsisten;
  - d. sesuai dengan falsafah, tujuannya;
  - e. jelas pelaksanaannya;
  - f. jelas tanggung jawabnya; dan
  - g. ada evaluasi mutu dan kinerjanya.

## BAB V

### ORGANISASI PENDUKUNG

#### Bagian Kesatu

#### Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)

##### Pasal 24

Guna membantu Direktur dalam bidang pengawasan internal dan monitoring dibentuk Satuan Pengawas Internal.

##### Pasal 25

- (1) Satuan Pengawas Internal adalah kelompok jabatan fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit.
- (2) Pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah untuk mengawasi apakah kebijakan Direktur telah dilaksanakan sebaik-baiknya oleh pelaksana sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku untuk mencapai tujuan organisasi.
- (3) Satuan Pengawas Internal berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.



- (4) Satuan Pengawas Internal dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (5) Satuan Pengawas Internal merupakan internal auditor di Rumah Sakit.
- (6) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pengawas Internal adalah:
  - a. melakukan kajian dan analisis terhadap kesesuaian rencana kerja dan investasi Rumah Sakit;
  - b. melakukan analisis dan evaluasi efektifitas sistem dan prosedur pada semua bagian, instalasi dan unit kegiatan Rumah Sakit;
  - c. melakukan analisis, evaluasi dan penilaian terhadap efektifitas dan efisiensi operasional/pengelolaan keuangan, pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan;
  - d. membantu Direktur dalam mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
  - e. melakukan pemantauan dan penilaian terhadap pengelolaan informasi dan komunikasi meliputi:
    1. pengamanan informasi dan dokumentasi penting Rumah Sakit;
    2. pelayanan informasi dan penanganan pengaduan, saran dan masukan; dan
    3. penyajian laporan-laporan Rumah Sakit sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan.
  - f. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan oleh Direktur;
  - g. melaporkan hasil pelaksanaan tugas dan tanggung jawab dengan memberikan rekomendasi kepada Direktur.
- (7) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Satuan Pengawas Internal berfungsi:
  - a. membantu direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
  - b. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
  - c. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan Rumah Sakit.
- (8) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (9) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (6), adalah berdasarkan penugasan dari direktur.



## Pasal 26

Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Satuan Pengawas Internal (SPI) antara lain:

- a. memiliki dedikasi, komitmen, pemahaman yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit;
- b. mempunyai etika, integritas dan kapabilitas yang memadai;
- c. memiliki pendidikan, keahlian dan/atau pengalaman teknis tentang kegiatan Rumah Sakit;
- d. mempunyai sikap independen dan obyektif terhadap obyek yang akan diperiksa/diaudit.
- e. sehat jasmani dan rohani untuk melaksanakan tugasnya.

## Bagian Kedua

### Komite Rumah Sakit

## Pasal 27

- (1) Komite Rumah Sakit merupakan lembaga khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk tujuan dan tugas tertentu.
- (2) Komite Rumah Sakit sebagaimana dimaksud ayat (1) paling sedikit terdiri dari:
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien;
  - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
- (3) Setiap komite dipimpin oleh seorang ketua yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (4) Setiap komite mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan, standar profesi, memantau pelaksanaan standar pelayanan dan profesi, melaksanakan pembinaan etika profesi dan memberikan saran pertimbangan dalam pengembangan pelayanan profesi.
- (5) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.

## BAB VI

### PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

#### Bagian Kesatu

#### Pegawai Rumah Sakit

## Pasal 28



- (1) Penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dilaksanakan oleh tenaga Rumah Sakit yang meliputi tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan lainnya, tenaga manajemen dan tenaga non kesehatan.
- (2) Tenaga Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil (Non-PNS).

Bagian Kedua  
Pengangkatan Pegawai  
Pasal 29

- (1) Pengangkatan pegawai berstatus PNS dilakukan dan dilaksanakan oleh Badan Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia (BKPSDM) Kabupaten Musi Rawas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengangkatan pegawai berstatus Non PNS dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai berstatus Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (2) lebih lanjut ditetapkan dengan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan.

Bagian Ketiga  
Penghargaan dan Sanksi  
Pasal 30

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas, Rumah Sakit memberikan penghargaan bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi atau melanggar peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 31

- (1) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai berstatus PNS dapat berupa:
  - a. kenaikan Pangkat dengan sistem regular dan kenaikan pangkat pilihan;
  - b. kenaikan gaji berkala;
  - c. remunerasi;
  - d. usulan mendapatkan penghargaan dari pemerintah; dan
  - e. bagi PNS dokter spesialis memasuki masa pensiunan bisa diterima sebagai tenaga kontrak.



- (2) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai berstatus Non PNS dapat berupa:
  - a. kenaikan upah secara berkala;
  - b. remunerasi; dan
  - c. perpanjangan kontrak.
- (3) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai berstatus Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (2) di atas diberikan sesuai dengan ketersediaan anggaran pada Dinas Kesehatan.
- (4) Kenaikan Pangkat Reguler adalah penghargaan yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang tidak menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu, termasuk Pegawai Negeri sipil yang:
  - a. melaksanakan tugas belajar dan sebelumnya tidak menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu.
  - b. dipekerjakan atau diperbantukan secara penuh diluar instansi induk dan tidak menduduki jabatan pimpinan yang telah ditetapkan persamaan eselonnya atau jabatan fungsional tertentu.
- (5) Kenaikan Pangkat Pilihan adalah penghargaan yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu.

#### Pasal 32

Sanksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 diberikan sesuai ketentuan yang berlaku pada peraturan disiplin PNS dan bagi pegawai Non PNS diberikan sesuai ketentuan yang berlaku dalam kontrak.

#### Bagian Keempat

#### Rotasi dan Mutasi Pegawai

#### Pasal 33

- (1) Rotasi PNS adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja pada lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai yang dilaksanakan dengan mekanisme Baperjakat.
- (2) Rotasi Non PNS adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai yang dilaksanakan atas pertimbangan Direktur



- (3) Rotasi pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
- a. penempatan seseorang pada pekerjaan sesuai dengan basis pendidikan dan keterampilannya;
  - b. masa kerja pada suatu unit kerja tertentu;
  - c. pengalaman seseorang pada bidang tugas tertentu dimasa lalu;
  - d. penempatan pegawai pada bidang tugas tertentu untuk menunjang karir pegawai yang bersangkutan;
  - e. kebutuhan Rumah Sakit; dan
  - f. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Bagian Kelima  
Disiplin Pegawai  
Pasal 34

- (1) Disiplin pegawai ditunjukkan melalui nilai-nilai ketaatan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban yang dituangkan dalam:
- a. Daftar hadir dengan manual dan atau finger print datang dan pulang;
  - b. Rekam jejak (*track record*); dan
  - c. Sasaran Kerja Pegawai (SKP).
- (2) Pelanggaran terhadap ketentuan disiplin pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan hukuman sesuai tingkat dan jenis pelanggaran, meliputi:
- a. Pegawai berstatus PNS:
    1. hukuman disiplin ringan, berupa:
      - a) teguran lisan;
      - b) teguran tertulis; atau
      - c) pernyataan tidak puas secara tertulis.
    2. hukuman disiplin sedang, berupa:
      - a) penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun;
      - b) penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun; atau
      - c) penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun.
    3. hukuman disiplin berat berupa:
      - a) penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun;
      - b) pembebasan dari jabatan;



- c) pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri; atau
  - d) pemberhentian tidak dengan hormat sebagai PNS.
- b. Pegawai berstatus Non PNS:
- 1. hukuman disiplin ringan, berupa:
    - a) teguran lisan; atau
    - b) teguran tertulis.
  - 2. hukuman disiplin sedang berupa pemotongan upah sebesar 50 persen dari besaran upah setiap bulan untuk paling lama 1 (satu) tahun.
  - 3. hukuman disiplin berat berupa pemutusan hubungan kerja.
- (3) Kriteria Pelanggaran disiplin pegawai kategori ringan, sedang dan berat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Keenam  
Pemberhentian Pegawai  
Pasal 35

- (1) Pemberhentian PNS mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pegawai yang berstatus Non PNS diberhentikan apabila:
- a. meninggal dunia;
  - b. mengundurkan diri;
  - c. mencapai batas usia pensiun;
  - d. melanggar perjanjian kerja;
  - e. masa perjanjian kerja habis;
  - f. melakukan tindak pidana yang telah berkekuatan hukum tetap;
  - g. tidak masuk kerja selama 15 (lima belas) hari kerja secara akumulatif selama 1 tahun tanpa keterangan yang dapat dipertanggungjawabkan;
  - h. berhalangan tetap karena sakitnya sehingga tidak dapat melaksanakan tugas atas rekomendasi Tim Kesehatan Rumah Sakit; dan/atau
  - i. rasionalisasi kebutuhan organisasi.
- (3) Pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf c dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit telah memasuki masa batas usia pensiun sebagai berikut:
- a. Batas usia pensiun tenaga medis 60 tahun; dan
  - b. Batas usia pensiun tenaga perawat, tenaga kesehatan non medis lainnya dan tenaga non medis 56 tahun.

- (4) Pegawai yang berstatus Non PNS dengan keahlian tertentu setelah mencapai batas usia pensiun dapat diperpanjang bila dibutuhkan.

## BAB VII

### PENGELOLAAN SUMBER DAYA LAIN

#### Pasal 36

- (1) Rumah Sakit bertanggungjawab terhadap pengelolaan sumber daya lain antara lain: aset berupa tanah dan bangunan serta peralatan.
- (2) Tanah dan bangunan Rumah Sakit disertifikasi atas nama Pemerintah Kabupaten.
- (3) Tanah dan bangunan Rumah Sakit yang tidak digunakan untuk pelayanan dan fungsi Rumah Sakit dapat dialihgunakan oleh Direktur.
- (4) Aset tetap Rumah Sakit tidak boleh dialihkan dan atau dihapuskan kecuali atas persetujuan pejabat berwenang berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3), merupakan aset berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 bulan, untuk digunakan dalam pelayanan kepada masyarakat.
- (6) Direktur beserta pejabat di bawahnya secara berjenjang harus memelihara seluruh aset Rumah Sakit dengan tertib, efektif dan efisien sehingga mempunyai masa manfaat yang sebanyak-banyaknya termasuk teknologinya dan akurasi dari sarana prasarana rumah Sakit.

## BAB VIII

### PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT

#### Pasal 37

- (1) Direktur menunjuk pejabat yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan lingkungan Rumah Sakit yang meliputi:
  - a. kebersihan lingkungan Rumah Sakit meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet/kamar mandi;
  - b. pengelolaan sampah medik dan domestik;
  - c. pengelolaan limbah cair;
  - d. pengamatan kepatuhan kawasan tanpa rokok;
  - e. memperluas area taman dan tanaman penghijauan untuk mengurangi pemanasan global.
- (2) Pengelolaan lingkungan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan selama 24 (dua puluh empat) jam sehari.



- (3) Direktur menyusun kebijakan pengelolaan lingkungan fisik, kimia, biologi yang memperhatikan keselamatan pasien dan karyawan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

## BAB IX REMUNERASI

### Pasal 38

- (1) Remunerasi Rumah Sakit dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif/jasa layanan yang diberikan kepada Direktur, Kasubbag Tata Usaha, dan Pegawai Rumah Sakit.
- (2) Direktur, Kasubbag Tata Usaha, dan Pegawai Rumah Sakit dapat diberikan remunerasi tertentu sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (3) Besaran remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan berdasarkan peraturan perundang-undangan.

### Pasal 39

Prinsip dasar pemberian remunerasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 38, meliputi:

- a. keadilan;
- b. profesionalisme; dan
- c. beban kerja.

### Pasal 40

- (1) Pembayaran gaji dan tunjangan kepada PNS dan honorarium kepada Non PNS dialokasikan melalui DPA Dinas Kesehatan.
- (2) Pemberian jasa pelayanan sebagai imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan dan pendukung pelayanan paling banyak 40% (empat puluh persen) dari pendapatan pelayanan Rumah Sakit.

### Pasal 41

- (1) Perhitungan besaran jasa bagi pegawai Rumah Sakit didasarkan pada mekanisme pembagian imbalan jasa pelayanan penilaian yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (2) Pembagian jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian :
  - a. pengalaman dan masa kerja (*basic index*);

- b. keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
  - c. resiko kerja (*risk index*);
  - d. pelayanan yang diberikan (*emergency index*);
  - e. jabatan yang disandang (*position index*); dan
  - f. hasil/ capaian kerja (*performance index*).
- (3) Bagi pejabat pengelola dan pegawai yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan PNS serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai peraturan perundang-undangan.

## BAB X

### STANDAR PELAYANAN

#### Pasal 42

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit, Direktur mengusulkan Standar Pelayanan Rumah Sakit yang ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (2) Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

#### Pasal 43

Standar Pelayanan harus memenuhi persyaratan:

- a. Komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses penyampaian pelayanan (*service delivery*) meliputi:
  - 1. persyaratan;
  - 2. sistem, mekanisme dan prosedur;
  - 3. jangka waktu pelayanan;
  - 4. biaya/tarif;
  - 5. produk pelayanan; dan
  - 6. penanganan pengaduan, saran dan masukan.
- b. Komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses pengelolaan pelayanan di internal organisasi (*manufacturing*) meliputi:
  - 1. dasar hukum;
  - 2. sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas;
  - 3. kompetensi pelaksana;
  - 4. pengawasan internal;
  - 5. jumlah pelaksana;



6. jaminan pelayanan;
7. jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan; dan
8. evaluasi kinerja pelaksana.

#### Pasal 44

- (1) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (1), fokus mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (2) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (1), terukur pencapaiannya, dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (1) dan ayat (2), dapat dicapai karena merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (1) dan ayat (2), relevan dan dapat diandalkan karena merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (1) dan ayat (2), tepat waktu karena merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

### BAB XI

#### PENGELOLAAN KEUANGAN

##### Bagian Kesatu

#### Prinsip Pengelolaan Keuangan

#### Pasal 45

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip transparansi, akuntabilitas, responsibilitas dan independensi.
- (2) Pelaksanaan keuangan di RSUD Muara Beliti mengacu pada DPA Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas.
- (3) Dalam rangka penerapan prinsip sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan Sistem Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

Bagian Kedua  
Tarif Pelayanan

Pasal 46

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbalan hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), berupa besaran tarif dan/atau tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.

Pasal 47

- (1) Tarif layanan rawat jalan, gawat darurat, rawat inap, beserta pelayanan penunjangnya diusulkan oleh Direktur kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (4) Bupati dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat membentuk tim.
- (5) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (4), ditetapkan oleh Bupati yang keanggotaannya dapat berasal dari:
  - a. Pembina teknis;
  - b. Pembina keuangan;
  - c. unsur perguruan tinggi; dan
  - d. organisasi profesi;

Pasal 48

- (1) Peraturan Bupati tentang tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.



- (3) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berpedoman pada ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44.

Bagian Ketiga  
Perencanaan dan Penganggaran

Pasal 49

- (1) Direktur menyusun Rencana Strategis Rumah Sakit setiap 5 (lima) tahun sekali.
- (2) Rencana Strategis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas.
- (3) Sebelum ditetapkan, Rancangan Rencana Strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Dinas Kesehatan untuk memastikan kesesuaian dengan Rencana Strategis dinas Kesehatan.

Pasal 50

- (1) Rencana Strategis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 ayat (1) dijabarkan dalam Rencana Kerja Anggaran (RKA) Rumah Sakit yang merupakan bagian dari RKA Dinas Kesehatan.
- (2) RKA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Bagian Keempat  
Pelaksanaan, Pengukuran, dan Pelaporan

Pasal 51

- (1) Pelaksanaan kegiatan-kegiatan di Rumah Sakit mengacu pada DPA Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas yang telah disahkan.
- (2) Setiap kegiatan yang telah dilaksanakan harus diukur kinerjanya baik input, proses, maupun output sebagaimana tercantum di perencanaan.
- (3) Pelaporan pelaksanaan kegiatan dilakukan oleh penanggungjawab kegiatan secara periodik kepada Sub Bagian Tata Usaha untuk dikompilasikan dan dilaporkan kepada Dinas Kesehatan.

BAB XII  
EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pasal 52

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja Rumah Sakit dilakukan setiap tahun oleh Dinas Kesehatan.

- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian indikator kinerja Rumah Sakit.

### BAB XIII

#### TATA KELOLA STAF MEDIS (*MEDICAL STAF BY LAWS*)

##### Bagian Kesatu

##### Nama dan Tujuan Organisasi

##### Pasal 53

- (1) Kelompok Staf Medik (KSM) Rumah Sakit adalah Nama kelompok Dokter dan Dokter Spesialis serta Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis yang berhak memberikan pelayanan medik di rumah sakit.
- (2) Pengelompokan anggota Staf Medis adalah berdasarkan keahlian dan/atau spesialisasi serta kewenangan klinis yang ada di Rumah sakit.
- (3) Untuk Kelompok Dokter Umum, masuk dalam Staf Medis Dokter Umum dan untuk Kelompok Dokter Gigi dan Dokter Gigi Speasialis masuk dalam Staf Medis Gigi dan Mulut.
- (4) Untuk Kelompok Dokter Spesialis, masuk dalam Staf Medis sesuai dengan bidang spesialisasi dan /atau kemiripan keahliannya.

##### Pasal 54

Tujuan dan pengorganisasian Kelompok Staf Medis adalah agar Staf Medis di Rumah Sakit dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas, efisien dan bertanggung jawab.

##### Pasal 55

Secara administratif manajerial, Kelompok Staf Medis (KSM) berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.

### BAB XIV

#### PENGGORGANISASIAN STAF MEDIS FUNGSIONAL

##### Bagian Kesatu

##### Struktur Organisasi

##### Pasal 56

- (1) Anggota Staf Medis Fungsional (SMF) dikelompokkan sesuai dengan profesi dan keahliannya antara lain berdasarkan pertimbangan khusus, paling sedikit dengan 2 (dua) orang anggota.



- (2) Dalam hal kelompok staf medis dengan keahlian yang sama kurang dari 2 (dua) orang atau belum ditetapkan sebagai SMF tertentu, maka kelompok staf medis yang bersangkutan masuk dalam SMF lain yang mempunyai kemiripan keahlian.
- (3) Seluruh kelompok staf medis baik bekerja purna waktu atau paruh waktu wajib menjadi Anggota SMF kecuali Dokter PPDS, Dokter Konsultan dan Dokter Pengganti dari luar Rumah Sakit.
- (4) Susunan Kepengurusan SMF paling sedikit terdiri dari:
  - a. Ketua SMF merangkap anggota; dan
  - b. Sekretaris merangkap anggota.
- (5) Dalam kepengurusan SMF dapat dibentuk koordinator sesuai dengan fungsi Staf Medis Fungsional.
- (6) Masa bakti kepengurusan KSM adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) masa bakti berikutnya.
- (7) Apabila Ketua KSM diangkat menjadi Ketua Komite Medik maka wajib mengundurkan diri dari jabatan Ketua KSM dan Direktur menetapkan Ketua KSM yang baru sebagai penggantinya.

#### Pasal 57

Fungsi Staf Medis Fungsional adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan bidang medis.

#### Bagian Kedua

#### Ketua Kelompok Staf Medis

#### Pasal 58

- (1) Pemilihan calon Ketua KSM dilakukan dalam rapat pleno KSM.
- (2) Persyaratan Ketua KSM adalah Dokter tetap pada Rumah Sakit, bila dalam 1 (satu) KSM belum ada Dokter tetap, maka ketua KSM dapat diangkat dari dokter paruh waktu dengan kewajiban dan tanggung jawab yang sama dengan dokter tetap Rumah Sakit.
- (3) Kewajiban dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (4) Ketua KSM dipilih dan ditetapkan oleh Direktur dari calon yang diajukan oleh KSM.
- (5) Dalam menentukan pilihan dan penetapan Ketua KSM, Direktur dapat meminta pendapat dari Komite Medik.

- (6) Tugas Ketua KSM adalah mengoordinasikan semua kegiatan anggota KSM, menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja serta jasa pelayanan anggota KSM dengan rincian sebagai berikut:
- a. menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medis bidang administrasi/manajerial, di bawah koordinasi Bidang Pelayanan;
  - b. menyusun Standar Prosedur Operasional bidang keilmuan dan clinical pathway di bawah koordinasi Komite Medik;
  - c. mengevaluasi hasil indikator mutu klinis;
  - d. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

#### Pasal 59

- (1) Sekretaris KSM dipilih oleh Ketua KSM dan anggota tetap KSM selanjutnya ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Sekretaris KSM bertugas membantu Ketua KSM dalam bidang administrasi dan manajerial.

#### Pasal 60

- (1) Koordinator Pelayanan dipilih oleh Ketua KSM dan anggota tetap KSM.
- (2) Koordinator Pelayanan KSM bertugas membantu Ketua KSM dalam mengoordinir kegiatan pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan lingkup KSM serta penelitian dan pengembangan KSM.

#### Pasal 61

- (1) Tim Klinis Rumah sakit dibentuk untuk menangani kasus-kasus pelayanan medik yang memerlukan koordinasi lintas profesi.
- (2) Jumlah Tim Klinis dapat ditambah atau dikurangi sesuai dengan kebutuhan dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

### BAB XV

#### TUGAS, KEWAJIBAN DAN KEWENANGAN KELOMPOK STAF MEDIS

##### Bagian Kesatu

##### Tugas Staf Medis Fungsional

#### Pasal 62

- (1) Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan.



- (2) Memberikan pelayanan Medik yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di Rumah Sakit.
- (3) Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan berkelanjutan, pelatihan dan penelitian.
- (4) Memberikan masukan kepada Koordinator Pelayanan serta Ketua Komite Medik dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta temuan terapi baru sesuai (*evidence base medicine*) yang berhubungan dengan praktik kedokteran.
- (5) Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang ditetapkan.
- (6) Menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

#### Bagian Kedua

#### Kewajiban Staf Medis Fungsional

#### Pasal 63

- (1) Staf Medis wajib menyusun Standar Pelayanan Medis yang terdiri dari :
  - a. Standar Pelayanan Medis bidang keilmuan yang terdiri dari Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional;
  - b. Standar Prosedur Operasional bidang administrasi/manajerial yang meliputi pengaturan tugas tenaga medis/dokter di rawat jalan, rawat inap, pengaturan tugas jaga, pengaturan tugas di kamar operasi, kamar bersalin, dan lain sebagainya, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinik, presentasi kasus (kasus kematian, kasus langka, kasus sulit, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi dan lain lain melalui koordinasi dengan Kepala Instalasi dan Koordinator Pelayanan;
  - c. *Clinical pathway* sebagai panduan pelayanan penanganan suatu diagnosis yang terstandar sehingga tujuan kendali mutu dan kendali biaya terpenuhi.
- (2) Staf Medis wajib menyusun indikator kinerja mutu klinis/mutu pelayanan medis yang meliputi indikator *output* atau *outcome*.
- (3) Menjalankan uraian tugas dan kewenangannya sesuai dengan yang telah ditetapkan.

#### Bagian Ketiga

#### Kewenangan Staf Medis Fungsional

#### Pasal 64

Staf Medis Rumah Sakit berwenang:



- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter Baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan Keputusan;
- b. melakukan evaluasi atas tampilan kinerja praktek Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan rekomendasi melalui ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang Dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan Keputusan Direktur;
- d. memberikan kesempatan kepada Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
- f. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur tentang hasil pemantauan indikator mutu klinis, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
- g. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen yang terkait.

BAB XVI  
KEANGGOTAAN  
Pasal 65

Syarat untuk dapat bergabung menjadi staf medis:

- a. mempunyai Ijazah dari Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi Pemerintah/Swasta yang diakui Pemerintah dan memiliki Surat Penugasan dan/atau Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku dari Pejabat Yang Berwenang.
- b. memiliki Surat Ijin Praktek (SIP).
- c. telah melalui proses penerimaan calon anggota staf medis rumah sakit yang dilaksanakan oleh Komite Medik dan Direksi Rumah sakit melalui kredensial/rekredensial.
- d. memiliki Surat Penugasan Klinis (*Clinical appointment*) sebagai anggota staf medis, berupa Kewenangan Klinik (*Clinical Privilege*) dari Direktur Rumah sakit.
- e. mengikuti program pengenalan tugas (orientasi) di lingkungan kerja rumah sakit.
- f. mengikuti ketentuan disiplin yang berlaku di Rumah sakit.



## Pasal 66

Kategori keanggotaan staf medis adalah:

- a. anggota tetap staf medis, yaitu dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang bekerja penuh waktu atau paruh waktu di Rumah sakit; dan
- b. anggota tidak tetap staf medis, yaitu dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang berstatus sebagai dokter tamu dan dokter magang di Rumah sakit.
- c. masa berlaku keanggotaan staf medis adalah selama 3 (tiga) tahun sejak Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Direktur dikeluarkan dan dapat diperpanjang kembali dengan mengikuti *re-kredensial*.

## BAB XVII

### PENGANGKATAN DAN PEMBERHENTIAN ANGGOTA STAF MEDIS

#### Pasal 67

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian anggota staf medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (1) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian anggota staf medis ditetapkan oleh Direktur.

#### Pasal 68

- (1) Pemberhentian staf medis fungsional sebagai anggota staf medis berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian menetap.
- (2) Pemberhentian menetap apabila:
  - a. kondisi fisik dan/atau mental staf medis yang bersangkutan tidak mampu lagi secara menetap melakukan tindakan medis, berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Kesehatan yang berwenang;
  - b. melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap;
  - c. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh MKEK/MKDKI dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi secara tetap/selamanya; atau
  - d. berakhir masa perjanjian kerja dan tidak diperpanjang; atau
  - e. tidak disetujui untuk diangkat kembali sebagai anggota KSM.

(3) Pemberhentian sementara apabila:

- a. kondisi fisik staf medis fungsional yang bersangkutan tidak mampu melakukan tindakan medis lebih dari 6 (enam) bulan sampai dengan 1 (satu) tahun;
- b. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh MKEK/MKDKI dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi sementara;
- c. berulang-ulang melakukan pelanggaran disiplin profesi kedokteran atau peraturan lain yang terkait;
- d. dicabut kewenangan klinisnya;
- e. ijin praktek di Rumah Sakit sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada;
- f. tidak memenuhi standar kompetensi sesuai dengan profesinya;
- g. staf medis purna waktu yang memasuki usia pensiun, yang dalam proses pengangkatan kembali sebagai Anggota Staf Medis;
- h. berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; atau
- i. cuti diluar tanggungan negara sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS).

Pasal 69

- (1) Pengangkatan kembali staf medis fungsional sebagai Anggota Staf Medis diberlakukan bagi staf medis fungsional yang selesai menjalani pemberhentian sementara.
- (2) Staf medis fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyampaikan:
  - a. surat permohonan dari yang bersangkutan atau rekomendasi tertulis dari Ketua Staf Medis terkait;
  - b. salinan Surat Tanda Registrasi dari Konsil Kedokteran Indonesia;
  - c. salinan Surat Ijin Praktek;
  - d. surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP;
  - e. surat pernyataan sanggup mematuhi dan melaksanakan etika profesi;
  - f. surat pernyataan sanggup mematuhi segala peraturan yang berlaku dilingkungan Rumah Sakit.
- (3) Calon staf medis yang akan diaktifkan kembali harus dilakukan kajian dan kredensial serta rekomendasi dari Komite Medis untuk pengangkatan kembali anggota staf medis.
- (4) Direktur dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kerja harus mengeluarkan keputusan persetujuan atau penolakan.



BAB XVIII  
KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGES*)

Pasal 70

- (1) Kewenangan klinis adalah kewenangan dari anggota staf medis untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Tanpa kewenangan klinis, maka seorang tenaga medis tidak dapat menjadi anggota staf medis dan bekerja di Rumah sakit
- (3) Jenis kewenangan klinis yang berlaku di Rumah sakit, meliputi :
  - a. *kewenangan klinis sementara (temporary clinical privilege)*;
  - b. *kewenangan klinis dalam keadaan darurat (emergency clinical privilege)*; dan
  - c. *kewenangan klinis bersyarat (provisional clinical privilege)*.
- (4) Lingkup kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk pelayanan medis tertentu diberikan dengan berpedoman pada buku putih (*white paper*) yang disusun oleh mitra bestari (*peer group*) profesi bersangkutan.
- (5) Kewenangan klinis diberikan oleh Direktur atas Rekomendasi Komite Medis, setelah melalui Proses Kredensial yang dilakukan oleh Sub Komite Kredensial.
- (6) Dalam kondisi tertentu kewenangan klinis dapat di delegasikan kepada dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dokter/dokter gigi, perawat atau bidan sesuai dengan kompetensinya.
- (7) Pendelegasian sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dilakukan melalui usulan Komite Medik.

Pasal 71

- (1) Setiap Dokter yang diterima sebagai staf medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinis oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medis.
- (2) Penentuan kewenangan klinis didasarkan atas ijazah/sertifikat yang dimiliki oleh staf medis.
- (3) Dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinis maka Komite Medis dapat meminta informasi atau pendapat dari kolegium terkait.

Pasal 72

- (1) Mitra Bestari (*peer group*) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis.

- (2) Staf medis dalam mitra bestari pada ayat (1) tidak terbatas dari staf medis yang ada di 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 *adhock* yang terdiri dari mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk menjalankan fungsi kredensial, penjaminan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di Rumah Sakit.

#### Pasal 73

Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 akan dievaluasi terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

#### Pasal 74

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

#### Pasal 75

Kewenangan klinis sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti dengan memperhatikan pendapat Komite Medik.

#### Pasal 76

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit dapat diberikan kewenangan klinis untuk melakukan tindakan penyelamatan diluar kewenangan klinis yang diberikan, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

### BAB XIX

#### DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN (DPJP)

#### Pasal 77



- (1) Dokter Penanggungjawab Pasien merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggungjawab dalam pelayanan kepada pasien di Rumah sakit.
- (2) Staf medis yang dapat menjadi DPJP adalah staf medis dengan kriteria yang ditetapkan oleh Kepala Bidang Pelayanan.
- (3) DPJP ditentukan berdasarkan diagnosa utama terhadap pasien paling lambat 12 (dua belas) jam sesudah pasien masuk rawat inap.
- (4) DPJP wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sesudah pasien masuk rawat inap, dengan memperhatikan kendali biaya dan kendali mutu.
- (5) DPJP melaksanakan tugas:
  - a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa penyakit dan pemberian terapi dan melakukan evaluasi keberhasilan terapi.
  - b. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada pasien, keluarga pasien dan tim pelayanan.
  - c. memberikan edukasi kepada pasien.
  - d. melakukan presentasi kasus medis dihadapan komite medik bila dianggap perlu.
  - e. membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran dalam pendidikan klinis di Rumah Sakit.
- (6) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensi DPJP, maka DPJP harus mengalihkan ke DPJP lain sesuai dengan kompetensi dan urgensi pasien dengan mengisi resume medis kondisi pasien terakhir pada lembar konsultasi.
- (7) Pada kondisi tertentu bila diperlukan, Koordinator Pelayanan dapat mengalihkan ke DPJP lain yang lebih kompeten.
- (8) Ketentuan mengenai teknis pelaksanaan DPJP ditetapkan oleh Direktur.

## BAB XX

### *PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)*

#### Pasal 78

- (1) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Komite Medik kepada masing-masing anggota Staf Medis dengan surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.



- (2) Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diperbaharui sesuai dengan kompetensi dari anggota Staf Medis setelah dilakukan rekredensial oleh Komite Medik.
- (3) Kewenangan Klinis anggota Staf Medis berstatus dokter tamu dan/atau dokter magang diberikan dengan surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 1 (satu) tahun.
- (4) Pemberian Penugasan Klinis ulang (*Clinical Re-Appointment*) dapat diberikan setelah yang bersangkutan mengikuti prosedur *Re- Kredensial* dari Komite Medis.
- (5) Pencabutan/pembatasan Kewenangan klinis yang tertuang dalam Surat Penugasan Klinis dilakukan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi Komite Medis.

#### Pasal 79

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administrasi dilakukan oleh Direktur Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medis sesuai ketentuan yang berlaku.
- (3) Staf medis yang memberikan pelayanan medis dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medis, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

### BAB XXI

#### KOMITE MEDIK

##### Bagian Kesatu

##### Nama dan Struktur Organisasi

#### Pasal 80

- (1) Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang merupakan wadah profesional di Rumah Sakit yang memiliki otoritas tertinggi dalam organisasi staf medis, dibentuk dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Komite medik melaksanakan tugas penapisan profesionalisme staf medis, mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis, serta menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (4) Pelaksanaan tugas-tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan oleh Sub Komite-Sub Komite.



## Pasal 81

- (1) Susunan organisasi komite medik Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. Ketua, dijabat oleh Dokter yang dipilih oleh Staf Medis Fungsional;
  - b. Sekretaris, dipilih oleh Ketua Komite Medis; dan
  - c. Sub Komite, terdiri dari :
    - Sub Komite Kredensial;
    - Sub Komite Mutu Profesi; dan
    - Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Tiap-tiap Sub Komite bertanggungjawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.
- (3) Keanggotaan komite medik terdiri dari semua ketua Staf Medis Fungsional dan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan komite medik disesuaikan dengan jumlah staf medis.
- (5) Jangka waktu kepengurusan Komite Medik adalah 3 (tiga) tahun.

## Bagian Kedua

### Ketua Komite Medik

## Pasal 82

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur, dengan mempertimbangkan usulan hasil pleno anggota Komite medik.
- (2) Ketua Komite Medik dipilih oleh Direktur dari 3 (tiga) orang calon yang diajukan.
- (3) 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.

## Pasal 83

Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medis sebagai berikut:

- a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
- b. menguasai ilmu profesinya dalam jangkauan, lingkup, sasaran dan dampak yang luas.
- c. peka terhadap perkembangan perumahsakitannya;
- d. memiliki sifat terbuka, bijaksana dan jujur;
- e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
- f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

Bagian Ketiga  
Tugas, Fungsi dan Kewenangan

Pasal 84

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis;
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis; dan
- (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;
  - c. kompetensi;
  - d. kesehatan fisik dan mental;
  - e. perilaku;
  - f. etika profesi.
  - g. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
  - h. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
  - i. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
  - j. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
  - k. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
  - l. 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 85

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik memiliki wewenang:

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

#### Bagian Keempat

##### Pola Hubungan dengan Direktur

#### Pasal 86

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsinya komite medik.
- (2) Ketua komite medik bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.
- (3) Komite medik wajib memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukannya kepada direktur.
- (4) Direktur bersama komite medik untuk menyusun pengaturan layanan medis (*medckal staff rules end regulations*) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk hingga keluar dari rumah sakit.

#### Bagian Kelima

##### Panitia *Adhoc*

#### Pasal 87

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc* yang dibentuk untuk tugas tertentu dan jangka waktu tertentu.

- (2) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.
- (5) Panitia *ad hoc* bertanggungjawab kepada Direktur melalui Komite Medik.

## BAB XXII

### SUBKOMITE KREDENSIAL

#### Pasal 88

- (1) Pengorganisasian subkomite kredensial terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Sub komite kredensial di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

#### Pasal 89

Tugas dan wewenang subkomite kredensial adalah:

- a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis;
- b. melakukan pemeriksaan dan pengkajian terhadap kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku dan etika profesi staf medis;
- c. mengevaluasi data pendidikan professional kedokteran berkelanjutan (P2KB/P3KGB) tenaga medis;
- d. mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
- e. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik; dan
- f. melakukan proses *re-kredensial* pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

#### Pasal 90

Proses kredensial yang dilakukan oleh Sub Komite Kredensial meliputi elemen:

- a. kompetensi:



- b. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
- c. kognitif;
- d. afektif;
- e. psikomotor.
- f. kompetensi fisik;
- g. kompetensi mental/perilaku;
- h. *perilaku etis (ethical standing)*.

#### Pasal 91

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

#### Pasal 92

- (1) Sub komite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
  - a. masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis telah habis masa berlakunya;
  - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalain terkait tugas dan kewenangannya;
  - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Dalam proses rekredensial sub komite kredensial dapat memberikan rekomendasi:
  - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;

- e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/ dimodifikasi; dan
- f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

(3) Sub komite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

## BAB XXIII

### SUBKOMITE MUTU PROFESI

#### Pasal 93

- (1) Sub komite mutu profesi di Rumah Sakit terdiri atas 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian sub komite mutu profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua komite medik.

#### Pasal 94

Tugas dan wewenang sub komite mutu profesi adalah:

- a. menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*), yang dilakukan dengan mengusulkan penetapan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP);
- b. melakukan audit medis;
- c. mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis;
- d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis rumah sakit;
- e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan;
- f. memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.



#### Pasal 95

- (1) Sub komite mutu profesi dalam menjaga mutu profesi medis dilakukan dengan pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui:
  - a. memantau kualitas, melalui *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading*; dan
  - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, melalui pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pemantauan dan pengendalian mutu profesi diatur dalam petunjuk teknis yang ditetapkan oleh Direktur.

#### BAB XXIV

##### SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

#### Pasal 96

- (1) Sub komite etika dan disiplin profesi di Rumah Sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian sub komite etika dan disiplin profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua komite medik.

#### Pasal 97

Tugas sub komite etika dan disiplin profesi :

- a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit;
- c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.

#### Pasal 98

Kriteria yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis antara lain:

- a. pedoman pelayanan kedokteran di Rumah Sakit;
- b. prosedur kerja pelayanan di Rumah Sakit;
- c. daftar kewenangan klinis di Rumah Sakit;
- d. standar kompetensi kedokteran;

- e. kode etik kedokteran Indonesia;
- f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
- g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
- i. standar prosedur operasional pelayanan medis.

#### Pasal 99

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi.
- (2) Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
  - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
  - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar Rumah Sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur.
- (3) Panel dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit.
- (4) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

### BAB XXV

#### PEMBINAAN PROFESIONALISME DAN ETIKA

#### Pasal 100

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

#### Pasal 101

- (1) Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di Rumah Sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.



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

## BAB XXVI

### TATA KELOLA STAF KEPERAWATAN/PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN (*NURSING STAFF BY LAWS*)

#### Bagian Kesatu

##### Umum

##### Pasal 102

- (1) Tujuan penyusunan peraturan internal staf keperawatan agar staf keperawatan Rumah Sakit terorganisir secara baik, dan memiliki peran, tugas serta kewenangan yang jelas.
- (2) Maksud penyusunan peraturan internal staf keperawatan ini agar Komite Keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme Kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- (3) Pembentukan Kelompok Keperawatan berdasarkan Spesialisasi, Unit Kerja atau Ruang Perawatan.

## BAB XXVII

### PENORGANISASIAN STAF KEPERAWATAN

#### Bagian Kedua

##### Kelompok Keperawatan

##### Pasal 103

- (1) Pengorganisasian staf keperawatan di Rumah Sakit dilakukan dengan pembentukan Kelompok Keperawatan berdasarkan Unit Kerja atau Ruang Perawatan.
- (2) Kelompok Keperawatan dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Kelompok Keperawatan berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Koordinator Keperawatan.
- (4) Kelompok Keperawatan merupakan kelompok yang mengkoordinasikan pelayanan profesi keperawatan dan kebidanan .

##### Pasal 104

Kelompok bidang keperawatan terdiri dari jenjang pendidikan general (Profesi) dan Vokasi.

### Pasal 105

Tujuan pengorganisasian staf keperawatan adalah agar staf keperawatan Rumah Sakit dapat fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas, efisien dan bertanggungjawab.

### Pasal 106

- (1) Kelompok Keperawatan Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. Kelompok Keperawatan Anak;
  - b. Kelompok Keperawatan Maternitas;
  - c. Kelompok Keperawatan Bedah dan Mata;
  - d. Kelompok Keperawatan Penyakit Dalam.
- (2) Kelompok Keperawatan Anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan kelompok perawat spesialis di bidang anak.
- (3) Kelompok Keperawatan Maternitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan kelompok perawat di bidang maternitas.
- (4) Kelompok Keperawatan Bedah dan Mata sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan kelompok perawat di bidang bedah dan mata.
- (5) Kelompok Keperawatan Penyakit Dalam sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan kelompok perawat di bidang penyakit dalam.
- (6) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan Kelompok Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

### Bagian Ketiga

#### Keanggotaan Kelompok Keperawatan

### Pasal 107

- (1) Seluruh staf keperawatan baik yang berstatus PNS atau Non PNS merupakan bagian dari Kelompok Keperawatan rumah sakit.
- (2) Setiap Kelompok Keperawatan beranggotakan staf keperawatan sesuai dengan keahliannya dengan jumlah staf keperawatan berdasarkan struktur organisasi ruangan yang ditetapkan oleh direktur RS sesuai dengan kebutuhan ruangan yang dimaksud.
- (3) Dalam hal staf keperawatan dengan spesialisasi yang sama kurang dari 5 (lima) orang atau belum ditetapkan sebagai Kelompok Keperawatan tertentu, maka staf keperawatan yang bersangkutan masuk dalam Kelompok Keperawatan yang ada di Rumah Sakit.
- (4) Penempatan staf keperawatan kedalam Kelompok Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.



## Pasal 108

- (1) Setiap Kelompok Keperawatan dipimpin oleh seorang ketua yang ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Persyaratan untuk dapat menjadi Ketua Kelompok Keperawatan adalah:
  - a. Berpendidikan minimal Diploma III Keperawatan/Kebidanan;
  - b. Memiliki sertifikat Kompetensi yang masih berlaku (STR)
  - c. Memiliki Surat izin kerja dari dinas perizinan setempat
  - d. Memiliki sertifikat kursus/pelatihan manajemen keperawatan
  - e. Memiliki pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;
  - f. Memiliki kemampuan kepemimpinan, berwibawa dan sehat.
- (3) Dalam menentukan Ketua Kelompok Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Koordinator Keperawatan dan Komite Keperawatan.
- (4) Penetapan sebagai Ketua Kelompok Keperawatan dengan Keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun dapat diangkat kembali untuk periode berikutnya berdasarkan pertimbangan kinerja.
- (5) Apabila Ketua Kelompok Keperawatan diangkat menjadi Ketua Komite Keperawatan maka Direktur menetapkan Ketua Kelompok Keperawatan yang baru sebagai penggantinya.
- (6) Tata cara pengangkatan Ketua Kelompok Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

## Bagian Keempat

### Tugas dan Wewenang Ketua Kelompok Keperawatan

## Pasal 109

- (1) Ketua Kelompok Keperawatan mempunyai tugas pokok mengawasi dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan diruang rawat yang berada diwilayah tanggung jawabnya,
- (2) Rincian tugas Ketua Kelompok Keperawatan adalah sebagai berikut:
  - a. melaksanakan fungsi perencanaan;
  - b. melaksanakan fungsi pengarahan dan pengkoordinasian
  - c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan;
  - d. melaksanakan fungsi pengawasan, pengendalian dan penilaian dalam program bidang pelayanan keperawatan.

- (3) Ketua Kelompok Keperawatan berwenang:
- a. memberikan masukan kepada Direktur melalui Koordinator keperawatan serta Ketua Komite Keperawatan dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi dalam pelayanan keperawatan serta temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik pelayanan keperawatan;
  - b. mengkoordinasikan anggota Kelompok Keperawatan agar pelayanan keperawatan berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku; dan
  - c. memberikan masukan kepada Direktur melalui Koordinator Keperawatan serta Ketua Komite Keperawatan mengenai penerimaan calon staf keperawatan baru.
- (4) Untuk mendukung kelancaran tugas Ketua Kelompok Keperawatan, dapat ditunjuk sekretaris yang berasal dari anggota kelompok keperawatan dengan keputusan Direktur.

#### Bagian Kelima

#### Pengangkatan dan Pemberhentian Anggota Kelompok Keperawatan

##### Pasal 110

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Anggota Kelompok Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi Koordinator Keperawatan dan Komite Keperawatan.
- (2) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian Anggota Kelompok Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

##### Pasal 111

- (1) Pemberhentian staf keperawatan sebagai Anggota Kelompok Keperawatan berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian tetap.
- (2) Pemberhentian tetap dilakukan dalam hal :
  - a. kondisi fisik dan atau mental Staf Keperawatan yang bersangkutan tidak mampu lagi secara menetap melakukan tindakan keperawatan, berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Kesehatan yang berwenang;
  - b. melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap;



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

#### Pasal 112

- (1) Pengangkatan kembali staf keperawatan sebagai Anggota Kelompok Keperawatan diberlakukan bagi staf keperawatan yang selesai menjalani pemberhentian sementara.
- (2) Staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyampaikan:
  - a. surat permohonan dari yang bersangkutan atau rekomendasi tertulis dari Ketua Kelompok Keperawatan terkait;
  - b. salinan Surat Tanda Registrasi dari Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) berupa STR yang masih berlaku;
  - c. salinan surat ijin Kerja;
  - d. surat keterangan sehat;

- e. surat pernyataan sanggup mematuhi dan melaksanakan etika profesi; dan
  - f. surat pernyataan sanggup mematuhi segala peraturan yang berlaku di lingkungan Rumah Sakit.
- (3) Apabila diperlukan dapat meminta kajian dan rekomendasi dari Komite Keperawatan untuk pengangkatan kembali anggota Kelompok Keperawatan.
- (4) Direktur dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kerja harus mengeluarkan keputusan persetujuan atau penolakan.

## BAB XXVIII

### STAF KEPERAWATAN

#### Bagian Kesatu

#### Hak dan Kewajiban Staf Keperawatan

##### Pasal 113

- (1) Staf keperawatan dalam menjalankan tugas profesi/praktik keperawatan di Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap profesi dan hukum secara mandiri.
- (2) Staf keperawatan secara administratif manajerial bertanggung jawab kepada Direktur melalui Koordinator Keperawatan dan secara teknis profesi bertanggung jawab kepada Komite Keperawatan.
- (3) Hak dan kewajiban staf keperawatan sebagai pegawai dan sebagai tenaga profesi di Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### Bagian Kedua

#### Tugas dan Fungsi Staf Keperawatan

##### Pasal 114

- (1) Staf keperawatan, bertugas:
- a. melaksanakan kegiatan profesi yang terkait dengan asuhan keperawatan dan/atau asuhan kebidanan;
  - b. meningkatkan kemampuannya profesinya, melalui program pendidikan/pelatihan berkelanjutan;
  - c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan serta standar etika dan disiplin yang sudah ditetapkan; dan
  - d. menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator kinerja.



- (2) Fungsi staf keperawatan secara perorangan adalah sebagai pelaksana pelayanan asuhan keperawatan dan/atau asuhan kebidanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang keperawatan.

### Bagian Ketiga

#### Pembinaan dan Pengawasan

##### Pasal 115

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf keperawatan yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Koordinator Keperawatan dan Komite Keperawatan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf keperawatan meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi, disiplin pegawai dan motivasi kerja.
- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Keperawatan.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan, disiplin pegawai dan motivasi kerja dilakukan oleh Direktur melalui Koordinator Keperawatan.

##### Pasal 116

- (1) Pembinaan dan pengawasan terkait kewenangan klinis dilakukan dengan investigasi.
- (2) Rekomendasi hasil investigasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa:
  - a. pemberian teguran tertulis atau/dan pembatasan kewenangan klinis, paling lama 3 (tiga) bulan untuk pelanggaran ringan;
  - b. pembatasan kewenangan klinis, paling lama 6 (enam) bulan untuk pelanggaran sedang; dan
  - c. pembatasan kewenangan klinis, paling lama 1 (satu) tahun untuk pelanggaran berat.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terkait mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan dengan audit keperawatan, yang diarahkan untuk:
  - a. meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan oleh staf keperawatan;
  - b. meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf keperawatan; dan
  - c. melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf keperawatan.



#### Pasal 117

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

#### Bagian Keempat

#### Mitra Bestari

#### Pasal 118

- (1) Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok keperawatan dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi keperawatan termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Mitra Bestari berasal dari staf keperawatan yang ada di Rumah Sakit.
- (3) Selain berasal dari staf keperawatan yang ada di Rumah Sakit Mitra Bestari dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan perawat spesialis, *kolegium* perawat spesialis dan /atau institusi pendidikan keperawatan.
- (4) Mitra Bestari dapat ditunjuk sebagai Panitia *Adhoc* untuk membantu Komite Keperawatan melakukan kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di Rumah Sakit.
- (5) Penetapan Mitra Bestari sebagai Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usul Ketua Komite Keperawatan.

#### BAB XXIX

#### KEWENANGAN KLINIS

#### Pasal 119

- (1) Asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh Staf keperawatan yang telah diberi kewenangan klinis setelah melalui proses kredensial.
- (2) Kewenangan Klinis seorang staf keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Keperawatan.
- (3) Kewenangan klinis setiap staf keperawatan diajukan oleh perawat yang bersangkutan sesuai dengan jenjang pendidikan dan masa kerja.
- (4) Kewenangan klinis setiap staf keperawatan dapat saling berbeda walaupun memiliki spesialisasi/jenjang karir perawat klinik/sertifikasi yang sama.
- (5) Tanpa kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf keperawatan tidak dapat menjadi anggota Kelompok Keperawatan.
- (6) Kewenangan klinis diberikan kepada staf keperawatan berdasarkan pertimbangan:



- a. *clinical appraisal* (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi; dan
  - b. hasil assesmen kompetensi oleh Asesor.
- (7) Jenjang klinis keperawatan terdiri dari :
- a. jenjang perawat klinis 1;
  - b. jenjang perawat klinis 2; dan
  - c. jenjang perawat klinis 3;
- (8) Penetapan jenjang klinis keperawatan diatur didalam kewenangan klinis perawat dan ditetapkan oleh Keputusan Direktur.

#### Pasal 120

- (1) Rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi setiap jenis pelayanan keperawatan yang disebut buku putih (*white paper*) ditetapkan oleh Komite Keperawatan dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (2) Dalam hal dijumpai kesulitan menentukan kewenangan klinis dan atau apabila suatu pelayanan keperawatan dapat dilakukan oleh staf keperawatan dari jenis spesialisasi yang berbeda maka untuk pelayanan keperawatan tertentu Komite Keperawatan dapat meminta informasi atau pendapat dari Mitra Bestari.

#### Pasal 121

- (1) Kewenangan klinis staf keperawatan terdiri atas:
  - a. kewenangan klinis umum;
  - b. kewenangan klinis khusus; dan
  - c. kewenangan klinis istimewa.
- (2) Kewenangan klinis umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi yang dimiliki dan sesuai jenjang keperawatan klinis yang dimiliki.
- (3) Kewenangan klinis khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan area kerja/penugasan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (4) Kewenangan klinis istimewa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c diberikan kepada tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi tertentu yang dimiliki oleh tenaga keperawatan dengan mempertimbangkan resiko pelayanan dan teknologi yang digunakan.



- (5) Setiap tenaga keperawatan dapat memiliki lebih dari 1 (satu) jenis kewenangan klinis sesuai kompetensi dan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

#### Pasal 122

Kewenangan klinis seorang staf keperawatan dapat dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut oleh Direktur.

#### Pasal 123

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

### BAB XXX

#### DELEGASI TINDAKAN MEDIK

#### Pasal 124

- (1) Kewenangan tenaga keperawatan untuk melakukan tindakan medik yang merupakan delegasi dari tenaga medis hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki kewenangan klinis tertentu berdasarkan hasil kredensial Sub Komite Kredensial.
- (2) Tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tetap menjadi tanggung jawab tenaga medis yang memberikan delegasi.



- (3) Secara teknis pendelegasian berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB XXXI  
PENUGASAN KLINIS  
Pasal 125

- (1) Penugasan klinis diberikan kepada seorang staf keperawatan setelah melalui proses kredensial dan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat kewenangan klinis yang diberikan kepada seorang staf keperawatan dan tempat yang bersangkutan untuk dapat melaksanakan tugas.
- (3) Penugasan klinis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 126

- (1) Penugasan klinis seorang staf keperawatan hanya dapat ditetapkan apabila:
  - a. mempunyai Surat Ijin Kerja (SIK) dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku dan sesuai ketentuan perundang-undangan;
  - b. memenuhi syarat sebagai staf keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
  - c. bersedia memenuhi segala permintaan Rumah Sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan keperawatan dengan mengacu pada standar prosedur operasional (SPO), dan standar administrasi yang berlaku di rumah sakit; dan
  - d. bersedia mematuhi etika keperawatan yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri.
- (2) Penugasan klinis berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (3) Penugasan klinis dapat berakhir sebelum waktunya dalam hal:
  - a. ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku;
  - b. kondisi fisik atau mental staf keperawatan yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan keperawatan;
  - c. staf keperawatan tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis yang dicantumkan dalam penugasan klinis;

- d. staf keperawatan telah melakukan tindakan yang tidak profesional atau perilaku menyimpang lainnya;
- e. staf keperawatan diberhentikan karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
- f. staf keperawatan diberhentikan karena yang bersangkutan memasuki usia pensiun dan/atau mengakhiri kontrak dengan rumah sakit dengan mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

## BAB XXXII

### KOMITE KEPERAWATAN

#### Bagian Kesatu

#### Kedudukan Komite Keperawatan

#### Pasal 127

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Komite Keperawatan berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Koordinator Keperawatan.
- (3) Kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas, fungsi dan wewenang Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

#### Bagian Kedua

#### Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan

#### Pasal 128

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sebagai berikut:
  - a. Ketua Komite Keperawatan;
  - b. Sekretaris Komite Keperawatan;
  - c. Anggota Komite Keperawatan, yang terdiri dari:
  - d. Sub Komite Kredensial;
  - e. Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan;
  - f. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Personalia Komite Keperawatan Rumah Sakit berjumlah 8 (delapan) orang.

#### Pasal 129

- (1) Seseorang yang dapat diangkat menjadi anggota/personalia Komite Keperawatan adalah staf keperawatan purna waktu dan sudah bekerja di Rumah Sakit minimal 5 (lima) tahun.



- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan:
  - a. sikap profesional;
  - b. reputasi;
  - c. perilaku; dan
  - d. memperhatikan usulan dari Kelompok Keperawatan.
- (3) Ketua Komite Keperawatan dipilih oleh anggota dan ditunjuk oleh Direktur.
- (4) Sekretaris Komite Keperawatan, Anggota Komite Keperawatan, Ketua Sub Komite, Anggota Sub Komite, dan Sekretaris Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua komite keperawatan.
- (5) Pengangkatan dan pemberhentian anggota/personalia Komite Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

#### Pasal 130

- (1) Persyaratan Ketua Komite Keperawatan:
  - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
  - b. menguasai segi ilmu pofesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
  - c. tanggap terhadap perkembangan perumahsakitian;
  - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
  - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya;
  - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi; dan
  - g. berpengalaman minimal 10 (sepuluh) tahun dalam keperawatan.
- (2) Dalam menentukan Ketua Komite Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan Pengawas.
- (3) Ketua Kelompok Keperawatan yang diangkat menjadi Ketua Komite Keperawatan wajib mengundurkan diri dari jabatannya sebagai Ketua Kelompok Keperawatan.

#### Bagian Ketiga

##### Tugas, Fungsi dan Wewenang Komite Keperawatan

#### Pasal 131

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan



- c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Pedoman pelaksanaan tugas Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

#### Pasal 132

- (1) Dalam melaksanakan tugas kredensial, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. penyusunan daftar kewenangan klinis dan persyaratan setiap jenis pelayanan keperawatan;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi;
  - c. pengevaluasian data pendidikan profesional keperawatan berkelanjutan; dan
  - d. penilaian dan pemberian rekomendasi kewenangan klinis yang adekuat.
- (2) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf keperawatan, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. berperan menjaga mutu profesi keperawatan dengan memastikan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan oleh staf keperawatan melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*);
  - b. pendidikan dan pengembangan profesi berkelanjutan dengan memberikan rekomendasi pendidikan, pertemuan ilmiah internal dan kegiatan eksternal; dan
  - c. pendampingan (*proctoring*) terhadap staf keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf keperawatan, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi keperawatan;
  - b. pemeriksaan staf keperawatan yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku staf keperawatan; dan
  - d. pemberian pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis.

#### Pasal 133

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan memiliki wewenang:
- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);

7



- 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 keperawatan;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

#### Pasal 134

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia *adhoc* dari mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur.

### BAB XXXIII

#### RAPAT-RAPAT

#### Pasal 135

- (1) Rapat Komite Keperawatan diselenggarakan untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan keprofesian tenaga keperawatan sesuai tugas dan kewajibannya.
- (2) Rapat Komite Keperawatan terdiri dari rapat rutin, rapat koordinasi dengan Direktur dan/atau Bidang Keperawatan serta rapat khusus.
- (3) Peserta rapat Komite Keperawatan terdiri dari Anggota Komite Keperawatan dan apabila diperlukan dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang terkait dengan agenda rapat, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit yang ditentukan oleh Komite Keperawatan.
- (4) Setiap rapat Komite Keperawatan dibuat risalah rapat.
- (5) Mekanisme pelaksanaan rapat Komite Keperawatan diatur dalam pedoman rapat Komite Keperawatan.

#### Pasal 136

- (1) Rapat rutin Komite Keperawatan dilaksanakan dengan ketentuan:
  - a. rapat rutin diselenggarakan terjadual paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan;



- b. rapat rutin merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, melakukan klarifikasi, mencari alternatif solusi berbagai masalah pelayanan keperawatan dan membuat usulan tentang kebijakan pelayanan keperawatan;
  - c. risalah rapat rutin disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat rutin berikutnya.
- (2) Rapat koordinasi Komite Keperawatan dengan Direktur dan/atau Koordinator Keperawatan dilaksanakan dengan ketentuan:
- a. rapat dengan Direktur diselenggarakan terjadwal paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan dan Direktur dan/atau Koordinator Keperawatan;
  - b. rapat bertujuan untuk menginternalisasikan kebijakan dan peraturan-peraturan yang berhubungan dengan profesi dan pelayanan keperawatan, mendiskusikan berbagai masalah pelayanan keperawatan, sumber daya manusia, sarana dan prasarana, keuangan serta menampung usulan tentang kebijakan pelayanan keperawatan; dan
  - c. risalah rapat dengan Direktur dan/atau Koordinator Keperawatan disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat dengan Direktur dan/atau Koordinator Keperawatan berikutnya.
- (3) Rapat khusus Komite Keperawatan dilaksanakan dengan ketentuan:
- a. rapat khusus diselenggarakan atas permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Komite Keperawatan;
  - b. rapat khusus bertujuan untuk membahas masalah mendesak/penting yang segera memerlukan penetapan /Keputusan Direktur; dan
  - c. undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Komite Keperawatan kepada peserta rapat melalui telepon sebelum rapat diselenggarakan, dengan memberitahukan agenda rapat.
- (4) Pimpinan rapat Komite Keperawatan dilaksanakan dengan ketentuan:
- a. setiap rapat Komite Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan, apabila Ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat dapat didelegasikan kepada salah satu ketua subkomite keperawatan; dan
  - b. pimpinan rapat sebagaimana dimaksud pada huruf a, berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Komite Keperawatan.



BAB XXXIV  
SUBKOMITE KREDENSIAL

Bagian Kesatu

Pengorganisasian Sub Komite Kredensial

Pasal 137

- (1) Sub komite kredensial berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Keperawatan.
- (2) Anggota/personalia Sub komite kredensial terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki penugasan klinis.
- (3) Pengorganisasian Sub komite kredensial terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota.

Bagian Kedua

Tugas dan wewenang SubKomite Kredensial

Pasal 138

Tugas Sub komite kredensial:

- a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
- b. menyusun buku putih (*white paper*) yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar kompetensinya. Buku putih disusun oleh Komite Keperawatan dengan melibatkan Mitra Bestari (*peer group*) dari berbagai unsur organisasi profesi keperawatan dan kebidanan, kolegium keperawatan, unsur pendidikan tinggi keperawatan dan kebidanan;
- c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial dari bagian SDM;
- d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
- e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
- f. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke Bidang keperawatan dan disahkan oleh direktur Rumah Sakit.

Bagian Ketiga

Kredensial dan Rekredensial

Pasal 139

- (1) Instrumen kredensial dan rekredensial antara lain adalah:
  - a. daftar rincian kewenangan klinis setiap spesialisasi;

- b. buku putih (*white paper*) untuk setiap pelayanan keperawatan; dan
  - c. daftar mitra bestari.
- (2) Proses kredensial dan rekredensial meliputi pemeriksaan dan pengkajian elemen:
- a. kompetensi:
  - b. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang berlaku;
  - c. kognitif;
  - d. afektif;
  - e. psikomotor.
  - f. kompetensi fisik;
  - g. kompetensi mental/perilaku;
  - h. *Perilaku etis (ethical standing)*.
- (3) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur dan terdokumentasi.
- (4) Dalam melakukan pengkajian dapat membentuk panel atau panitia *ad hoc* atau melibatkan Mitra Bestari.
- (5) Hasil kredensial berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

#### Pasal 140

- (1) Rekredensial terhadap staf keperawatan dilakukan dalam hal:
- a. penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf keperawatan telah habis masa berlakunya;
  - b. staf keperawatan yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya; dan /atau
  - c. staf keperawatan yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Rekomendasi hasil rekredensial 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; atau
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.



BAB XXXV  
SUB KOMITE MUTU PROFESI  
Bagian Kesatu  
Penggorganisasian Sub Komite Mutu Profesi  
Pasal 141

- (1) Sub komite mutu profesi berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Keperawatan.
- (2) Anggota/personalia sub komite mutu profesi terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki penugasan klinis.
- (3) Pengorganisasian sub komite mutu profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota.

Bagian Kedua  
Tugas dan Wewenang Sub Komite Mutu Profesi  
Pasal 142

Sub komite mutu profesi mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
- b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
- c. melakukan audit asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan; dan
- d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

Pasal 143

Sub komite mutu profesi mempunyai wewenang memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan, pendidikan keperawatan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan terhadap staf keperawatan.

Bagian Ketiga  
Audit Keperawatan

Pasal 144

- (1) Audit keperawatan dilakukan secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan audit keperawatan menggunakan catatan asuhan keperawatan dan/atau kebidanan yang dibuat oleh staf keperawatan.

- (3) Hasil dari Audit keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai:
- a. sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf keperawatan;
  - b. dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. dasar bagi Komite Keperawatan dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
  - d. dasar bagi Komite Keperawatan dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

Bagian Keempat  
Pendidikan Berkelanjutan  
Pasal 145

- (1) Memberikan rekomendasi atau persetujuan pendidikan berkelanjutan baik yang merupakan program Rumah Sakit maupun atas permintaan staf keperawatan sebagai usulan kepada Direktur.
- (2) Pendidikan berkelanjutan dilakukan dengan:
- a. menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing Kelompok Keperawatan;
  - b. mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus antara lain, kasus keselamatan pasien, kasus sulit, maupun kasus langka;
  - c. menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf keperawatan setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
  - d. bersama-sama dengan Kelompok Keperawatan menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang melibatkan staf keperawatan sebagai narasumber dan peserta aktif; dan
  - e. bersama dengan Unit Pendidikan dan Penelitian memfasilitasi kegiatan ilmiah dan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (3) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.



Bagian Kelima  
Pendampingan (*proctoring*)

Pasal 146

- (1) Setiap Staf keperawatan yang dijatuhi sanksi disiplin atau pengurangan kewenangan klinis berhak mendapatkan pendampingan.
- (2) Pelaksanaan pendampingan (*proctoring*) dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi staf keperawatan yang dijatuhi sanksi disiplin atau pengurangan kewenangan klinis.
- (3) Staf keperawatan yang akan memberikan pendampingan (*proctoring*) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) difasilitasi dan dikoordinasikan bersama bidang keperawatan.
- (5) Hasil pendampingan (*proctoring*) berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis dan penugasan klinis seorang staf keperawatan.

BAB XXXVI

SUB KOMITE ETIK DAN DISIPLIN PROFESI

Bagian Kesatu

Pengorganisasian Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

Pasal 147

- (1) Sub komite etik dan disiplin profesi berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Keperawatan.
- (2) Anggota/personalia sub komite etik dan disiplin profesi terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki penugasan klinis.
- (3) Pengorganisasian sub komite etik dan disiplin profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota.

Bagian Kedua

Tugas dan Wewenang Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

Pasal 148

Tugas sub komite etik dan disiplin profesi adalah:

- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
- b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
- c. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;

- d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis dan/atau surat Penugasan *Klinis (clinical appointment)*; dan
- e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.

#### Pasal 149

Sub komite etik dan disiplin profesi berwenang :

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

#### Bagian Ketiga

#### Pendisiplinan Profesi

#### Pasal 150

- (1) Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf keperawatan, antara lain:
  - a. pedoman pelayanan keperawatan di rumah sakit;
  - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
  - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan keperawatan (*whitepaper*) di rumah sakit;
  - e. kode etik keperawatan Indonesia;
  - f. pedoman perilaku profesional;
  - g. pedoman pelanggaran disiplin keperawatan yang berlaku di Indonesia;
  - h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
  - i. standar prosedur operasional asuhan keperawatan.
- (2) Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf keperawatan berupa:
  - a. peringatan tertulis;
  - b. limitasi (*reduksi*) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
  - c. bekerja di bawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan keperawatan tersebut;



- d. pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
- (3) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional ditetapkan oleh Komite Keperawatan.

#### Pasal 151

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Subkomite etik dan disiplin profesi.
- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas 3 (tiga) orang staf keperawatan atau lebih dengan jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
  - a. 1 (satu) orang dari sub komite etik dan disiplin profesi;
  - b. 2 (dua) orang atau lebih staf keperawatan dengan kompetensi yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau dari luar Rumah Sakit, baik atas permintaan Komite Keperawatan dengan persetujuan Direktur atau atas permintaan Direktur Utama Rumah Sakit terlapor.
- (3) Panel dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit.
- (4) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan.

#### Bagian Keempat Pembinaan Profesi

#### Pasal 152

- (1) Pembinaan profesionalisme staf keperawatan dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium atau lokakarya.
- (2) Staf keperawatan dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di Rumah Sakit kepada Komite Keperawatan melalui Ketua Kelompok Keperawatan.
- (3) Sub komite etik dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.



BAB XXXVII  
TATA KELOLA KLINIS  
Pasal 154

- (1) Semua pelayanan keperawatan dilakukan oleh setiap staf keperawatan di Rumah Sakit berdasarkan penugasan klinis dari Direktur.
- (2) Dalam keadaan kegawatdaruratan staf keperawatan dapat diberikan penugasan klinis untuk melakukan asuhan keperawatan diluar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.
- (3) Masing-masing Kelompok Keperawatan wajib membuat pedoman pelayanan keperawatan, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya.
- (4) Kebijakan teknis operasional pelayanan keperawatan tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) ini.
- (5) Dalam melaksanakan tugas kelompok keperawatan, wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik di lingkungannya maupun dengan Kelompok Keperawatan lain atau instansi lain yang terkait.
- (6) Untuk menangani pelayanan keperawatan tertentu, Direktur dapat membentuk panitia atau kelompok kerja.
- (7) Setiap Ketua Kelompok Keperawatan wajib membantu Bidang Keperawatan serta Komite Keperawatan melakukan bimbingan, pembinaan dan pengawasan terhadap anggotanya.
- (8) Peraturan pelaksanaan tata kelola klinis pelayanan keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

BAB XXXVIII  
REVIEW DAN PERUBAHAN  
Pasal 155

- (1) Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) secara berkala paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun dievaluasi, ditinjau kembali, atau disesuaikan/direview dengan perkembangan profesi keperawatan dan kondisi Rumah Sakit.
- (2) Tata cara evaluasi, ditinjau kembali, review dan perubahan Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.



- (3) Kebijakan teknis operasional, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya harus disesuaikan dengan Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) ini.

## BAB XXXIL

### PERUBAHAN TATA KELOLA

#### Pasal 156

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

## BAB XL

### PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

#### Pasal 157

- (1) Pembinaan teknis UPT Rumah Sakit dilakukan oleh Bupati melalui Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten.
- (2) Pembinaan teknis pada masing-masing Unit Kerja Rumah Sakit dilakukan oleh Direktur melalui Kepala Sub Bagian Tata Usaha dan Koordinator Bidang terkait.

#### Pasal 158

- (1) Pengawasan operasional UPT Rumah Sakit dilakukan oleh SPI selaku internal auditor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 ayat (3).

(2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah Direktur.

**BAB XLI**  
**KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 159**

Semua peraturan Rumah Sakit yang telah ditetapkan sebelum ditetapkannya Peraturan Bupati ini tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Bupati ini.

**Pasal 160**

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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


Ditetapkan di Muara Beliti  
pada tanggal 1 Oktober 2018

BUPATI MUSI RAWAS,

  
H. HENDRA GUNAWAN

Diundangkan di Muara Beliti  
pada tanggal 1 Oktober 2018

Pj. SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN MUSI RAWAS,

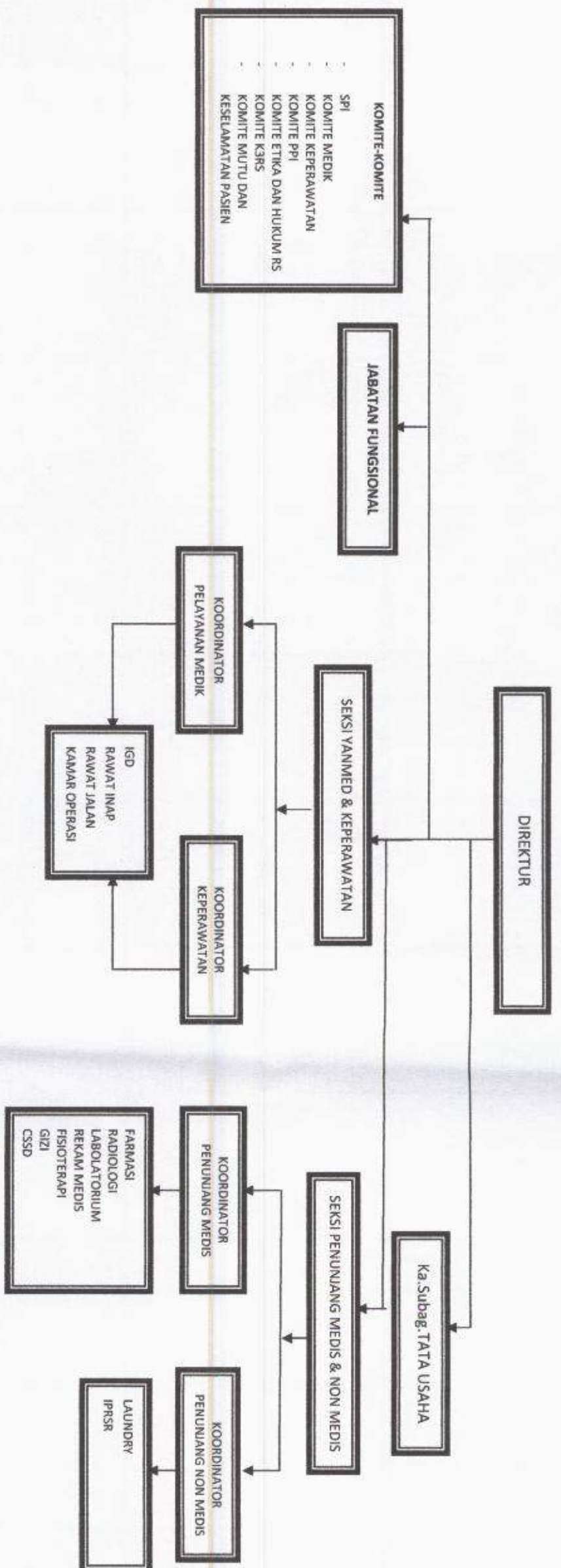


EC. PRISKODESI

BERITA DAERAH KABUPATEN MUSI RAWAS TAHUN 2018 NOMOR 73



### STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARA BELITI



BUPATI MUSI RAWAS  
*[Signature]*  
H. HENDRA GUNAWAN