



# GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT

---

PERATURAN GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT

NOMOR 45 TAHUN 2016

TENTANG

TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT,

- Menimbang :
- a. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan oleh karena itu Rumah Sakit Umum Daerah dituntut untuk dapat memberikan pelayanan bermutu sesuai dengan yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
  - b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional maka perlu ditetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws)/Tata Kelola Rumah Sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
  2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
  4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
  5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 24, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5657);
7. Undang-undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 307 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1337/MENKES/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staff Medis (Medical Staff Bylaws) di Rumah Sakit Umum Daerah;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Pelayanan Kedokteran;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49/MENKES/PER/VIII/2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan Publik

## MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT.

## BAB I KETENTUAN UMUM

### Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Nusa Tenggara Barat.
2. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Gubernur adalah Gubernur Nusa Tenggara Barat.
4. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

5. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna pada tingkat rujukan yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat di Nusa Tenggara Barat yang selanjutnya disingkat RSUD Provinsi NTB.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat yang secara teknis medis dan teknis operasional bertanggung jawab kepada Gubernur.
7. Tata Kelola Rumah Sakit/Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws) adalah peraturan organisasi rumah sakit (Corporate Bylaws) dan peraturan internal staf medis (Medical Staff Bylaws) serta peraturan internal staf keperawatan (Nursing staff Bylaws) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (good corporate governance) dan tata kelola klinis yang baik (good clinical governance).
8. Tata Kelola Korporasi (Corporate Bylaws) adalah peraturan yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, Staf Medis dan staf keperawatan rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing.
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. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat, selanjutnya disebut BLUD-RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD.
12. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
13. Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit yang selanjutnya disebut pejabat pengelola adalah pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri dari Direktur dan Para Wakil Direktur.
14. Pejabat Pengelola Keuangan dan Pejabat Pelaksana Teknis adalah Kepala Bagian atau Bidang dan Kepala Sub Bagian atau Kepala Seksi.
15. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
16. Rencana Bisnis Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran.

17. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang dihasilkan dan/atau digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
18. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
19. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu yang mempunyai penugasan klinis di unit pelayanan rumah sakit.
20. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah kumpulan staf medik fungsional dengan keahlian sama atau serupa.
21. 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.
22. 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.
23. Dewan Pengawas Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah perangkat yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.
24. Unit kerja adalah tempat staf administrasi, staf medik, profesi kesehatan dan profesi lainnya yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, bangsal, unit dan lain-lain.
25. Komite Rumah Sakit adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
26. 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.
27. Sub Komite adalah Kelompok kerja dari Komite Medik.
28. 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.
29. 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.
30. Buku Putih adalah dokumen yang berisi syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh tenaga medis/keperawatan yang digunakan untuk menentukan Kewenangan Klinis.

31. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dan keanggotaannya dipilih serta diangkat oleh Direktur.
32. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah wadah non-struktural yang melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.
33. Komite Farmasi dan Terapi adalah wadah non-struktural yang melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan penggunaan obat di rumah sakit.
34. 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).
35. 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.
36. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis (clinical privilege).
37. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (clinical privilege) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis kembali.
38. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
39. Kompetensi adalah kemampuan profesional yang meliputi penguasaan ilmu pengetahuan, keterampilan dan nilai-nilai (knowledge, skill dan attitude) dalam melaksanakan tugas profesionalnya.
40. 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.
41. 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.
42. Tindakan Medis adalah suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilakukan terhadap pasien, baik untuk tujuan preventif, diagnostik, terapeutik ataupun rehabilitatif.
43. Telaah Keprofesian (Clinical Appraisal) adalah telaah yang ditinjau dari segi knowledge (pengetahuan), skill (keterampilan) dan kompetensi yang bersangkutan dibidang keahlian profesinya.
44. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) adalah dokter yang bertugas mengelola rangkaian tata kelola medis seorang pasien.
45. Dokter Penanggung Jawab Pendidikan (DPJDik) adalah dokter yang bertugas mengelola rangkaian tata kelola pendidikan dan penelitian.

46. Dokter Pendidik Klinis adalah jabatan yang mempunyai ruang lingkup, tugas, tanggung jawab, dan wewenang untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan/ medis, pengabdian masyarakat, pendidikan dokter dan dokter spesialis di Rumah Sakit Pendidikan serta melakukan penelitian guna pengembangan ilmu kedokteran oleh Pegawai Negeri Sipil dengan hak dan kewajiban yang diberikan secara penuh oleh pejabat yang berwenang.
47. Peserta Pendidikan Dokter/Dokter Spesialis/Peserta Pendidikan Dokter Gigi Spesialis yang selanjutnya disebut (PPDS/PPDGS) adalah Dokter/Dokter Gigi yang secara sah diterima sebagai Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis, serta membantu memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
48. 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.
49. 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.
50. 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.
51. Dokter kontrak adalah dokter yang bekerja di Rumah Sakit berdasarkan Kontrak Kerja.
52. Dokter pengganti adalah dokter ahli sejenis yang menggantikan tugas dokter tetap Rumah Sakit yang berhalangan.
53. 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.
54. Staf keperawatan adalah kelompok staf perawat dan bidan fungsional yang di kelompokkan berdasarkan 5 kelompok besar pasien di RSUD Provinsi NTB yaitu Anak, Maternitas, Medikal Bedah, Gawat Darurat, dan Keperawatan Kritis.
55. Panitia Ad Hoc adalah panitia yang di bentuk oleh komite medik/komite keperawatan untuk membantu melaksanakan tugas komite medik/komite keperawatan.
56. Tokoh masyarakat adalah mereka yang karena prestasi dan prilakunya dapat dijadikan contoh/tauladan bagi masyarakat.
57. Rapat kerja, yaitu rapat yang di laksanakan 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 Korporasi (*Corporate By Laws*), Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) dan Tata Kelola Staf Keperawatan (*Nursing staf By Laws*) yang didalamnya memuat:
  - 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. tanggung jawab;
  - 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 asset 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 bisnis yang sehat serta 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 dan prinsip bisnis yang sehat.
- (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 Sejarah dan Identitas

##### Paragraf 1 Sejarah Rumah Sakit

#### Pasal 5

- (1) Rumah Sakit pada tanggal 17 Desember 2015 secara resmi telah direlokasi dari jalan Pejanggik nomor 6 Mataram ke Jalan Praburangkasari Dasan Cermen Mataram. Gedung lama Rumah Sakit di jalan Pejanggik no 6 Mataram didirikan ± tahun 1915 berasal dari perubahan-perubahan gedung peninggalan



pemerintah Kolonial Belanda, terletak di ditengah Kota Mataram dan dibangun diatas areal seluas 2,5 ha dan merupakan gedung Sekolah Dasar (HIS). Pada jaman pemerintahan kolonial Jepang bangunan tersebut dipergunakan sebagai tempat pendidikan Sekolah Menengah Tji Gako dan Sekolah Guru (KYO IN dan SI HANG GAKO). Setelah Kemerdekaan Republik Indonesia gedung tersebut tidak lagi dipergunakan sebagai tempat pendidikan, melainkan dipergunakan sebagai tempat Palang Merah. Beberapa waktu kemudian penggunaannya berubah sebagai Rumah Sakit (Rumah Sakit Beatrix). Antara tahun 1947- 1948 nama Rumah Sakit Beatrix diubah menjadi Rumah Sakit Umum Mataram dan merupakan bagian dari Dinas Kesehatan Rakyat Lombok.

- (2) Pada tanggal 5 November 1969 berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Nusa Tenggara Barat nomor 448/Pem.47/5/151, status Rumah Sakit Umum Mataram yang pengelolaannya dibawah pemerintah Kabupaten Lombok Barat di ubah menjadi milik dan pengelolaannya dibawah Pemerintah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat dengan nomenklatur Rumah Sakit Umum Daerah Mataram.
- (3) Pada awal tahun 2005 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 13/Menkes/SK/I/2005 tentang Peningkatan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Mataram Milik Pemerintah Nusa Tenggara Barat kelas B menjadi Rumah Sakit Kelas B Pendidikan;
- (4) Rumah Sakit menerapkan status pengelolaan keuangan BLUD berdasarkan Keputusan Gubernur Nomor: 37 Tahun 2011 tanggal 25 Januari 2011 tentang Penerapan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan umum Daerah (PPK-BLUD) pada RSU Provinsi NTB.

## Paragraf 2 Identitas Rumah Sakit

### Pasal 6

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat (RSUD Provinsi NTB).
- (2) Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Pendidikan.
- (3) Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Pendidikan.
- (4) Alamat Rumah Sakit adalah di Jalan Praburankasari Dasan Cermen Mataram

## Bagian Kedua Falsafah, Visi, Misi, Tujuan, Strategi dan Program

### Paragraf 1 Falsafah

#### Pasal 7

RSUD Provinsi NTB sebagai instansi yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan masyarakat mempunyai Falsafah: melaksanakan fungsi sosial, profesional dan etis dengan pengelolaan yang ekonomis sejalan

dengan praktek bisnis yang sehat guna meningkatkan keselamatan dan kesehatan masyarakat dengan “Kecepatan, Ketepatan, Keramahan dan Kesembuhan akan bermuara pada Kepuasan bersama (4 K for K baca four K for K)”

- a. *Kecepatan* bermakna: kemampuan bergerak secara berturut-turut untuk menempuh suatu jarak dalam satu selang waktu;
- b. *Ketepatan* bermakna: kemampuan seseorang dalam mengendalikan gerak-gerak bebas terhadap suatu sasaran;
- c. *Keramahan* bermakna: sifat kepribadian yang mengajarkan individu untuk menyesuaikan pada hampir semua situasi;
- d. *Kesembuhan* bermakna: kembalinya keadaan sebelum sakit atau keadaan dimana pulihnya kembali keutuhan atau integritas struktur dan fungsi tubuh setelah mengalami kondisi sakit, dan memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi;
- e. *Kepuasan bersama* bermakna :tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapannya.

#### Pasal 8

- (1) Dalam rangka menghadapi persaingan global, Rumah Sakit menetapkan Visi “Menjadi Rumah Sakit Rujukan yang Unggul dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian di Indonesia Timur”.
- (2) Sebagai upaya mewujudkan Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah sakit mempunyai Misi untuk :
  - a. meningkatkan kelancaran dan ketepatan pelayanan kedokteran yang profesional selaras dengan perkembangan iptekdok;
  - b. meningkatkan kelancaran dan kemudahan pelayanan asuhan keperawatan yang komprehensif;
  - c. mendorong kelancaran dan ketertiban administrasi ketatausahaan yang paripurna;
  - d. mengoptimalkan kemampuan dan kemandirian pengelolaan keuangan;
  - e. memantapkan keterpaduan dan keseimbangan perencanaan program;
  - f. mengembangkan ketersediaan, kemampuan dan keterampilan tenaga medis/non medis;
  - g. meningkatkan ketersediaan dan keakuratan data hasil penelitian.
- (3) Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat(2) ditetapkan oleh Direktur atas rekomendasi Gubernur yang dimuat di dalam Renstra Rumah sakit.
- (4) Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan (*review*) guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.
- (5) Perubahan (*review*) visi dan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disusun/dilaksanakan oleh Tim dan ditetapkan oleh Direktur.

- (6) Visi dan Misi Rumah Sakit menjadi Pedoman dalam penyusunan Renstra.
- (7) Renstra Rumah Sakit disusun oleh Tim Penyusun dan ditetapkan oleh Direktur.
- (8) Rumah Sakit wajib mensosialisasikan visi, misi dan tujuan strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (7) kepada staf internal, pengunjung Rumah Sakit dan masyarakat luas.

#### Pasal 9

- (1) Rumah Sakit sebagai PPK-BLUD mempunyai tujuan:
  - a. terwujudnya 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 (*comfort*) bagi para pelanggannya.
  - b. terselenggaranya pendidikan, pelatihan dan penelitian serta pengembangan sumber daya manusia kesehatan yang terintegrasi dengan aktifitas pelayanan.
- (2) Strategi Rumah Sakit adalah: mengoptimalkan potensi Sumber Daya Manusia (SDM) yang didukung oleh stake holder serta status sebagai PPK-BLUD 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. meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit;
  - b. pengembangan layanan kesehatan bedah onkologi, bedah anak, radioterapi, Cathlab;
  - c. mengoptimalkan standar sarana dan prasarana Rumah Sakit;
  - d. mengoptimalkan pemasaran Rumah Sakit;
  - e. meningkatkan mutu pengelolaan keuangan;
  - f. meningkatkan ketersediaan dan mutu SDM Rumah Sakit; dan
  - g. menyelenggarakan penelitian kesehatan.

#### Bagian Ketiga

#### Motto, Logo dan Nilai-Nilai Dasar

#### Pasal 10

- (1) Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Rumah Sakit menerapkan motto "*Melayani dengan Tulus dan Santun*".

Tulus : benar-benar keluar dari hati yang bersih dan suci, jujur, tidak pura-pura.

Santun: sabar, tenang, sopan, halus, baik budi bahasa dan tingkah lakunya, penuh rasa belas kasihan; suka menolong

(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;
- f. pegawai Rumah Sakit menghormati atasan, mengayomi bawahan dan selaras serasa dengan teman sejawat.

(3) Logo Rumah Sakit sebagai berikut :



(4) Logo sebagaimana dimaksud pada ayat (3) memiliki arti sebagai berikut :

- a. bentuk bulat diartikan Rumah sakit sebagai suatu system saling terkait antara satu dengan yang lainnya, selalu berputar/bergerak mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi serta melambangkan kebulatan tekad dalam memberi pelayanan
- b. warna dasar putih bermakna kesucian niat, ketulusan, ketentraman dan kenyamanan Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB yang secara terus menerus berupaya meningkatkan pelayanannya
- c. tulisan RSUD Provinsi NTB adalah Institusi Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Provinsi NTB
- d. tulisan Melayani dengan Tulus dan Santun (Warna hitam di atas dasar warna Putih) mengandung arti lugas dan kejelasan dalam memberikan informasi
- e. palang hijau merupakan symbol Kesehatan bermakna bidang yang diberikan kepada seluruh masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang paripurna dan warna hijau melambangkan kenyamanan yang diterima bagi siapapun yang menerima pelayanan;

- f. lambang jantung warna merah melambangkan sepenuh hati dalam memberikan pelayanan serta makna akar dari atas dan sebaliknya melambangkan pelayanan yang mengakar dari seluruh komponen di Rumah Sakit.

Bagian Keempat  
Kedudukan, Tugas Pokok, dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 11

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung tugas Gubernur di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Badan Layanan Umum Daerah, dipimpin oleh seorang Pemimpin BLUD yang disebut Direktur, berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Rumah Sakit mempunyai tugas pokok membantu Gubernur menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat, yang lengkap dan terjangkau masyarakat, professional, lebih cepat, lebih baik, tepat waktu, tepat sarana dan penuh empati sehingga memuaskan pelanggan, menurunkan angka kematian di rumah sakit, dan mewujudkan peningkatan kesejahteraan semua pegawai Rumah Sakit.
- (4) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Rumah Sakit memiliki fungsi :
  - a. penyelenggaraan pelayanan medis;
  - b. penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan nonmedis;
  - c. penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
  - d. penyelenggaraan usaha pendidikan dan pelatihan;
  - e. penyediaan fasilitas dan bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan pendidikan bagi calon dokter, dokter spesialis, dan tenaga kesehatan lainnya;
  - f. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan;
  - g. penyelenggaraan kegiatan ketatausahaan; dan
  - h. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Gubernur.

Bagian Kelima  
Kedudukan dan Tanggungjawab Pemerintah Daerah Provinsi

Pasal 12

- (1) Pemerintah Daerah sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggungjawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Daerah berwenang:
  - a. menetapkan peraturan tentang Tata Kelola Rumah Sakit/ Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) dan Standar Pelayanan Rumah Sakit;

- b. menyetujui dan merekomendasikan penetapan visi dan misi Rumah Sakit kepada direktur ;
  - c. menyetujui dan merekomendasikan penetapan Renstra dan Rencana Tahunan Rumah Sakit kepada Direktur;
  - d. mendelegasikan kepada Kepala Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD) dalam penetapan dan mengesahkan rencana bisnis dan anggaran Rumah Sakit;
  - e. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural, Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas;
  - f. menyetujui dan menetapkan pendidikan dan penelitian para professional kesehatan Rumah Sakit;
  - b. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar dan memberikan penghargaan atas prestasi yang dicapai pegawai rumah sakit;
  - c. melakukan evaluasi dan/atau meminta laporan mengenai kinerja Rumah Sakit baik menyangkut kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan.
- (3) Pemerintah Daerah bertanggungjawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen.
- (4) Pemerintah Daerah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain (termasuk pasien) akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

Bagian Keenam  
Pengorganisasian dan Struktur Organisasi Rumah Sakit

Paragraf 1  
Susunan Organisasi Rumah Sakit

Pasal 13

- (1) Susunan organisasi Rumah Sakit, terdiri dari :
- a. Dewan Pengawas;
  - b. Direktur;
  - c. Wakil Direktur;
  - d. Bidang;
  - e. Bagian;
  - f. Seksi;
  - g. Sub Bagian;
  - h. Satuan Pemeriksa Internal (SPI);
  - i. Komite-komite;
  - j. Kelompok Staf Medik (KSM) dan Kelompok Staf Keperawatan Fungsional (SKF);
  - k. Instalasi-Instalasi;
  - l. Unit-unit; dan
  - m. Kelompok Jabatan Fungsional.
- (2) Struktur Organisasi Rumah Sakit ditetapkan berdasar/berpedoman pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Struktur organisasi Rumah Sakit tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

Paragraf 2  
Pengelola BLUD

Pasal 14

- (1) Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit terdiri dari Pimpinan, Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada Rumah Sakit.
- (2) Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.

Paragraf 3  
Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas Rumah Sakit dibentuk dengan Keputusan Gubernur atas usulan Direktur.
- (2) Jumlah Anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 5 (lima) orang yang terdiri dari 1 (satu) orang Ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (3) Dalam hal Ketua berhalangan tetap maka Gubernur mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi Ketua sampai masa jabatan Ketua yang digantikan berakhir.
- (4) Pengangkatan ketua pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sepanjang memenuhi persyaratan/kriteria.
- (5) Dewan Pengawas bertanggungjawab kepada Gubernur.

Paragraf 4  
Tugas,Fungsi, dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas Rumah Sakit bertugas:
  - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
  - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
  - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
  - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
  - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
  - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi dan peraturan perundang-undangan;
  - h. mengawasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit PPK-BLUD sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - i. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada pemilik Rumah Sakit.
- (2) Fungsi Dewan Pengawas adalah melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- b. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
  - a. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
  - b. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
  - c. meminta penjelasan dari komite atau unit non struktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
  - d. berkoordinasi dengan dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola(*corporate governance*); untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
  - e. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
- (4) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf i dilakukan secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester atau sewaktu-waktu atas permintaan pemilik Rumah Sakit apabila diperlukan.

Paragraf 5  
Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur :
- a. pejabat Satuan Kerja Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit;
  - b. pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
  - c. tenaga ahli yang menguasai perumahsakitian yang berasal dari asosiasi perumahsakitian, institusi pendidikan atau tokoh masyarakat.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas, yaitu :
- a. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi anggota Direksi atau Komisaris, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah;



- c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik; dan
- d. sehat jasmani dan rohani untuk melaksanakan tugasnya.

Paragraf 6  
Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 18

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Gubernur.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan apabila :
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; atau
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

Paragraf 7  
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas diangkat Sekretaris Dewan Pengawas dengan Keputusan Gubernur atas usulan Direktur.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.

Paragraf 8  
Biaya Dewan Pengawas

Pasal 20

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit dan dimuat dalam RBA.

Paragraf 9  
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 21

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan Rumah Sakit sesuai tugas dan kewajibannya.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari rapat rutin, rapat tahunan dan rapat khusus.

- (3) Peserta rapat Dewan Pengawas selain anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direksi, dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas apabila diperlukan.
- (4) Pengambilan keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (5) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (6) Setiap rapat Dewan Pengawas dibuat risalah rapat.
- (7) Ketentuan mengenai rapat Dewan Pengawas ditetapkan oleh Ketua Dewan Pengawas.

#### Pasal 22

- (1) Rapat rutin Dewan Pengawas dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Rapat rutin Dewan Pengawas merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.

#### Pasal 22

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

#### Pasal 23

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

#### Paragraf 10 Pejabat Pengelola

#### Pasal 24

- (1) Susunan Pejabat Pengelola, terdiri atas :
  - a. Direktur;

- b. Wakil Direktur Umum dan Keuangan;
  - c. Wakil Direktur Pelayanan; dan
  - d. Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian.
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan.
- (3) Wakil Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, sampai dengan huruf d bertanggungjawab kepada Direktur sesuai bidang tanggungjawab masing-masing.

#### Pasal 25

- (1) Susunan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan susunan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Gubernur.

#### Paragraf 11

#### Pengangkatan Pejabat Pengelola

#### Pasal 26

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat oleh pemilik.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas.
- (3) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (4) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.
- (5) Pejabat pengelola dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil dan/atau non PNS yang profesional sesuai dengan kebutuhan.

#### Paragraf 12

#### Persyaratan menjadi Pejabat Pengelola

#### Pasal 27

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:

- a. tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- d. tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- e. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di Rumah Sakit; dan

- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 28

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Umum dan Keuangan adalah:

- a. berlatar belakang pendidikan minimal Sarjana yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman dilingkup administrasi rumah sakit, keuangan dan/atau akuntansi;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
- c. mampu memimpin, mengarahkan melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan keuangan Rumah Sakit;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- e. tidak pernah menjadi pengelola dan/atau penanggungjawab keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit ;
- f. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
- g. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di Rumah Sakit; dan
- h. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 29

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan adalah:

- a. seorang tenaga medis atau tenaga medis S2 manajemen Rumah Sakit yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman dilingkup pelayanan medik dan pelayanan keperawatan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan medik dan pelayanan keperawatan;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- e. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit; dan
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 30

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian adalah:

- a. seorang tenaga medis atau S2 manajemen Rumah Sakit, atau S2 lainnya yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman di lingkup pendidikan kesehatan, penelitian kesehatan dan pengembangan pengetahuan dan kemampuan pegawai;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pendidikan kesehatan, penelitian kesehatan dan pengembangan pengetahuan dan kemampuan pegawai;

- c. mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi di lingkup pendidikan kesehatan, penelitian kesehatan dan pengembangan pengetahuan dan kemampuan pegawai;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- e. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit; dan
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Paragraf 13  
Tugas dan Fungsi Pejabat Pengelola

Pasal 31

- (1) Direktur mempunyai tugas memimpin, mengendalikan dan mengkoordinasikan pelaksanaan tugas Rumah Sakit dalam menyelenggarakan tanggung jawab Gubernur untuk menyediakan rumah sakit serta melaksanakan tugas lain sesuai kebijakan yang ditetapkan oleh Gubernur berdasarkan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur menyelenggarakan fungsi :
  - a. perumusan kebijakan, pengaturan perencanaan dan penetapan standar/pedoman;
  - b. penyelenggaraan kegiatan pelayanan umum dan administrasi, pelayanan medis dan penunjang medis, pelayanan keperawatan, pelayanan pendidikan, penelitian dan pengembangan sumber daya manusia
  - c. pembinaan, pengendalian dan pengawasan serta koordinasi;
  - d. pelaksanaan administrasi Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi ;
  - e. pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan langsung sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.
- (3) Direktur mempunyai wewenang sebagai berikut :
  - a. mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis sesuai ketentuan
  - b. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit
  - c. mengangkat dan memberhentikan pegawai Rumah Sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - d. memutuskan dan menetapkan peraturan-peraturan Rumah Sakit guna melaksanakan ketentuan-ketentuan dalam peraturan internal dasar maupun peraturan perundang-undangan;
  - e. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
  - f. mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;
  - g. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat rumah sakit.
- (4) Dalam pelaksanaan tugas dan kewenangannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Direktur bertanggungjawab atas:
  - a. kebenaran kebijakan Rumah Sakit;

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

#### Pasal 32

- (1) Wakil Direktur Umum dan Keuangan berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas melaksanakan pengawasan pengendalian dan koordinasi kegiatan, sekretariat, penyusunan perencanaan program, anggaran dan perbendaharaan, penerimaan dan akuntansi, pengamanan dan penertiban Rumah Sakit serta instalasi yang berada dibawahnya.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai fungsi:
  - a. penyelenggaraan urusan umum, ketatausahaan, kepegawaian, kerumahtanggaan dan perlengkapan;
  - b. penyelenggaraan penyusunan rencana program, data rekam medis dan humas;
  - c. penyelenggaraan penyusunan anggaran pendapatan, belanja dan pengelolaan urusan keuangan;
  - d. pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan langsung sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

#### Pasal 33

- (1) Wakil Direktur Pelayanan Medis berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Wakil Direktur Pelayanan mempunyai tugas menyelenggarakan pengendalian dan pengawasan pelayanan medis, penunjang medis, dan pelayanan keperawatan serta instalasi yang berada dibawahnya.
- (3) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wakil Direktur Pelayanan menyelenggarakan fungsi:
  - a. perumusan kebijakan, pengaturan, perencanaan dan penetapan standar/pedoman;
  - b. penyelenggaraan kegiatan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan pelayanan keperawatan;
  - c. pembinaan, pengendalian dan pengawasan serta koordinasi;
  - d. pelaksanaan administrasi Rumah Sakit; dan
  - e. pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan langsung sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

#### Pasal 34

- (1) Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian mempunyai tugas melaksanakan pengawasan, pengendalian dan koordinasi kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian, pengembangan kesehatan dan instalasi dibawahnya.

- (3) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian menyelenggarakan fungsi:
- a. perumusan kebijakan, perencanaan dan penyelenggaraan kegiatan pendidikan pelatihan dan sumber daya manusia.
  - b. peningkatan, pengembangan dan pendidikan profesi kedokteran, keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya;
  - c. pembinaan, pengendalian dan pengawasan serta koordinasi instansi terkait bagi tenaga profesi kedokteran, keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya.
  - d. pelaksanaan administrasi Rumah Sakit;
  - e. pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan langsung sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

Paragraf 14  
Pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 35

Direktur dan Wakil 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 15  
Pejabat Pengelola Keuangan

Pasal 36

- (1) Pejabat Pengelola Keuangan terdiri atas:
- a. Kepala Bagian Keuangan;
  - b. Kepala Sub Bagian Penyusunan Anggaran;
  - c. Kepala Sub Bagian Mobilisasi Dana; dan
  - d. Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi.
- (2) Sub Bagian dipimpin Kepala Sub Bagian berada di bawah dan bertanggungjawab langsung kepada Kepala Bagian.

Paragraf 16  
Pejabat Pelaksana Teknis

Pasal 37

- (1) Pejabat Pelaksana Teknis meliputi :
- a. Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Medik terdiri dari:
    1. Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Penunjang Medik ;
    2. Kepala Seksi Pelayanan Medik; dan
    3. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medik.
  - b. Bidang Keperawatan terdiri dari:
    1. Kepala Bidang Keperawatan;
    2. Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan; dan

3. Kepala Seksi Perencanaan dan Pengembangan Keperawatan.
- c. Bagian Tata Usaha terdiri dari:
  1. Kepala Bagian Tata Usaha;
  2. Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
  3. Kepala Sub Bagian Rumah Tangga dan Perlengkapan; dan
  4. Kepala Sub Bagian Humas dan Kemasyarakatan.
- d. Bagian Perencanaan dan Pengembangan terdiri dari:
  1. Kepala Bagian Perencanaan;
  2. Kepala Sub Bagian Penyusunan Program;
  3. Kepala Sub Bagian Pengembangan dan Hubungan Antar Lembaga; dan
  4. Kepala Sub Bagian Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan.
- e. Bidang Pendidikan dan Pelatihan terdiri dari :
  1. Kepala Bidang Pendidikan dan Pelatihan
  2. Kepala Seksi Pendidikan; dan
  3. Kepala Seksi Pelatihan.
- f. Bidang Penelitian dan Pengembangan Teknologi Kesehatan, terdiri dari :
  1. Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan Teknologi Kesehatan
  2. Kepala Seksi Penelitian; dan
  3. Kepala Seksi Pengembangan Teknologi Kesehatan.

Bagian Kedelapan  
Organisasi Pelaksana

Paragraf 1  
Instalasi dan Unit

Pasal 38

- (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 kepada Direktur melalui Wakil Direktur yang membidangi.
- (6) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan Instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang/bagian atau seksi/sub bagian terkait.
- (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 selain dibantu oleh divisi dapat membentuk unit/ruangan/bangsal keperawatan yang dikepalai oleh seorang Kepala Ruangan/Kepala Bangsal.

#### Pasal 39

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Instalasi adalah:

- a. seorang sarjana yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang 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 40

- (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.

#### Pasal 41

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban menyusun rencana program lima tahunan/rencana kerja tahunan/RBA unit, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Wakil Direktur yang membidangi.

#### Paragraf 2 Staf Fungsional

#### Pasal 42

- (1) Staf fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok jabatan fungsional melakukan kegiatan berdasarkan jabatan fungsional masing-masing sesuai dengan keahlian dan kebutuhan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Masing-masing tenaga fungsional berada di lingkungan Rumah Sakit sesuai dengan kompetensinya.

Paragraf 3  
Rapat Pengelola

Pasal 43

- (1) Rapat Pengelola adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pengelola untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan tugas dan kewajiban pengelola.
- (2) Rapat Pengelola terdiri dari rapat rutin, rapat tahunan dan rapat khusus.
- (3) Peserta Rapat Pengelola adalah Pejabat Pengelola, Pejabat dan/atau staf pengelola keuangan, pejabat dan/atau staf Pelaksana Teknis, dan apabila diperlukan dapat juga dihadiri oleh Dewan Pengawas.
- (4) Pengambilan keputusan rapat pengelola harus diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (5) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (6) Setiap rapat pengelola dibuat risalah rapat.
- (7) Pengaturan rapat pengelola ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 44

- (1) Rapat rutin pengelola dilaksanakan 1 (satu) minggu sekali.
- (2) Rapat rutin pengelola membahas hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan Rumah Sakit sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajiban masing-masing Pengelola.

Pasal 45

- (1) Rapat Tahunan Pengelola dilaksanakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Rapat Tahunan Pengelola bertujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit mencakup pengelolaan pelayanan medik, sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta pengelolaan keuangan.

Pasal 46

- (1) Rapat Khusus Pengelola dilaksanakan di luar jadwal rapat rutin maupun rapat tahunan, untuk mengambil keputusan, menetapkan kebijakan terhadap hal-hal yang dianggap khusus.
- (2) Dalam Rapat Khusus Pengelola hanya membahas masalah yang berkaitan dengan situasi dan kondisi tertentu yang memerlukan kebijakan khusus pengelola.
- (3) Apabila diperlukan Pengelola dapat mengundang Dewan Pengawas untuk hadir dalam rapat khusus pengelola.
- (4) Undangan rapat khusus Pengelola harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

## BAB IV PROSEDUR KERJA

### Pasal 47

- (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 48

- (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 mengkoordinasikan 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 49

- (1) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.

- (2) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Satuan Pemeriksaan internal (SPI) merupakan internal auditor di Rumah Sakit.
- (4) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pemeriksa Internal (SPI) 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 :
    1. keuangan;
    2. pelayanan;
    3. pemasaran;
    4. sumber daya manusia;
    5. 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.
    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
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Satuan Pemeriksa 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;
- (6) Hasil pelaksanaan Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (7) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (6), adalah berdasarkan penugasan dari direktur.

#### Pasal 50

- (1) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Satuan Pemeriksaan 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 51

- (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 Etik dan Hukum;
  - d. Komite Farmasi dan Terapi;
  - e. Komite Mutu;
  - f. Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (3) Setiap komite dipimpin oleh seorang ketua yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Setiap komite mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan, standar profesi, memantau pelaksanaan standar profesi, melaksanakan pembinaan etika profesi dan memberikan saran pertimbangan dalam pengembangan pelayanan profesi.
- (3) Dalam melaksanakan tugas Komite dapat membentuk sub komite dan/atau Panitia yang merupakan kelompok kerja tertentu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) 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 52

- (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 53

- (1) Pengangkatan pegawai berstatus PNS dilakukan dan dilaksanakan oleh Badan Kepegawaian Daerah Provinsi sesuai ketentuan peraturan perundangan-undangan yang berlaku.
- (2) Pengangkatan pegawai berstatus Non PNS dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai berstatus Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui mekanisme rekrutmen, outsourcing, kerja sama operasional (KSO), magang, atau cara-cara lain yang efektif dan efisien, sebagai berikut.
  - a. Outsourcing Pegawai :
    1. pelaksanaan outsourcing pegawai dilaksanakan berdasar kebutuhan tenaga yang ditetapkan oleh Direktur;
    2. mekanisme outsourcing dilaksanakan oleh panitia pengadaan barang/jasa sesuai ketentuan yang berlaku.
  - b. Kerja Sama Operasional (KSO)
    - a. pelaksanaan kerja sama operasional dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan;
    - b. mekanisme kerja sama operasional dilaksanakan oleh Direktur dengan pihak ketiga.
- (4) Mekanisme pengangkatan pegawai berstatus Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) lebih lanjut ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Ketiga  
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 54

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 55

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

- b. remunerasi; dan
  - c. perpanjangan kontrak
- (3) 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.
- (4) Kenaikan Pangkat Pilihan adalah penghargaan yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang menduduki jabatan structural atau jabaan fungsional tertentu.

#### Pasal 56

Sanksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 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 57

- (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 basik 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 kondisi fisik dan psikis pegawai.

#### Bagian Kelima Disiplin Pegawai

#### Pasal 58

- (1) Disiplin pegawai ditunjukkan melalui nilai-nilai ketaatan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban yang dituangkan dalam:
- a. daftar hadir dengan manual dan 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. untuk 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. untuk pegawai berstatus Non PNS:
    1. hukuman disiplin ringan, berupa:
      - a) teguran lisan; atau
      - b) teguran tertulis.
    2. hukuman disiplin sedang berupa:
      - a) pemotongan upah sebesar 50 persen dari besaran upah setiap bulan untuk paling lama 1 (satu) tahun;
      - b) 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 59

- (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 usia 58 Tahun;
  - 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) Pegawai yang berstatus Non PNS dengan keahlian tertentu setelah mencapai diatas 58 (lima puluh delapan) tahun dapat diperpanjang bila dibutuhkan.

## BAB VII PENGELOLAAN SUMBER DAYA LAIN

### Pasal 60

- (1) Rumah Sakit bertanggungjawab terhadap pengelolaan sumber daya lain antara lain: asset berupa tanah dan bangunan serta peralatan.
- (2) Tanah dan bangunan Rumah Sakit disertifikasi atas nama Pemerintah Provinsi NTB.
- (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) Hasil pengalihan aset sebagaimana pada ayat (2) dan (3), merupakan Pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (7) Barang inventaris milik Rumah Sakit dapat dihapus dan atau dialihkan atas dasar pertimbangan ekonomis, dengan cara dijual, ditukar dan atau sesuai ketentuan perundang -undangan yang berlaku.
- (8) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (6), bilamana merupakan barang habis pakai, barang untuk diolah atau dijual dan barang lain yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.
- (9) Hasil penjualan barang dimaksud pada ayat (6), merupakan pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (10) 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 saranna prasarana rumah Sakit.

BAB VIII  
PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT

Pasal 61

- (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 domestic;
  - 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  
PRINSIP TATA KELOLA

Pasal 62

- (1) Rumah Sakit beroperasi dengan prinsip tata kelola yang baik.
- (2) Tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhatikan prinsip:
  - a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. responsibilitas;
  - d. independensi;
  - e. produktivitas.
- (3) Transparansi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan di atas dalam yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
- (4) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem, yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggung jawabkan.
- (5) Responsibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c merupakan kesesuaian atau kepatuhan didalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (6) Independensi sebagaimana dimaksud pada 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 dan prinsip bisnis yang sehat.
- (7) Produktivitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e merupakan kemampuan menggunakan semua potensi yang

dipunyai secara efektif dan efisien guna mendapatkan hasil yang optimal.

## BAB X REMUNERASI

### Pasal 63

- (1) Remunerasi Rumah Sakit dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, Pejabat Pengelola Keuangan, Pejabat Pelaksana dan Pegawai Rumah Sakit.
- (2) Pejabat Pengelola BLUD, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Pegawai BLUD dapat diberikan remunerasi tertentu sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (3) Besaran remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan peraturan perundang-undangan.

### Pasal 64

Prinsip dasar pemberian remunerasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63, meliputi:

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

### Pasal 65

- (1) Pembayaran gaji dan tunjangan kepada PNS dialokasikan melalui DPA Rumah Sakit.
- (2) Pembayaran honorarium kepada Non PNS dialokasikan melalui RBA BLUD.
- (3) Alokasi anggaran insentif, bonus dan honorarium bagi Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, Pejabat Pengelola Keuangan, Pejabat Pelaksana Teknis, Pegawai Rumah Sakit dianggarkan melalui RBA BLUD.
- (4) Alokasi anggaran insentif untuk Pejabat Pengelola paling banyak 10% (sepuluh persen) dari pendapatan jasa pelayanan.
- (5) Alokasi anggaran insentif, bonus dan honorarium bagi Pejabat Pengelola Keuangan, Pejabat Pelaksana Teknis, Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas paling banyak 5% (lima persen) dari realisasi pendapatan jasa pelayanan.
- (6) Seluruh biaya yang dikeluarkan untuk remunerasi dianggarkan dalam RBA BLUD paling banyak 40% (empat puluh persen) dari realisasi pendapatan rumah sakit.

### Pasal 66

- (1) Rasio remunerasi untuk Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 ayat (4) sebesar 50% (lima puluh persen) untuk Direktur dan sebesar 50% (lima puluh persen) untuk para Wakil Direktur.

- (2) Perhitungan besaran remunerasi bagi pegawai Rumah Sakit didasarkan pada indikator penilaian yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

#### Pasal 67

- (1) Remunerasi Dewan Pengawas diberikan dalam bentuk honorarium.
- (2) Honorarium Dewan Pengawas, ditetapkan sebesar :
- a. 40% (empat puluh persen) dari gaji Direktur (Pimpinan BLUD) untuk Ketua;
  - b. 35% (tiga puluh lima persen) dari gaji Direktur (Pimpinan BLUD) untuk masing-masing Anggota;
  - c. 15% (lima belas persen) dari gaji Direktur (Pimpinan BLUD) untuk Sekretaris Dewan Pengawas.
- (3) Penetapan remunerasi Direktur, mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan:
- a. ukuran (*size*) dan jumlah aset yang dikelola, tingkat pelayanan serta produktivitas;
  - b. pertimbangan dan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
  - c. kemampuan pendapatan Rumah Sakit; dan
  - d. kinerja operasional Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Gubernur dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.
- d. Remunerasi bagi pejabat pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian :
- a. pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
  - b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
  - c. resiko kerja (*risk index*);
  - d. tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
  - e. jabatan yang disandang (*position index*);
  - f. hasil/ capaian kerja (*performance index*).
- e. Bagi pejabat pengelola dan pegawai yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundangan-undangan tentang gaji dan tunjangan PNS serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai peraturan perundang-undangan.

### BAB XI STANDAR PELAYANAN

#### Pasal 68

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

## Pasal 69

- (1) 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 70

- (1) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 huruf a, Fokus mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (2) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 huruf a, terukur pencapaiannya, dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 huruf a dan huruf b, dapat dicapai karena merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 huruf a dan huruf b, 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 69 huruf a dan huruf b, Tepat waktu karena merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

## BAB XII PENGELOLAAN KEUANGAN

### Pasal 71

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip transparansi, akuntabilitas, responsibilitas dan independensi.
- (2) Dalam rangka penerapan prinsip sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan Sistem

Akuntansi berbasis Standar Akuntansi Keuangan (SAK) dan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

Bagian Kesatu  
Fleksibilitas

Pasal 72

- (1) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 ayat (2) Rumah Sakit sebagai PPK-BLUD memperoleh fleksibilitas berupa:
  - a. pengelolaan pendapatan dan biaya;
  - b. pengelolaan kas;
  - c. pengelolaan utang;
  - d. pengelolaan piutang;
  - e. pengelolaan investasi;
  - f. pengelolaan barang dan/atau jasa;
  - g. pengadaan barang;
  - h. penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban;
  - i. pengelolaan surplus dan defisit;
  - j. pengelolaan dana secara langsung; dan
  - k. perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur dengan Peraturan Gubernur.

Bagian Kedua  
Tarif Pelayanan

Pasal 73

- (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 74

- (1) Tarif layanan rawat jalan, gawat darurat, rawat inap kelas III beserta pelayanan penunjangnya diusulkan oleh Direktur kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Gubernur.
- (3) Tarif layanan khusus dan rawat inap kelas II, kelas I, kelas utama beserta penunjangnya ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

- (4) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (5) Gubernur dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat membentuk tim.
- (6) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (5), ditetapkan oleh Gubernur yang keanggotaannya dapat berasal dari :
  - a. Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat;
  - b. Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD) Provinsi Nusa Tenggara Barat;
  - c. unsur perguruan tinggi;
  - d. organisasi profesi; dan
  - e. unsur terkait sesuai kebutuhan.

#### Pasal 75

- (1) Peraturan Gubernur 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 74.

#### Bagian Ketiga Perencanaan dan Penganggaran

#### Pasal 76

- (1) Direktur wajib menetapkan Rencana Strategis Rumah Sakit setiap 5 (lima) tahun sekali.
- (2) Rencana Strategis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi.
- (3) Sebelum ditetapkan, Rancangan Rencana Strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Provinsi untuk memastikan kesesuaian dengan RPJMD Provinsi.

#### Pasal 77

- (1) Rencana Strategis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76 ayat (1) dijabarkan dalam Rencana Kerja Anggaran (RKA) dan RBA Rumah Sakit.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasar prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, APBD, APBN dan sumber-sumber pendapatan BLUD lainnya.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) memuat:
  - a. kinerja tahun berjalan;
  - b. asumsi makro dan mikro;

- c. target kinerja;
  - d. analisis dan perkiraan biaya satuan;
  - e. perkiraan harga;
  - f. anggaran pendapatan dan biaya;
  - g. besaran persentase ambang batas;
  - h. prognose laporan keuangan;
  - i. perkiraan maju (forward estimate);
  - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan RKA-SKPD/APBD.
- (4) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (3), disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Bagian Keempat  
Pendapatan dan Biaya

Paragraf 1  
Pendapatan

Pasal 78

Pendapatan Rumah Sakit dapat bersumber dari:

- a. jasa layanan;
- b. hibah;
- c. hasil kerjasama dengan pihak lain;
- d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD);
- e. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN); dan
- f. lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah.

Pasal 79

- (1) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari jasa layanan berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 huruf b berupa hibah terikat dan/atau hibah tidak terikat.
- (3) Hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 huruf c berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (4) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 huruf d merupakan pendapatan yang berasal dari otorisasi kredit anggaran Pemerintah Daerah dan bukan dari pendapatan pembiayaan APBD.
- (5) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 huruf e berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan dan lain-lain.
- (6) Lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 huruf f, antara lain:
  - a. hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;



- b. hasil pemanfaatan kekayaan;
- c. jasa giro;
- d. pendapatan bunga;
- e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
- f. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh Rumah Sakit; dan
- g. hasil investasi.

#### Pasal 80

- (1) Seluruh pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 79, kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran Rumah Sakit berdasarkan RBA.
- (2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (3) Seluruh pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 79 huruf a, sampai dengan huruf f dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan rumah sakit.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### Paragraf 2

##### Biaya

#### Pasal 81

- (1) Biaya Rumah Sakit merupakan biaya operasional dan biaya non operasional dan biaya investasi.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsinya.
- (4) Biaya investasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsinya terkait dengan peralatan modal.
- (5) Biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan termasuk kegiatan pendidikan dan penelitian.

- (6) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

#### Pasal 82

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 ayat (2), terdiri dari:
- a. biaya pelayanan; dan
  - b. biaya umum dan administrasi.
- (2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (3) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari:
- a. biaya pegawai;
  - b. biaya bahan;
  - c. biaya jasa pelayanan;
  - d. biaya pemeliharaan;
  - e. biaya barang dan jasa;
  - f. biaya pelayanan lain-lain; dan
  - g. biaya defresiasi
- (4) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), terdiri dari:
- a. biaya pegawai;
  - b. biaya administrasi kantor;
  - c. biaya pemeliharaan;
  - d. biaya barang dan jasa;
  - e. biaya promosi;
  - f. biaya umum dan administrasi lain-lain; dan
  - g. biaya akreditasi.

#### Pasal 83

- (1) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 ayat (3) terdiri dari :
- a. biaya bunga;
  - b. biaya administrasi bank;
  - c. biaya kerugian penjualan aset tetap;
  - d. biaya kerugian penurunan nilai; dan
  - e. biaya non operasional lain-lain.
- (2) Biaya investasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 ayat (4) terdiri dari belanja modal berupa :
- a. peralatan dan mesin kantor;
  - b. peralatan rumah tangga;
  - c. pengadaan computer;
  - d. pengadaan alat kedokteran umum;
  - e. pengadaan irigasi, jaringan

#### Pasal 84

- (1) Seluruh pengeluaran biaya Rumah Sakit yang bersumber dari biaya operasional, Non operasional dan Investasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83 dilaporkan oleh Direktur/Pimpinan BLUD kepada Gubernur melalui Pejabat Pengelola Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD) setiap triwulan.
- (2) Seluruh pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan Surat Perintah Membayar (SPM) Pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggungjawab (SPTJ).
- (3) Format laporan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan format SPTJ sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai ketentuan peraturan perundangan yang berlaku.

#### Pasal 85

- (1) Pengeluaran biaya Rumah Sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan pengeluaran biaya yang disesuaikan dan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas pengeluaran biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya berlaku untuk biaya Rumah Sakit yang berasal dari pendapatan selain dari APBN/APBD dan hibah terikat.
- (4) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.

#### Pasal 86

- (1) Ambang batas RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 ayat (2), ditetapkan dengan besaran prosentase.
- (2) Prosentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (3) Besaran prosentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional Rumah Sakit.
- (4) Besaran prosentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan dalam RBA dan DPA Rumah Sakit oleh Tim Anggaran Pendapatan Daerah (TAPD).
- (5) Besaran prosentase Ambang Batas dalam RBA dan DPA Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) sesuai ketentuan yang berlaku.

BAB XIII  
EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pasal 87

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD dilakukan setiap tahun oleh Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan BLUD sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.

Pasal 88

Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 87 ayat (1), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam:

- a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (*rentabilitas*);
- b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (*likuiditas*).
- c. memenuhi seluruh kewajibannya (*solvabilitas*); dan
- d. kemampuan menerima dari jasa layanan untuk membiyai pengeluaran.

Pasal 89

Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 87 ayat (1) dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

BAB XIV

TATA KELOLA STAF MEDIS/PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS  
(MEDICAL STAF BY LAWS)

Bagian Kesatu

Nama dan Tujuan Organisasi

Pasal 90

- (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 KSM adalah berdasarkan keahlian dan/atau spesialisasi serta kewenangan klinis yang ada di Rumah sakit.
- (3) Untuk Kelompok Dokter Umum, masuk dalam KSM Dokter Umum dan untuk Kelompok Dokter Gigi dan Dokter Gigi Speasialis masuk dalam KSM Gigi dan Mulut.
- (4) Untuk Kelompok Dokter Spesialis, masuk dalam KSM sesuai dengan bidang spesialisasi dan/atau kemiripan keahliannya.
- (5) Untuk Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) masuk dalam KSM sesuai dengan spesialisasi yang sedang diikuti, sebagai anggota tidak tetap.

#### Pasal 91

Tujuan dan pengorganisasian Kelompok Staf Medis (KSM) 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 92

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

### BAB XV PENGORGANISASIAN KELOMPOK STAF MEDIK

#### Bagian Kesatu Struktur Organisasi

#### Pasal 93

- (1) Anggota KSM dikelompokkan kedalam masing-masing Kelompok Staf Medik (KSM) sesuai dengan profesi dan keahliannya, 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 KSM tertentu, maka kelompok staf medis yang bersangkutan masuk dalam KSM Spesialis lain yang mempunyai kemiripan keahlian.
- (3) Seluruh kelompok staf medis baik bekerja purna waktu atau paruh waktu wajib menjadi Anggota KSM kecuali Dokter PPDS, Dokter Konsultan dan Dokter Pengganti dari luar Rumah Sakit.
- (4) Kelompok Staf Medis yang ada di Rumah Sakit adalah:
  - a. KSM Bedah;
  - b. KSM Ilmu Penyakit Dalam;
  - c. KSM Ilmu Kesehatan Anak;
  - d. KSM Kebidanan dan Penyakit Kandungan;
  - e. KSM Mata;
  - f. KSM THT-KL;
  - g. KSM Gigi dan Mulut;
  - h. KSM Syaraf;
  - i. KSM Kulit dan Kelamin;
  - j. KSM Anestesi dan Reanimasi;
  - k. KSM Radiologi;
  - l. KSM Patologi Klinik;
  - m. KSM Orthopedi dan traumatologi;
  - n. KSM Urologi;
  - o. KSM Dokter Umum;
  - p. KSM Jantung dan Pembuluh Darah;
  - q. KSM Rehabilitasi Medik;
  - r. KSM Paru dan Respirasi;
  - s. KSM Bedah Syaraf.
- (5) Susunan Kepengurusan KSM paling sedikit terdiri dari :
  - a. Ketua KSM merangkap anggota;
  - b. Sekretaris merangkap anggota.

- (5) Dalam kepengurusan KSM dapat dibentuk:
  - a. Koordinator Pelayanan merangkap anggota;
  - b. Koordinator Pendidikan merangkap anggota; dan
  - c. Koordinator Penelitian dan Pengembangan merangkap anggota.
- (6) Masa bakti kepengurusan KSM adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) masa bhakti 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.

Bagian Kedua  
Ketua Kelompok Staf Medis

Pasal 94

- (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 mengkoordinasikan 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 Wakil Direktur 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 95

- (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 96

- (1) Koordinator Pelayanan dipilih oleh Ketua KSM dan anggota tetap KSM.
- (2) Koordinator Pelayanan KSM bertugas membantu Ketua KSM dalam mengkoordinir kegiatan pelayanan medis.

#### Pasal 97

- (1) Koordinator Pendidikan dipilih oleh Ketua KSM dan anggota tetap KSM.
- (2) Koordinator Pendidikan KSM bertugas membantu Ketua KSM dalam mengkoordinir semua kegiatan pendidikan dan pelatihan di lingkup KSM.
- (3) Dalam hal ada kesempatan pendidikan atau pelatihan dari RS maka Direktur mendisposisikan kepada ketua KSM untuk menunjuk anggotanya sebagai peserta.
- (4) Dalam hal melanjutkan pendidikan berkelanjutan, anggota KSM mengusulkan ke Direktur atas rekomendasi Ketua KSM.

#### Pasal 98

- (1) Koordinator Penelitian dan Pengembangan dipilih oleh Ketua KSM dan anggota tetap KSM.
- (2) Koordinator Penelitian dan Pengembangan KSM bertugas membantu Ketua KSM dalam mengkoordinasikan kegiatan penelitian, pengembangan dan pelatihan anggota KSM.

#### Pasal 99

- (1) Tim Klinis Rumah sakit dibentuk untuk menangani kasus-kasus pelayanan medik yang memerlukan koordinasi lintas profesi.
- (2) Tim Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari :
  - a. Pusat Pelayanan Khusus (Pusyansus) terdiri atas:
    1. TB-MDR;
    2. PONEK;
    3. HIV;
    4. TB-DOT.
  - b. Tim Kanker;
  - c. Tim Penanganan Kasus Luar Biasa;
  - d. Tim Audit Medik;
  - e. Tim Kesehatan Penanggulangan Bencana;
  - f. Tim Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM);
  - g. Tim Patient Safety; dan
  - h. Tim Pemeriksaan Kesehatan.
- (3) Jumlah Tim Klinis dapat ditambah atau dikurangi sesuai dengan kebutuhan dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

### BAB XVI

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

##### Bagian Kesatu Tugas Kelompok Staf Medis

#### Pasal 100

- (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 Wakil Direktur 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) Memberikan pendidikan dan pelatihan kepada peserta didik yang ada dalam program KSM dan Rumah Sakit.
- (7) Menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Bagian Kesatu  
Kewajiban Kelompok Staf Medik

Pasal 101

- (1) KSM 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 dan PPDS di rawat jalan, rawat inap, pengaturan tugas jaga, rawat intensif, 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 Wakil Direktur Pelayanan;
  - c. Clinical pathway sebagai panduan pelayanan penanganan suatu diagnosis yang terstandar sehingga tujuan kendali mutu dan kendali biaya terpenuhi.
- (2) KSM 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.

BAB XVII  
KEANGGOTAAN

Pasal 102

- Syarat untuk menjadi anggota Kelompok Staf Medik (KSM) :
- 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) di Rumah sakit.
- c. telah melalui proses penerimaan calon anggota KSM Rumah sakit yang dilaksanakan oleh Komite Medik dan Direksi Rumah sakit melalui kredensial/rekredensial.
- d. memiliki Surat Penugasan Klinis (Clinical appointment) sebagai anggota KSM, berupa Kewenangan Klinik (Clinical Privilege) dari Direktur Rumah sakit.
- e. mengikuti program pengenalan tugas (orientasi) di lingkungan kerja rumah sakit.
- f. mengikuti ketentuan disiplin jam kerja yang berlaku di Rumah sakit.

#### Pasal 103

- (1) Kategori keanggotaan KSM adalah:
  - a. Anggota tetap KSM, 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 KSM, yaitu dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang berstatus sebagai dokter tamu dan dokter magang di Rumah sakit.
- (2) Masa berlaku keanggotaan KSM adalah selama 3 (tiga) tahun sejak Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Direktur dikeluarkan dan dapat diperpanjang kembali dengan mengikuti *re-kredensial*.

### BAB XVIII

#### PENGANGKATAN DAN PEMBERHENTIAN ANGGOTA KSM

#### Pasal 104

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

#### Pasal 105

- (1) Pemberhentian staf medis fungsional sebagai Anggota KSM berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian menetap.
- (2) Pemberhentian menetap apabila:
  - a. kondisi fisik dan/atau mental KSM 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 RSUD Provinsi NTB 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 KSM;
- h. berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; atau
- i. cuti diluar tanggungan negara sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS).

#### Pasal 106

- (1) Pengangkatan kembali staf medis fungsional sebagai Anggota KSM 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 KSM terkait;
  - b. foto copi Surat Tanda Registrasi dari Konsil Kedokteran Indonesia;
  - c. foto copi 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 Medik untuk pengangkatan kembali anggota KSM;
- (4) Direktur dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kerja harus mengeluarkan keputusan persetujuan atau penolakan.

### BAB XIX

#### KEWENANGAN KLINIS (CLINICAL PRIVILEGES)

#### Pasal 107

- (1) Kewenangan Klinis adalah kewenangan dari anggota KSM untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Tanpa kewenangan klinis, maka seorang tenaga medis tidak dapat menjadi anggota KSM 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 SubKomite 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 108

- (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 adhoc yang terdiri dari mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di Rumah Sakit.

### BAB XX

#### DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN (DPJP)

#### Pasal 109

- (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 Wakil Direktur 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 pelayanan di ICU/NICU/PICU, DPJP utama penanganannya dilakukan oleh dokter yang bertanggungjawab di Ruang Intensive.
  - (8) Pada kondisi tertentu bila diperlukan, Wakil Direktur Pelayanan dapat mengalihkan ke DPJP lain yang lebih kompeten.
  - (9) Ketentuan mengenai teknis pelaksanaan DPJP ditetapkan oleh Direktur.

## BAB XXI PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

### Pasal 110

- (1) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Komite Medik kepada masing-masing anggota KSM 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 KSM setelah dilakukan rekredensial oleh Komite Medik.
- (3) Kewenangan Klinis anggota KSM 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.

BAB XXII  
KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu  
Nama dan Struktur Organisasi

Pasal 111

- (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 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 112

- (1) Susunan organisasi komite medik Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. subkomite.
- (2) Subkomite di dalam Komite Medik, terdiri atas :
  - a. Subkomite Kredensial;
  - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
  - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- (3) Tiap-tiap Subkomite bertanggungjawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.
- (4) Keanggotaan komite medik terdiri dari semua ketua KSM dan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (5) Jumlah keanggotaan komite medik disesuaikan dengan jumlah staf medis.
- (6) Jangka waktu kepengurusan Komite Medik adalah 3 (tiga) tahun.

Bagian Kedua  
Ketua Komite Medik

Pasal 113

- (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) Dalam menentukan Ketua Komite Medis, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan pengawas.

- (4) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di Rumah Sakit.

Bagian Ketiga  
Tugas, Fungsi dan Kewenangan

Pasal 114

- (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
  - d. memilih ketua, sekretaris dan anggota sub komite medik yang ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    1. kompetensi;
    2. kesehatan fisik dan mental;
    3. perilaku;
    4. etika profesi.
  - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
  - e. penilaian dan putusan kewenangan klinis yang adekuat.
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
  - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
  - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (4) 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.
- (5) 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 115

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

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

#### Bagian Keempat Panitia Adhoc

#### Pasal 116

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia adhoc yang dibentuk untuk tugas tertentu dan jangka waktu tertentu.
- (2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/ kedokteran gigi.
- (5) Panitia adhoc bertanggungjawab kepada Direktur melalui Komite Medik.

#### BAB XXIII SUBKOMITE KREDENSIAL

#### Pasal 117

- (1) Pengorganisasian subkomite kredensial terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.
- (2) Subkomite kredensial di rumah sakit terdiri atas semua ketua KSM.

#### Pasal 118

Tugas dan wewenang subkomite kredensial adalah:

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

#### Pasal 119

Proses kredensial yang dilakukan oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:

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

#### Pasal 120

- (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 Subkomite 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 121

- (1) Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
  - a. masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis telah habis masa berlakunya;
  - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalain terkait tugas dan kewenangannya;



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

## BAB XXIV SUBKOMITE MUTU PROFESI

### Pasal 122

- (1) Subkomite mutu profesi di Rumah Sakit terdiri atas 6 (enam) orang staf medis.
- (2) Pengorganisasian subkomite mutu profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua komite medik.

### Pasal 123

Tugas dan wewenang subkomite mutu profesi adalah:

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

### Pasal 124

- (1) Subkomite mutu profesi dalam menjaga mutu profesi medis dilakukan dengan pemantauan dan pengendalian mutu profesi

melalui :

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

## BAB XXV SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

### Pasal 125

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi di Rumah Sakit terdiri atas 6 (enam) orang staf medis.
- (2) Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua komite medik.

### Pasal 126

Tugas subkomite etika dan disiplin profesi :

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

### Pasal 127

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;
- i. standar prosedur operasional pelayanan medis.

### Pasal 128

- (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 kepala/direktur rumah sakit atau kepala/direktur 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 mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

#### Pasal 129

- (1) Pembiayaan yang terkait dengan pelaksanaan tugas Komite Medik dan SubKomite dibebankan kepada anggaran Rumah Sakit.
- (2) Ketua Komite Medik dan Sub Komite mendapat insentif/honorarium yang dibebankan kepada anggaran rumah sakit.

### BAB XXVI PEMBINAAN PROFESIONALISME DAN ETIKA

#### Pasal 130

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 131

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

### BAB XXVII TATAKELOLA STAF KEPERAWATAN/ PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN (*NURSING STAFF BYLAWS*)

#### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 132

- (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 XXVIII PENGORGANISASIAN STAF KEPERAWATAN

### Bagian Kedua Kelompok Keperawatan

#### Pasal 133

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

#### Pasal 134

Kelompok keperawatan terdiri dari jenjang pendidikan fokasi, general dan spesialis.

#### Pasal 135

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

#### Pasal 136

- (1) Kelompok Keperawatan Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. Kelompok Keperawatan Anak;
  - b. Kelompok Keperawatan Maternitas;
  - c. Kelompok Keperawatan Bedah;
  - d. Kelompok Keperawatan Gawat Darurat dan kritis; dan
  - e. 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 Gawat Darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan kelompok perawat di bidang kegawat daruratan dan kritis.
- (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 137

- (1) Seluruh staf keperawatan baik yang berstatus PNS atau Non PNS wajib menjadi Anggota Kelompok Keperawatan.
- (2) Setiap Kelompok Keperawatan beranggotakan paling sedikit 5 (lima) orang staf keperawatan.
- (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 138

- (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 sebagai berikut :
  - a. berpendidikan minimal Ahli Madya Keperawatan/Kebidanan;
  - b. memiliki sertifikat kursus/pelatihan manajemen keperawatan;
  - c. memiliki pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) sampai dengan 5 (lima) tahun;
  - d. memiliki kemampuan kepemimpinan, berwibawa dan sehat.
- (3) Dalam menentukan Ketua Kelompok Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Bidang Keperawatan dan Komite Keperawatan.
- (4) Penetapan sebagai Ketua Kelompok Keperawatan dengan Keputusan Direktur untuk masa bhakti 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 139

- (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 penggerakan dan pelaksanaan;
  - c. melaksanakan fungsi pengawasan, pengendalian dan penilaian.
- (3) Ketua Kelompok Keperawatan berwenang:
  - a. memberikan masukan kepada wadir pelayanan melalui kepala bidang keperawatan serta Ketua Komite Keperawatan dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi dalam pelayanan keperawatan serta temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik keperawatan;
  - b. mengkoordinasikan anggota Kelompok Keperawatan agar pelayanan keperawatan berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku;
  - c. memberikan masukan kepada wakil pelayanan melalui kepala bidang keperawatan serta Ketua Komite Keperawatan mengenai penerimaan calon staf keperawatan baru.
- (4) Untuk mendukung kelancaran tugas Ketua Kelompok Keperawatan, dapat ditunjuk Anggota Kelompok Keperawatan sebagai sekretaris dengan keputusan Direktur.

#### Pasal 140

- (1) Dalam melaksanakan dan mengkoordinasikan kegiatan pelayanan keperawatan diseluruh unit keperawatan pada sore, malam dan hari libur ditetapkan seorang pengawas perawatan (supervisor) oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap professional, reputasi dan perilaku.
- (2) Persyaratan sebagai pengawas perawatan (supervisor) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
  - a. berpendidikan minimal DIII keperawatan/kebidanan
  - b. pengalaman sebagai pelaksana keperawatan 8-10 tahun
  - c. memiliki kemampuan kepemimpinan, berwibawa dan sehat
- (3) Dalam menentukan pengawas perawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Bidang Keperawatan dan Komite Keperawatan.
- (4) Penetapan sebagai pengawas perawatan dengan surat keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun dapat diangkat kembali untuk periode berikutnya berdasarkan pertimbangan kinerja.
- (5) Apabila pengawas perawatan diangkat menjadi Ketua Komite Keperawatan maka Direktur menetapkan pengawas perawatan yang baru sebagai penggantinya.
- (6) Tata cara pengangkatan pengawas perawatan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keenam  
Pengangkatan dan Pemberhentian Anggota Kelompok Keperawatan

Pasal 141

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

Pasal 142

- (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 SKF 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. izin 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 diluar tanggungan negara sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS).

### Pasal 143

- (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. foto copi Surat Tanda Registrasi dari Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI);
  - c. foto copi Surat Ijin Praktek;
  - d. surat keterangan sehat;
  - e. surat pernyataan sanggup mematuhi dan melaksanakan etika profesi;
  - 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 XXIX STAF KEPERAWATAN

### Bagian Kesatu Hak dan Kewajiban SKF

### Pasal 144

- (1) Staf keperawatan dalam menjalankan tugas profesi/praktik keperawatan di Rumah Sakit bertanggungjawab profesi dan hukum secara mandiri.
- (2) Staf keperawatan secara administratif manajerial bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan melalui bidang keperawatan dan secara teknis profesi bertanggungjawab 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 Staf Keperawatan

### Pasal 145

- (1) Tugas staf keperawatan :
  - a. melaksanakan kegiatan profesi yang terkait dengan asuhan keperawatan dan/atau asuhan kebidanan;
  - b. meningkatkan kemampuannya, melalui program pendidikan/pelatihan berkelanjutan;



- c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan serta standar etika dan disiplin yang sudah ditetapkan;
  - 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 146

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf keperawatan yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi wakil direktur pelayanan melalui bidang 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 Wakil Direktur Pelayanan melalui bidang Keperawatan.

#### Pasal 147

- (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;
  - 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;
  - c. melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf keperawatan.

#### Pasal 148

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

Bagian Keempat  
Mitra Bestari

Pasal 149

- (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:
  - e. rumah sakit lain;
  - f. perhimpunan perawat spesialis;
  - g. kolegium perawat spesialis; dan/atau
  - h. 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 usulan Ketua Komite Keperawatan.

BAB XXX  
KEWENANGAN KLINIS

Pasal 150

- (1) Kewenangan Klinis seorang staf keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Keperawatan.
- (2) Kewenangan klinis setiap staf keperawatan diajukan oleh perawat yang bersangkutan sesuai dengan jenjang pendidikan dan masa kerja.
- (3) Kewenangan klinis setiap staf keperawatan dapat saling berbeda walaupun memiliki spesialisasi yang sama.
- (4) Tanpa kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf keperawatan tidak dapat menjadi anggota Kelompok Keperawatan.
- (5) Kewenangan klinis diberikan kepada staf keperawatan berdasarkan pertimbangan:
  - a. *clinical appraisal* (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
  - b. standar profesi dari organisasi profesi;
  - c. standar pendidikan;
  - d. standar kompetensi dari kolegium.
- (6) Jenjang klinis keperawatan terdiri dari :
  - a. Jenjang perawat klinis 1;
  - b. Jenjang perawat klinis 2;
  - c. Jenjang perawat klinis 3;

- d. Jenjang perawat klinis 4;
- e. Jenjang perawat klinis 5.

(7) Penetapan jenjang klinis keperawatan diatur didalam kewenangan klinis perawat dan ditetapkan oleh Keputusan Direktur.

#### Pasal 151

- (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 152

- (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 153

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

#### Pasal 154

- (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) Berdasarkan 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 ditandatangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.

## BAB XXXI DELEGASI TINDAKAN MEDIK

### Pasal 155

- (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 SubKomite 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 XXXII PENUGASAN KLINIS

### Pasal 156

- (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 157

- (1) Penugasan klinis seorang staf keperawatan hanya dapat ditetapkan apabila:
  - a. mempunyai Surat Ijin Praktik dan Surat Tanda Registrasi (STR) 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 2 (dua) 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 oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
  - f. staf keperawatan diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan memasuki usia pensiun dan/atau mengakhiri kontrak dengan rumah sakit dengan mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

### BAB XXXIII KOMITE KEPERAWATAN

#### Bagian Kesatu Kedudukan Komite Keperawatan

##### Pasal 158

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Komite Keperawatan berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan.
- (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 159

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sebagai berikut:
  - a. Ketua Komite Keperawatan;
  - b. Sekretaris Komite Keperawatan;
  - c. Anggota Komite Keperawatan yang terdiri dari:
    - 1). Sub Komite Kredensial;
    - 2). Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan;

- 3). Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Personalia Komite Keperawatan Rumah Sakit berjumlah 11 (sebelas) orang.

#### Pasal 160

- (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 161

- (1) Persyaratan Ketua Komite Keperawatan:
  - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
  - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
  - c. tanggap terhadap perkembangan rumahsakit;
  - d. bersifat 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.
- (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 162

- (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 163

- (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;
  - 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 164

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan 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 keperawatan;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

#### Pasal 165

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

#### BAB XXXIV RAPAT-RAPAT

#### Pasal 166

- (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:
  - a. rapat rutin;
  - b. rapat koordinasi dengan wakil direktur pelayanan; dan
  - c. 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 167

- (1) Rapat rutin Komite Keperawatan dilaksanakan dengan ketentuan:
  - a. rapat rutin diselenggarakan terjadual paling sedikit 2 (dua) kali dalam 1 (satu) bulan dengan interval yang tetap 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 Wakil Direktur pelayanan dilaksanakan dengan ketentuan:
  - a. rapat dengan wakil direktur pelayanan diselenggarakan terjadual paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan dan wakil direktur pelayanan;
  - 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;



- c. risalah rapat dengan wakil direktur pelayanan disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat dengan wakil direktur pelayanan 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.
    - 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, bila kuorum telah tercapai, maka Anggota Komite Keperawatan yang hadir dapat memilih pimpinan rapat;
    - b. pimpinan rapat sebagaimana dimaksud pada huruf a, berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Komite Keperawatan.
  - (5) Kuorum dalam hal:
    - a. dalam hal untuk pengambilan keputusan, rapat Komite Keperawatan hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai;
    - b. kuorum dianggap tercapai bila  $\frac{1}{2}$  (setengah) ditambah 1 (satu) orang dari jumlah seluruh anggota Komite Keperawatan hadir;
    - c. dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu satu jam dari waktu yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilaksanakan pada tempat, hari dan jam yang disepakati paling lambat dalam waktu 2 x 24 jam;
    - d. dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu satu jam dari waktu rapat yang telah ditentukan sebagaimana dimaksud pada huruf c, maka rapat dapat dilaksanakan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Komite Keperawatan berikutnya.
  - (6) Pengambilan putusan rapat dilaksanakan dengan ketentuan:
    - a. pengambilan putusan rapat Komite Keperawatan berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*);
    - b. dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak;
    - c. apabila belum mendapat kesepakatan maka pimpinan rapat menyampaikan hasil rapat kepada Direktur untuk diputuskan;
    - d. keputusan rapat Komite Keperawatan merupakan sebuah rekomendasi yang diberikan kepada Direktur.

BAB XXXV  
SUBKOMITE KREDENSIAL

Bagian Kesatu  
Pengorganisasian SubKomite Kredensial

Pasal 168

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

Bagian Kedua  
Tugas dan wewenang SubKomite Kredensial

Pasal 169

Tugas Subkomite kredensial:

- a. menyusundaftar 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 170

- (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:
    - 1) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang berlaku;

- 2) kognitif;
  - 3) afektif;
  - 4) psikomotor.
  - b. Kompetensi fisik;
  - c. Kompetensi mental/perilaku;
  - d. 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 adhoc atau melibatkan Mitra Bestari.
- (5) Hasil kredensial berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

#### Pasal 171

- (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 XXXVI SUBKOMITE MUTU PROFESI

#### Bagian Kesatu Penggorganisasian SubKomite Mutu Profesi

#### Pasal 172

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

Bagian Kedua  
Tugas Subkomite Mutu Profesi

Pasal 173

Subkomite 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.

Bagian Ketiga  
Audit Keperawatan

Pasal 174

- (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*);
  - d. dasar bagi Komite Keperawatan dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

Bagian Keempat  
Pendidikan Berkelanjutan

Pasal 175

- (1) Dalam rangka meningkatkan Mutu Profesi setiap kelompok keperawatan dapat menyelenggarakan 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;
  - e. bersama dengan Bagian 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 176

- (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 XXXVII  
SUBKOMITE ETIK DAN DISIPLIN PROFESI

Bagian Kesatu  
Pengorganisasian Subkomite etik dan disiplin profesi

Pasal 177

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

Bagian Kedua  
Tugas dan Wewenang Subkomite Etik dan Disiplin Profesi

Pasal 178

Tugas Subkomite 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*);
- e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.

Pasal 179

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Subkomite 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 180

- (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 (*white paper*) 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;
  - 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 181

- (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 Subkomite 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 182

- (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) Subkomite etik dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

#### BAB XXXVIII TATA KELOLA KLINIS

#### Pasal 183

- (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 ByLaws*) 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 XXXIL REVIEW DAN PERUBAHAN

### Pasal 184

- (1) Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff ByLaws*) 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 ByLaws*) 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 ByLaws*) ini.

## BAB XL PERUBAHAN TATA KELOLA

### Pasal 185

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Rumah Sakit dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan.



- (2) Perubahan dapat dilakukan, apabila ada permohonan secara tertulis dari salah satu Pihak yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, yaitu Dewan Pengawas, Direksi dan Komite Medis.
- (3) Usulan untuk merubah sebagaimana dimaksud pada ayat(2),hanya dapat dilaksanakan apabila ada pemberitahuan tertulis dari salah satu pihak kepada pihak lainnya, yang disampaikan paling 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 XLI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

### Pasal 186

- (1) Pembinaan teknis PPK-BLUD Rumah Sakit dilakukan oleh Gubernur melalui Sekretaris Daerah Provinsi.
- (2) Pembinaan keuangan PPK-BLUD dilakukan oleh BPKAD.
- (3) Pembinaan teknis PPK-BLUD pada masing-masing Unit Kerja Rumah Sakit dilakukan oleh Direktur melalui Wakil Direktur terkait.

### Pasal 187

- (1) Pengawasan operasional BLUD dilakukan oleh SPI selaku internal auditor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 ayat (3).
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah Pimpinan BLUD.
- (3) Selain oleh SPI, pengawasan operasional BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan oleh Dewan Pengawas.

BAB XLII  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 188

Semua peraturan Rumah Sakit yang sudah ada sebelum berlakunya Peraturan Internal ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan sebagaimana diatur dalam Peraturan Gubernur ini.

Pasal 189

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat.

Ditetapkan di Mataram  
pada tanggal 13 Desember 2016  
GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT,

H. M. ZAINUL MAJDI

Diundangkan di Mataram  
pada tanggal 13 Desember 2016  
SEKRETARIS DAERAH PROVINSI NTB,

H. ROSIADY HUSAENIE SAYUTI

BERITA DAERAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT TAHUN 2016 NOMOR 45