



**BUPATI PESISIR SELATAN  
PROVINSI SUMATERA BARAT**

**PERATURAN BUPATI PESISIR SELATAN  
NOMOR 69 TAHUN 2018**

**TENTANG**

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

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI PESISIR SELATAN,**

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka peningkatan pelaksanaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tapan Kabupaten Pesisir Selatan yang efektif, efisien, dan berkualitas diperlukan aturan dasar yang mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab antara Pemilik Rumah Sakit, Pengelola Rumah Sakit, Staf Medik Fungsional, Staf Keperawatan, Staf Farmasi dan Staf Kesehatan Lainnya sebagai acuan penyelenggaraan rumah sakit;
  - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal(*HOSPITAL BY LAWS*)Rumah Sakit Umum Daerah Tapan;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonomi Kabupaten Dalam Lingkungan Daerah Propinsi Sumatera Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 1956 Nomor 25) Jis Undang-Undang Drt. Nomor 21 Tahun 1957 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1957 Nomor 77) Jo Undang-Undang Nomor 58 Tahun 1958 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1643);
  2. Undang- undang Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3821);
  3. Undang–Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
  4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 26, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
  5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
  6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
  7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298; Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);

8. Peraturan Pemerintah Nomor 56 Tahun 2005 tentang Sistem Informasi Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4576), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2010 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 56 Tahun 2005 tentang Sistem Informasi Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 110, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5155);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4741);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
14. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas

Pelayanan Publik;

16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 Tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
18. Peraturan Menteri dalam Negeri Nomor 971 Tahun 2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit ;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 755/Menkes/SK/VI 2012 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit ( *Hospital By Laws*);
24. Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah;
25. Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 67 Tahun 2018 tentang pembentukan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Tapan;

**MEMUTUSKAN :**

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TAPAN

**BAB I**  
**KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam keputusan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Pesisir Selatan.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara daerah.
3. Bupati adalah Bupati Pesisir Selatan.
4. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Selatan.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Tapan, yang selanjutnya disingkat RSUD Tapan adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Selatan.
6. Direktur adalah Direktur RSUD Tapan.
7. Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi, peraturan internal staf medis, peraturan internal staf keperawatan, peraturan internal staf farmasi dan peraturan internal staf kesehatan lainnya.
8. Peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
9. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staf Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis pelayanan keperawatan untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di rumah sakit.
10. Peraturan Internal Staf Kefarmasian (*Pharmacist by laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis pelayanan kefarmasian untuk menjaga profesionalisme tenaga farmasi.
11. Peraturan internal staf kesehatan lainnya (*others staf by laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis pelayanan kesehatan lainnya untuk menjaga profesionalisme tenaga kesehatan lainnya.

12. Rumah sakit umum adalah sarana kesehatan yang mengelola pelayanan kesehatan terhadap kondisi sehat dan sakit yang Rumah Sakit Umum Daerah Tapan adalah sebagai sarana rujukan kesehatan baik rujukan ke sarana kesehatan yang lebih tinggi dan dari sarana kesehatan fasilitas kesehatan tingkat pertama.
13. bersifat umum/dasar sampai dengan bersifat spesialis.
14. Pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah kegiatan pelayanan berupa pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif yang tertuang dalam bentuk pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan gawat darurat, pelayanan penunjang dan pelayanan penyuluhan kesehatan rumah sakit.
15. Jabatan fungsional adalah jabatan yang diemban oleh Direktur.
16. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi, yang terdiri atas, Kepala Sub Bagian, Kepala Seksi.
17. Komite Medik adalah Perangkat Rumah Sakit yang menerapkan tata kelola Klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis dan merupakan organisasi non structural di RSUD Tapan.
18. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan medicoetikolegal dan etika pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan "*hospital bylaws, medical staf bylaws, nursing by laws, pharmacist by laws dan other staf by laws*", gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di RSUD Tapan.
19. Komite Keperawatan adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis keperawatan (*nursing clinical governance*) agar staf keperawatan di rumah sakit terjaga profesionalismenya dan merupakan organisasi non struktural serta wadah perwakilan staf keperawatan di RSUD Tapan.
20. Sub Komite adalah kelompok kerja dari Komite Medis/Keperawatan/untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan keputusan Direktur atas usulan Komite Medis/Keperawatan.
21. Satuan Pemeriksa internal, yang selanjutnya disingkat SPI adalah merupakan unsur organisasi yang bertugas melaksanakan

pemeriksaan audit kinerja internal yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

22. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang Pegawai Negeri Sipil dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
23. Staf Medis Fungsional, yang selanjutnya disingkat SMF adalah kelompok dokter, dokter gigi dan kelompok dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing – masing.
24. Staf Keperawatan adalah Perawat dan Bidan yang telah terikat perjanjian dengan rumah sakit maupun yang ditetapkan berdasarkan surat keputusan penempatan di rumah sakit dari pejabat yang berwenang dan memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan keperawatan mandiri maupun tindakan pelimpahan wewenang dari Profesi lain di rumah sakit.
25. Staf farmasi adalah tenaga yang melakukan pekerjaan kefarmasian yang terdiri dari Apoteker dan Tenaga Tekhnis Kefarmasian/ Asisten Apoteker yang telah terikat perjanjian dengan rumah sakit maupun yang ditetapkan berdasarkan surat keputusan penempatan di rumah sakit dari pejabat yang berwenang dan memiliki kewenangan untuk melakukan pelayanan kefarmasian di rumah sakit.
26. Staf kesehatan lainnya adalah staf fungsional yang terdiri atas tenaga analis kesehatan, tenaga radiographer, tenaga fisiotherapist, tenaga gizi, tenaga perekam medik, tenaga sanitarian dan tenaga keteknisian medik yang melakukan pekerjaan sesuai Seksi keahlian masing-masing.
27. Praktik kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter, dokter spesialis, dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan.
28. Pelayanan medis adalah pelayanan yang diterima seseorang dalam hubungannya dengan pencegahan, diagnosis, dan pengobatan suatu gangguan kesehatan oleh dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya yang dapat berupa pelayanan promotif, preventif, diagnostik, konsultatif, kuratif atau rehabilitatif.
29. Pelayanan Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan berdasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu,

keluarga, kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia dalam bentuk asuhan keperawatan.

30. Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.
31. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Konsil Kedokteran Indonesia kepada dokter, dokter spesialis, dokter gigi, perawat/bidan dan apoteker yang telah diregistrasi.
32. Dokter adalah Dokter umum, dokter gigi dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Tapan.
33. Dokter tetap atau Dokter Purna Waktu adalah Dokter dan atau Dokter Spesialis yang sepenuhnya bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Tapan.
34. Dokter Tamu dan/atau dokter referal adalah Dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Tapan yaitu Dokter dan/atau Dokter Spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di Rumah Sakit Umum Daerah Tapan untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.
35. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorar adalah Dokter, baik Dokter umum dan atau Dokter Spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan atau tenaga honorar di Rumah Sakit Umum Daerah Tapan.
36. Profesi kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapat pendidikan formal kesehatan dan melaksanakan fungsi melayani masyarakat dengan usaha pelayanan penyakit dan mental untuk menjadi sehat.
37. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medis/keperawatan/farmasi/kesehatan lainnya untuk melakukan sekelompok pelayanan medis/keperawatan/farmasi/kesehatan lainnya tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
38. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf fungsional, untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).

39. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf fungsional yang memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
40. Pelimpahan wewenang secara delegatif adalah pelimpahan wewenang untuk melakukan sesuatu tindakan medis yang diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.
41. Pelimpahan wewenang secara mandat adalah pelimpahan wewenang diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di bawah pengawasan.
42. Perawat vokasi adalah staf Keperawatan dengan pendidikan paling rendah Program Diploma Tiga Keperawatan.
43. Perawat profesi adalah staf Keperawatan dengan pendidikan paling rendah Ners.
44. Audit keperawatan adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan dokumen catatan asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh profesi keperawatan.
45. Panitia Adhoc adalah panitia yang dibentuk oleh Komite Medis/ Komite Keperawatan/Komite Kefarmasian untuk membantu melaksanakan tugas Komite.
46. Instalasi adalah sarana pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan perawatan baik pengobatan tingkat dasar, maupun untuk kondisi gawat, darurat dan gawat darurat.
47. Instalasi rawat inap adalah penyelenggara pelayanan 24 jam, merupakan pelayanan pengobatan dan perawatan tingkat lanjutan terhadap pasien yang berasal dari instalasi rawat jalan dan IGD.
48. Instalasi Gawat Darurat adalah penyelenggara pelayanan 24 jam, melayani pengobatan rawat jalan, apabila kondisi pasien memerlukan pengobatan dan perawatan lanjutan akan dirujuk ke instalasi rawat inap.
49. Instalasi Penunjang adalah penyelenggara pelayanan penunjang diagnostik maupun non diagnostik meliputi laboratorium, radiologi, gizi, farmasi dan fisiotherapy.
50. Instalasi Bedah Sentral adalah penyelenggara pelayanan untuk tindakan-tindakan medis yang bersifat Invasif.
51. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran.

52. Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk *paper* maupun *elektronic* untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku.
53. Sediaan Farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika.
54. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyeliki sistem fisiologis atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi untuk manusia.
55. Alat kesehatan adalah instrumen, apparatus, mesin dan/ atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/ atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
56. Bahan Medis Habis Pakai adalah alat kesehatan yang ditujukan untuk penggunaan sekali pakai (*single use*) yang daftar produknya diatur dalam peraturan perundang-undangan.
57. Apoteker adalah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker.
58. Tenaga Teknis Kefarmasian adalah tenaga yang membantu apoteker dalam menjalani pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas Sarjana Farmasi, Ahli Madya farmasi, Analis Farmasi, dan Tenaga menengah farmasi/Asisten Apoteker.
59. Surat Izin Praktek adalah surat izin yang diberikan kepada tenaga dokter untuk dapat melaksanakan praktek kedokteran di rumah sakit.
60. Surat Izin Kerja adalah surat izin yang diberikan kepada tenaga keperawatan untuk dapat melaksanakan pelayanan keperawatan di rumah sakit.
61. Surat Izin praktek Apoteker, yang selanjutnya disebut SIPA adalah Surat Izin yang diberikan kepada Apoteker untuk dapat melaksanakan praktik kefarmasian di rumah sakit.
62. Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian, yang selanjutnya disebut SIKTTK adalah surat izin praktik yang diberikan kepada Tenaga Teknis Kefarmasian untuk dapat melaksanakan pekerjaan kefarmasian di rumah sakit.

## **BAB II**

### **MAKSUD DAN TUJUAN**

#### Pasal 2

Maksud dari Peraturan Bupati ini adalah :

- a. Meningkatkan profesionalisme pelayanan kesehatan, akuntabilitas pengelolaan dana, dan optimalisasi pemanfaatan teknologi; dan
- b. Hospital By Laws disusun sebagai Peraturan Internal Rumah Sakit (PIRS) merupakan pedoman dasar dan pernyataan secara legislasi tentang peran, tugas, kewenangan, pengorganisasian, hubungan fungsional, tanggung jawab bagi tiga unsur/organ utama yang mempunyai kedudukan penentu dan pengarah di RSUD Tapan yaitu antara Pemilik atau Badan yang mewakili, Direktur dan staf Medis.

### Pasal 3

Tujuan dari Peraturan Bupati ini adalah :

- a. Sebagai suatu peraturan dasar yang mengatur tanggung jawab, wewenang, fungsi dan tugas antara pemilik rumah sakit atau yang mewakili, direktur rumah sakit, tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga farmasi dan tenaga kesehatan lainnya sehingga masing-masing unsur mempunyai peran dan uraian tugas yang jelas sesuai dengan ketentuan dan etika profesi dalam rangka mewujudkan pemberian pelayanan yang efektif, efisien dan berkualitas.
- b. Menjadi perangkat hukum/peraturan internal yang mengatur hubungan atau kerjasama antara tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga farmasi dan tenaga kesehatan lain sebagai suatu *“team work”* dalam rangka mewujudkan pemberian pelayanan yang profesional sesuai dengan kode etik profesi masing-masing;
- c. Merupakan perangkat hukum yang mengatur profesionalisme dan kemandirian tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga farmasi dan tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kelimuan dan kode etik profesinya masing-masing yang mengacu pada kebijakan institusi;
- d. Sebagai pedoman/perangkat hukum yang mengatur hak dan kewajiban tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga farmasi dan tenaga kesehatan lainnya yang terkait dengan Seksi profesi maupun disiplin administrasi; dan
- e. Merupakan landasan hukum demi perlindungan terhadap tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga farmasi dan tenaga kesehatan lain dalam memberikan pengobatan, perawatan dan tindakan pada pasien sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan yang bertujuan untuk memberikan kepastian kepada pasien bahwa pelayanan yang diterimanya sesuai dengan standar dan keilmuan.

**BAB III**  
**POLA TATA KELOLA KORPORASI**

**Bagian kesatu**

**Identitas**

Pasal 4

RSUD ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah Tapan yang merupakan Unit pengelola teknis Dinas. dengan Izin Operasional Rumah Sakit Tipe D, berdasarkan Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal Pelayanan Perizinan Terpadu Satu Pintu Kabupaten pesisir Selatan Nomor : 570/01/Kpts/DMPPTSP-PS/V/2018.

**Bagian Kedua**

**Sejarah**

Pasal 5

Diresmikan oleh Bupati Pesisir Selatan pada tanggal 14 Maret 2017, Mulai dioperasionalkan melayani masyarakat umum pada tanggal 1 Agustus 2017, waktu itu masih RSUD Pratama Tapan. Sejak tanggal 28 Mei 2018 sudah ditetapkan sebagai Rumah Sakit tipe D dengan didukung oleh 3 orang Dokter Spesialis WKDS dengan layanan, pelayanan medik, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang klinis, pelayanan penunjang non klinis, pelayanan rawat inap.

**Bagian Ketiga**

**Izin, Logo, Hymne dan Motto**

Pasal 6

Izin RSUD Tapan berdasarkan Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal Pelayanan Perizinan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Pesisir Selatan Nomor:570/01/Kpts/DPMPPTSP-PS/V/2018 tentang Pemberian Izin Operasional Tetap.

Nama : RSUD Tapan  
Alamat : Malepang, Nagari Bukit Buai  
Kecamatan : Basa Ampek Balai Tapan  
Kabupaten : Pesisir Selatan  
Provinsi : Sumatera Barat  
Status Akreditasi : Belum Terakreditasi.

## Pasal 7

(1) Logo RSUD Tapan adalah :



(2) Arti Logo RSUD Tapan adalah :

- a. Gambar Rumah Gadang melambangkan RSUD Tapan berada di Ranah Minang, Sumatera Barat;

- b. Warna Kuning mempunyai arti kehati-hatian dalam melakukan tindakan untuk memberikan pelayanan yang professional;
  - c. Warna Hijau melambangkan Kesejukan dan Kedamaian.
  - d. Warna Merah mempunyai arti semangat kerja RSUD Tapan menuju Terpercaya, Akurat , Profesional, Amanah, Nyaman.
  - e. Tapan melambangkan arti :
    - 1. T = Terpercaya;
    - 2. A = Akurat;
    - 3. P = Profesional;
    - 4. A = Amanah; dan
    - 5. N = Nyaman.
- (3) RSUD Tapan merupakan Rumah Sakit dengan layanan TERPERCAYA, melayani secara AKURAT, dilayani oleh orang-orang yang PROFESIONAL, secara AMANAH yang memberikan keNYAMANan kepada pasien.

## Pasal 8

Mars RSUD Tapan sebagai berikut :

*“ Satu jiwa, buktikan diri”*

*“Bersatu padu mmbangun negeri”*

*“Menjaga kualitas pelayanan”*

*“Tekad luhur Prakarsai indonesia sehat”*

*“Negri empat, penghulu suku”*

*“Menjadi pusat rujukan tingakat lanjut”*

*“Mewujudkan cita-cita pancakarca husada”*

*“Abdikan diri untuk kesehatan bangsa”*

*“Rumah sakit umum daerah tapan”*

*“Kami mengabdikan bagi nusa bangsa”*

*“Membangun pelayanan paripurna”*

*“Junjung tinggi martabat serta etika”*

*“Rumah sakit umum daerah tapan”*

*“Prima pelayanan dan berbudi luhur”*

*“Kan jaya selalu sepanjang masa”*

*“Mari kerja keras meraih bahagia”*

*“Mari kerja keras meraih bahagia”*

#### Pasal 9

Motto RSUD Tapan adalah :

***“Memberikan Pelayanan Yang Terpercaya, Akurat, Profesional,  
Amanah Dan Nyaman Harapan Kami”***

#### Pasal 10

Nilai Budaya Kerja menuju Terpercaya, Akurat, Profesional, Amanah, Nyaman

- a. **Terpercaya** merupakan suatu tekad yang harus diimplementasikan sehingga memberikan keyakinan dan kepuasan kepada pasien/masyarakat;
- b. **Akurat** merupakan ketepatan dalam melakukan tindakan yang berdampak kepada kesembuhan pasien;
- c. **Profesional** merupakan tekad yang menjadi target dalam tindakan dengan mempedomani disiplin ilmu;
- d. **Amanah** merupakan Sikap yang selalu diberikan dengan menjunjung etika profesi; dan
- e. **Nyaman** merupakan suatu kondisi yang ingin diciptakan oleh Rumah Sakit, yang memberikan dampak kepada psikologis masyarakat.

#### **Bagian Keempat**

## **Visi, Misi, Dan Tujuan Strategis**

### Pasal 11

Visi RSUD Tapan yaitu :

**“TERWUJUDNYA RUMAH SAKIT YANG TERPERCAYA, DAN  
MEMBERIKAN KENYAMANAN PADA PASIEN”**

### Pasal 12

Misi RSUD Tapan yaitu :

- a. Melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit secara terpercaya;
- b. Pemenuhan standar tenaga sesuai kompetensi; dan
- c. Melengkapi sarana prasarana Rumah Sakit sesuai standar.

### Pasal 13

Tujuan RSUD Tapan yaitu :

- a. Melaksanakan pelayanan yang berorientasi sesuai pedoman dan mengacu pada Standar Operasional Prosedur (SOP);
- b. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam memberikan pelayanan secara profesional;
- c. Pengembangan fasilitas kesehatan; dan
- d. Peyelenggaraan kegiatan manajemen Rumah Sakit secara efisien dan efektif serta terwujudnya kesejahteraan bagi seluruh pegawai RSUD Tapan.
- e. Rumah Sakit Umum Daerah Tapan adalah sebagai sarana rujukan kesehatan baik rujukan ke sarana kesehatan yang lebih tinggi dan dari sarana kesehatan fasilitas kesehatan tingkat pertama.

## **Bagian Kelima**

### **Kedudukan, Tugas Pokok, dan Fungsi RSUD Tapan**

#### Pasal 14

RSUD Tapan berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.

#### Pasal 15

Tugas Pokok RSUD Tapan mempunyai tugas membantu Bupati dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan secara berdaya guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu seiring dengan upaya peningkatan pelaksanaan pencegahan dan upaya melaksanakan rujukan.

#### Pasal 16

Dalam menyelenggarakan Tugas Pokok RSUD Tapan memiliki Fungsi:

- a. Pengkoordinasian dengan dinas terkait dalam penyusunan perencanaan dan pelayanan teknis di Seksi kesehatan;
- b. Penyusun perencanaan teknis dalam peningkatan status rumah sakit;
- c. Penyelenggaraan pelayanan medis;
- d. Penyelenggaraan pelayanan prima;
- e. Penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan;
- f. Penyelenggaraan pelayanan rujukan;
- g. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medis;
- h. Penyelenggaraan pelatihan medis, keperawatan, non keperawatan, non medis dan penunjang lain;
- i. Menggali potensi dan melaksanakan pemungutan pendapatan daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- j. Melakukan pengendalian dan evaluasi;
- k. Melaksanakan administrasi dan tata usaha RSUD Tapan; dan
- l. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diperintahkan oleh Pimpinan.

**BAB IV**  
**KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB**  
**PEMERINTAH DAERAH**

**Bagian Kesatu**  
**Kewenangan Pemerintah Daerah**

Pasal 17

Pemerintah Daerah, berdasarkan kewenangan yang dimilikinya, bertanggungjawab terhadap kelangsungan penyelenggaraan serta kemajuan dan perkembangan RSUD Tapan sesuai yang diharapkan dan diinginkan masyarakat.

Pasal 18

Pemerintah Daerah berwenang :

- a. Menentukan kebijakan secara umum RSUD Tapan;
- b. Menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola (*Hospital by laws*) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit beserta perubahannya;
- c. Mengangkat dan menetapkan Pejabat Pengelola sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;
- d. Mengawasi dan mengevaluasi kinerja RSUD Tapan; dan
- e. Memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

**Bagian Kedua**  
**Tanggung Jawab Pemerintah Daerah**

Pasal 19

- (1) Pemerintah bertanggung Jawab menganggarkan kebutuhan RSUD Tapan sesuai dengan standar dan tipe rumah sakit.
- (2) Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan / atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

**BAB V**  
**SUSUNAN ORGANISASI RSUD TAPAN**

Pasal 20

- (1) Susunan organisasi RSUD Tapan terdiri dari unsur Pimpinan, Pembantu Pimpinan, Pelaksana Tugas Pokok, dan unsur Penunjang Pelaksana Tugas Pokok.
- (2) Susunan organisasi RSUD Tapan, sebagai berikut :
  - a. Direktur;
  - b. Kepala Sub Bagian Tata Usaha;
  - c. Kepala Seksi Pelayanan Medis;
  - d. Kepala Seksi Keperawatan;
  - e. Kepala Seksi Penunjang Medis; dan
  - f. Kelompok Jabatan Fungsional.
- (3) Struktur susunan organisasi RSUD Tapan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

**BAB VI**  
**PEJABAT PENGELOLA RSUD TAPAN**

Pasal 21

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah pejabat fungsional yang dipimpin oleh Direktur, seluruh pejabat struktural, yang terdiri dari Kepala Sub Bagian Tata Usaha dan Kepala Seksi.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Bupati berdasarkan usul Kepala Dinas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Direktur bertanggung jawab terhadap operasional RSUD Tapan kepada Kepala Dinas.
- (4) Pejabat Pengelola dibawah Direktur bertanggung jawab kepada Direktur sesuai bidang tanggung jawab masing-masing.
- (5) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai dengan tipe Rumah Sakit, baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan kepada Bupati.
- (6) Perubahan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud dalam ayat (5) ditetapkan dengan Peraturan Bupati.

## **BAB VII**

### **KEDUDUKAN, TUGAS POKOK, FUNGSI, DAN URAIAN TUGAS PEJABAT PENGELOLA**

Bagian kesatu  
Direktur

#### Pasal 22

- (1) Direktur yang dalam melaksanakan tugasnya berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.
- (2) Direktur mempunyai tugas pokok memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan program dan kegiatan RSUD Tapan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok, sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:
  - a. Pengimplementasian peraturan perundang-undangan dan ketentuan-ketentuan lain yang erat hubungannya dalam menunjang kelancaran tugas UPT Dinas;
  - b. Perencanaan, pengkoordinasian, pembinaan dan pengendalian serta mengawasi kegiatan UPT Dinas;
  - c. Perencanaan kegiatan, melaksanakan kerjasama dan berkoordinasi dengan instansi terkait sesuai dengan bidang tugasnya;
  - d. Perencanaan kegiatan ketatausahaan UPT Dinas yang meliputi urusan umum dan kepegawaian, keuangan dan penyusunan

- program sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- e. Pelaksanaan fungsi lainnya yang diberikan Pimpinan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.
- (4) Untuk menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur mempunyai uraian tugas sebagai berikut:
- a. Merumuskan rencana, program kerja baik rutin maupun anggaran berbasis kinerja berdasarkan tugas pokok dan fungsi UPT Dinas, serta sumber daya yang ada berpedoman kepada rencana strategis Dinas Kesehatan sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
  - b. Mengkoordinasikan penyelenggaraan kegiatan pelayanan kesehatan di UPT Dinas dengan Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Kepala Seksi Pelayanan Medis, Kepala Seksi Keperawatan, dan Kepala Seksi Penunjang Medis, serta Pejabat Fungsional dalam rangka penyatuan dan pencapaian sasaran;
  - c. Melaksanakan semua program dan kegiatan yang telah ditetapkan;
  - d. Menganalisa, memberi petunjuk, arahan, dan pembinaan serta mengevaluasi pelaksanaan pekerjaan bawahan;
  - e. Memimpin, mengkoordinasikan, mengendalikan, serta mengawasi semua kegiatan UPT Dinas;
  - f. Membina, memfasilitasi, mengarahkan dan melaporkan pelaksanaan kegiatan UPT Dinas;
  - g. Memantau dan mengevaluasi realisasi pelaksanaan kegiatan UPT Dinas untuk mengetahui perkembangan, hambatan, dan permasalahan yang timbul serta tindak lanjut penyelesaiannya;
  - h. Memberikan data dan informasi serta saran dan pertimbangan kepada Kepala Dinas sebagai bahan dalam mengambil kebijakan;
  - i. Mendisposisi, meneliti, menandatangani persuratan dan dokumen lainnya sesuai kewenangan berdasarkan ketentuan;
  - j. Mempertanggungjawabkan tugas UPT Dinas baik teknis dan operasional kepada Kepala Dinas;
  - k. Memelihara dan mengupayakan peningkatan kinerja pegawai pegawai, disiplin, dedikasi, loyalitas, dan kejujuran dalam lingkungan UPT Dinas;
  - l. Menjalin kerjasama dengan pihak lain untuk kepentingan dinas dalam kelancaran pelaksanaan tugas;
  - m. Mengendalikan pengelolaan keuangan, ketatausahaan, dan perlengkapan UPT Dinas; dan
  - n. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh pimpinan.

Bagian Kedua  
Kepala Sub Bagian Tata Usaha

Pasal 23

- (1) Kepala Sub Bagian Tata Usaha yang dalam melaksanakan tugasnya berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Sub Bagian Tata Usaha mempunyai tugas pokok menyelenggarakan administrasi UPT Dinas meliputi ketatausahaan, kerumahtanggaan, keuangan, perlengkapan, administrasi kepegawaian, pendidikan dan pelatihan, dan pelaporan.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana maksud pada ayat (1), Kepala Sub Bagian Tata Usaha menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:
  - a. Penyusunan rencana kegiatan dan pengelolaan administrasi kepegawaian;
  - b. Penyusunan rencana kegiatan dan pengelolaan administrasi keuangan;
  - c. Pengkoordinasian penyusunan rencana kegiatan UPT Dinas;
  - d. Pengkoordinasian, pelaksanaan, pengendalian, dan evaluasi pelaporan UPT Dinas; dan
  - e. Pelaksanaan fungsi lainnya yang diberikan oleh pimpinan.
- (4) Untuk menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Sub Bagian Tata Usaha mempunyai uraian tugas sebagai berikut:
  - a. Melakukan urusan tata usaha kepegawaian, disiplin pegawai, dan evaluasi kinerja pegawai;
  - b. Melakukan urusan rumah tangga, keamanan, dan kebersihan;
  - c. Melakukan telaahan dan penyiapan bahan penyusunan peraturan perundang-undangan;
  - d. Menyusun program, rencana pendapatan, dan pengelolaan keuangan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
  - e. Menyelenggarakan pelayanan administrasi keuangan, verifikasi pertanggungjawaban keuangan, dan penatausahaan keuangan;
  - f. Melaksanakan pembinaan dan pengendalian terhadap bendaharawan dan pengelola keuangan;
  - g. Mengumpulkan dan menyiapkan data, informasi dan bahan lainnya dalam penyusunan perencanaan dan pelaporan;
  - h. Mengonsep rencana, program kerja dan anggaran berbasis kinerja berdasarkan tugas pokok dan fungsi Sub Bagian Tata Usaha, serta sumber daya yang ada berpedoman kepada rencana strategis dinas sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
  - i. Melaksanakan koordinasi dengan unit kerja terkait dalam pelaksanaan tugas;

- j. Menyiapkan bahan dan penyusunan rencana strategis dan rencana kerja tahunan dinas;
- k. Menyimpan berkas-berkas perencanaan, kepegawaian, keuangan, dan pelaporan; dan
- l. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

Bagian Ketiga  
Kepala Seksi Pelayanan Medis

Pasal 24

- (1) Kepala Seksi Pelayanan Medis yang dalam melaksanakan tugasnya berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Seksi Pelayanan Medis mempunyai tugas melaksanakan tugas dibidang pelayanan meliputi pelayanan medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana maksud pada ayat (1), Kepala Seksi Pelayanan Medis, menyelenggarakan fungsi :
  - a. Pelaksanaan semua program dan kegiatan sesuai dengan yang telah ditentukan;
  - b. Pengkoordinasian, Penyusunan, pelaksanaan, pencatatan, dan pengelolaan segala kebutuhan pelayanan medis;
  - c. Penyusunan rencana kebutuhan pengembangan sumber daya manusia tenaga medis berdasarkan Standar Kompetensi;
  - d. Pengkoordinasian dan kerjasama antar Kepala Seksi dan Pejabat Fungsional lainnya dalam rangka kelancaran pelaksanaan tugas; dan
  - e. Pelaporan hasil evaluasi dan pemantauan pelaksanaan kegiatan kepada pimpinan.
- (4) Untuk menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud ayat (2), Kepala Seksi Pelayanan Medis mempunyai uraian tugas sebagai berikut:
  - a. Menyusun rencana dan program jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang berdasarkan tugas pokok dan fungsi sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
  - b. Mempelajari, menelaah dan mempedomani peraturan perundang-undangan dan naskah dinas sesuai dengan tugas seksi pelayanan medis;
  - c. Mencari, mengumpulkan, dan mengolah data serta informasi yang berhubungan dengan pelayanan medis;

- d. Menginventarisir permasalahan yang berhubungan dengan pelayanan medis serta menyiapkan bahan petunjuk pemecahan masalah;
- e. Mengkoordinasikan semua kebutuhan pelayanan medis, melakukan pemantauan, pengawasan dan pengendalian penggunaan fasilitas kegiatan pelayanan medis;
- f. Mengkoordinasikan pelaksanaan, pencatatan, dan pengelolaan rekam medis;
- g. Melakukan pengawasan terhadap tindakan mal praktek pelayanan medis di rumah sakit;
- h. Memberi petunjuk dan membagi tugas kepada staf tentang pelaksanaan tugas masing-masing serta menilai pelaksanaan pekerjaan staf sebagai pembinaan dan pengembangan karir;
- i. Melakukan pengaturan dan pengendalian terhadap penerimaan, pemulangan pasien;
- j. Menyiapkan keperluan pelaksanaan tugas instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, instalasi gawat darurat, unit transfusi darah rumah sakit, fisiotherapi, medical record dan kamar operasi/anestesi/recovery room serta jam bezuk diinstalasi rawat inap;
- k. Melakukan penanganan keluhan pasien dan pengunjung rumah sakit terhadap pelayanan yang mereka terima dirumah sakit;
- l. Mengatur jadwal pelayanan instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, instalasi gawat darurat, unit transfusi darah rumah sakit, fisiotherapi, medical record dan kamar operasi/anestesi/recovery room, serta jam bezuk di instalasi rawat inap;
- m. Menganalisa dan mengatur program kerja seksi pelayanan medis sesuai dengan standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan serta membuat laporan kegiatan sebagai pertanggungjawaban pelaksanaan tugas;
- n. Melakukan analisis dan membuat rencana kebutuhan tenaga dilingkup seksi pelayanan medis; dan
- o. Melaksanakan tugas lain yang diberikan pimpinan sesuai dengan bidang tugasnya.

Bagian Keempat  
Kepala Seksi Keperawatan

Pasal 25

- (1) Kepala Seksi Keperawatan yang dalam melaksanakan tugasnya berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Seksi Keperawatan mempunyai tugas membantu Direktur dalam melaksanakan sebagian tugas RSUD di bidang keperawatan.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Keperawatan menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

- a. Pengumpulan bahan dan data untuk penyusunan, petunjuk teknis dan prosedur tetap layanan Keperawatan berupa SOP;
  - b. Pelaksanaan upaya peningkatan mutu keperawatan, pembinaan, dan peningkatan mutu SDM Perawat;
  - c. Pemberian laporan dan informasi yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas kepada Direktur;
  - d. Pengaturan dan analisa program kerja seksi keperawatan sesuai dengan standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan serta pembuatan laporan kegiatan sebagai pertanggung jawaban pelaksanaan tugas; dan
  - e. Pelaksanaan analisis dan pembuatan rencana kebutuhan tenaga dilingkup seksi keperawatan.
- (4) Untuk menyelenggarakan pelaksanaan fungsi sebagaimana dimaksud, Kepala Seksi Keperawatan mempunyai uraian tugas sebagai berikut:
- a. Menyusun program kerja, rencana kegiatan, dan rencana kebutuhan di bidang keperawatan;
  - b. Mengkoordinir sumber daya yang tersedia di lingkup bidang keperawatan untuk merealisasikan rencana kegiatan dan pelaksanaan tugas secara efektif dan efisien;
  - c. Merumuskan kebijakan, pedoman, dan petunjuk teknis di bidang asuhan keperawatan dan etika profesi keperawatan;
  - d. Mengkoordinasikan kegiatan pengembangan pelayanan keperawatan;
  - e. Melakukan pengawasan kerja sebagai tolak ukur dan kriteria penilaian di bidang keperawatan;
  - f. Menyusun rencana kebutuhan tenaga, peralatan, dan pengembangan pelayanan perawatan berdasarkan skala prioritas dengan memperhatikan pemerataan dan kebutuhan RSUD khususnya dalam hal pelayanan;
  - g. Menyiapkan bahan dalam melaksanakan program orientasi bagi tenaga baru;
  - h. Melakukan pengendalian pendayagunaan tenaga keperawatan secara efektif dan efisien;
  - i. Melaksanakan kebijakan, peraturan, dan tata tertib pelayanan keperawatan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - j. Menyusun rencana pembinaan dan pengembangan karir petugas keperawatan;
  - k. Melaksanakan, mengelola, dan mengembangkan kegiatan berdasarkan rencana kerja yang telah ditetapkan;
  - l. Menetapkan tolak ukur dan kriteria yang dipakai untuk melakukan penilaian, peningkatan, dan pengembangan terhadap kegiatan pelayanan keperawatan;
  - m. Memberikan bimbingan kepada bawahan agar terlaksananya asuhan keperawatan paripurna dalam mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan RSUD;

- n. Memelihara serta mengembangkan sistem pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan yang tepat, sehingga dapat tercipta sistem informasi rumah sakit yang akurat sebagai bahan penyusunan laporan tahunan RSUD;
- o. Memberikan penyegaran ilmiah, ceramah, dan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga keperawatan; dan
- p. Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan sesuai bidang tugas.

Bagian Kelima  
Kepala Seksi Penunjang Medis

Pasal 26

- (1) Kepala Seksi Penunjang Medis yang dalam melaksanakan tugasnya berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Seksi Penunjang Medis mempunyai tugas membuat rencana kerja seksi penunjang medis berdasarkan kebutuhan, memantau pelaksanaan dan membuat laporan pelaksanaan.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Penunjang Medis menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:
  - a. Perencanaan, pelaksanaan pengelolaan kebutuhan tenaga medis, para medis dan non medis, inventaris peralatan dan bahan yang benar dan sesuai dengan kebutuhan dilingkungan bidang penunjang medis;
  - b. Pengkoordinasian pelaksanaan pengelolaan kebutuhan pelayanan penunjang medis;
  - c. Pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan prosedur kerja dan pelayanandiseluruh jajaran penunjang medis, penunjang medis bekerja sama dengan Instalasi terkait;
  - d. Pemantauan dan pengawasan penggunaan fasilitas pelayanan penunjang medis;
  - e. Pembinaan dan pengembangan tenaga medis, paramedik non perawatan dan non medis;
  - f. Melakukan urusan ketatausahaan dan kerumahtanggaan pada seksi penunjang medis; dan
  - g. Pengawasan dan pengendalian pengawasan pasien diinstalasi pasien diinstalasi dibawah bidang penunjang medis.
- (4) Untuk menyelenggarakan pelaksanaan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Penunjang Medis mempunyai uraian tugas sebagai berikut:
  - a. Membuat rencana kerja seksi penunjang berdasarkan kebutuhan, memantau pelaksanaan dan membuat laporan pelaksanaan;
  - b. Menyusun rencana kebutuhan tenaga diinstalasi yang ada dilingkungan seksi penunjang : instalasi farmasi, instalasi

radiologi, instalasi laboratorium, instalasi gizi, CSSD, Gas Medik, IPLRS dan IRSRS secara keseluruhan baik dalam jumlah maupun kualifikasi, berkoordinasi dengan instalasi terkait.

- c. Menyusun program dan rencana pengembangan kompetensi staf pada instalasi yang ada dilingkungan seksi penunjang;
- d. Menyusun rencana obat-obatan, bahan habis pakai dan reagensia (UTDRS dan laboratorium) serta anggaran biaya berdasarkan kebutuhan pelayanan di UPT Dinas;
- e. Menganalisa dan menyetujui usulan pengadaan dan permintaan (obat-obatan, bahan habis pakai dan reagensia) dari ruangan;
- f. Menyusun jadwal rapat koordinasi dengan staf dan kepala ruangan/instalasi yang berada di lingkungan seksi penunjang;
- g. Mengawasi dan mengevaluasi kegiatan staf agar tidak terjadi penyimpangan, sehingga setiap permasalahan dapat segera diketahui; dan
- h. Melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan sesuai bidang tugas.

## **BAB VIII**

### **SATUAN PEMERIKSA INTERNAL**

#### Pasal 27

- (1) SPI berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Tapan.
- (2) SPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Tugas dan tanggung jawab SPI adalah:
  - a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana pengembangan rumah sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
  - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam Seksi keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan rumah sakit;
  - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi:

1. informasi penting rumah sakit terjamin keamanannya;
  2. fungsi sekretariat rumah sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif;
  3. penyajian laporan-laporan rumah sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan;
  4. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur;
  5. Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (3), Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berfungsi:
    - a) unit monitoring yang bersifat independen untuk:
      - 1) membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
      - 2) melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
      - 3) melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan rumah sakit.
    - b) satuan Pemeriksa Internal (SPI) dalam melaksanakan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada Direktur;
- (4) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) dan (4) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (5) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

## **BAB IX**

### **KOMITE-KOMITE**

#### Pasal 28

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien dapat membentuk komite-komite yang merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan. Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan; dan
- (2) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

## **Bagian Kesatu**

### **Komite Medik**

#### Paragraf I

Pengorganisasian, Pemilihan, Tugas, Fungsi,  
dan Wewenang Komite Medik

#### Pasal 29

##### Pengorganisasian Komite Medik

- a. Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit; dan
- b. Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.

#### Pasal 30

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Subkomite.
- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di rumah sakit.
- (5) Anggota Komite Medik terbagi kedalam Subkomite.

#### Pasal 31

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.

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

### Pasal 32

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
- a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD Tapan;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    1. Kompetensi;
    2. Kesehatan fisik dan mental;
    3. Perilaku; dan
    4. Etika profesi.
  - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
  - e. penilaian dan pemutusan Kewenangan Klinis yang kuat;
  - 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;
  - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik; dan
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik rumah sakit. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik 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 perilaku profesional di rumah sakit; dan
- d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

### Pasal 33

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*;
- d. Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis/*delineation of clinical privilege*;
- e. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. Memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. Memberikan rekomendasi pendampingan/proctoring; dan
- h. Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

### Paragraf 2

### Sub Komite

### Pasal 34

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite yang ada di RSUD Tapan terdiri dari:
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

## Pasal 35

Untuk memproteksi masyarakat, Komite Medik memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf medik di rumah sakit melalui Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (2) huruf a.

## Pasal 36

- (1) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- (3) Sub Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur Rumah Sakit. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan Kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan.
- (4) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (5) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

## Pasal 37

Tata kerja Sub Komite Kredensial meliputi:

- a. Staf medis mengajukan permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung;
- b. Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Komite Medik;

- c. Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon;
- d. Pengkajian oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:
  - 1. kompetensi:
    - 1) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
    - 2) kognitif;
    - 3) afektif;
    - 4) psikomotor; dan
    - 5) kompetensi fisik.
  - 2. kompetensi mental/perilaku; dan
  - 3. perilaku etis.
- e. Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik;
- f. Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara:
  - 1. menyusun daftar Kewenangan Klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
  - 2. mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
  - 3. mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
- g. Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial;
- h. Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa:
  - 1. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - 2. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - 3. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - 4. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - 5. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/ dimodifikasi; dan
  - 6. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri;

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

#### Pasal 38

Untuk menjaga mutu profesi para staf medis, Komite Medik mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis melalui Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (2) huruf b.

#### Pasal 39

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

#### Pasal 40

(1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu:

- a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
- b. sebagai dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis/*Clinical Privilege* sesuai kompetensi yang dimiliki;
- c. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis/*Clinical Privilege*; dan
- d. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf medis.

(2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis:

- a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
  - b. penetapan standar dan kriteria;
  - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
  - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
  - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
  - f. menerapkan perbaikan; dan
  - g. rencana reaudit.
- (3) Subkomite Mutu Profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis:
- a. menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
  - b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit maupun kasus langka;
  - c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
  - d. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip Sub Komite Mutu Profesi;
  - e. sub Komite Mutu Profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Sub Komite Mutu Profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
  - f. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Sub Komite Mutu Profesi pertahun;
  - g. sub Komite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
  - h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya; dan
  - i. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Manajemen.

- (4) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan:
- a. menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis; dan
  - b. komite medik berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

#### Pasal 41

Peran Komite Medik dalam upaya pendisiplinan staf medis dilakukan oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi Pasal 34 ayat (2) huruf c.

#### Pasal 42

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

#### Pasal 43

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan:
  - a. peraturan internal rumah sakit;
  - b. peraturan internal staf medis;
  - c. etika rumah sakit; dan
  - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika.
- (2) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu:
  - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - b. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar Kewenangan Klinis di rumah sakit;
  - d. kode etik kedokteran Indonesia;
  - e. pedoman perilaku profesional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;

- f. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
  - g. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
  - h. standar prosedur operasional asuhan medis.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (4) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri dari 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
- a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
  - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tapan atau Direktur Rumah Sakit terlapor.
- (5) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut:
- a. sumber laporan:
    - 1. perorangan:
      - a) manajemen rumah sakit;
      - b) staf medis lain;
      - c) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan; dan
      - d) pasien atau keluarga pasien.
    - 2. non perorangan:
      - a) hasil konferensi kematian; dan
      - b) hasil konferensi klinis.
  - b. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain:
    - 1. kompetensi klinis;
    - 2. penatalaksanaan kasus medis;
    - 3. pelanggaran disiplin profesi;
    - 4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit; dan
    - 5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.
  - c. Pemeriksaan:
    - 1. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
    - 2. melalui proses pembuktian;
    - 3. dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik;

4. terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.

d. Keputusan

Keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur RSUD Tapan melalui Komite Medik.

e. Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi di rumah sakit berupa:

1. peringatan tertulis;
2. limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
3. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.
5. pelaksanaan Keputusan:

keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tapan oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.

- (6) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medik.

- (7) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

### Paragraf 3

#### Rapat Komite Medik

### Pasal 44

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
- a. rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan staf medis yang diselenggarakan setiap 1(satu) bulan sekali;
  - b. rapat koordinasi dengan pejabat pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
  - c. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya *urgent*; dan
  - d. Rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahunan.
- (2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris apabila ketua tidak dapat hadir.
- (3) Rapat Rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum.
- (4) Setiap Rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.
- (5) Keputusan rapat komite medik didasarkan atas suara terbanyak.
- (6) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (7) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.
- (8) Direktur RSUD Tapan dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (9) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka

usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan dihitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

#### Pasal 45

- (1) Rapat khusus diadakan dalam hal :
  - a. Adanya permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota Staf Medis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya; dan
  - b. Adanya keadaan/situasi tertentu yang mendesak untuk segera dilaksanakan rapat Komite Medis.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan spesifik.
- (4) Rapat khusus yang diminta untuk anggota staf medis sebagaimana diatur dalam ayat (1) harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

#### Pasal 46

- (1) Rapat Tahunan Kelompok Staf Medis dan atau Komite Medis diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua menyampaikan undangan tertulis kepada anggota dan laporan lain paling lambat 14 (empat belas hari) sebelum rapat diselenggarakan.

#### Pasal 47

Setiap Rapat dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan secara pantas, kecuali seluruh anggota yang berhak memberikan suara menolak.

#### Pasal 48

Setiap rapat khusus, rapat tahunan wajib dihadiri oleh Direktur, Kepala Seksi Pelayanan dan pihak lain yang ditentukan oleh Komite Medis.

## **Bagian Kedua**

### **Komite Keperawatan**

#### Paragraf 1

#### Organisasi Dan Keanggotaan Komite Keperawatan

#### Pasal 49

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur RSUD Tapan.
- (2) Susunan Organisasi Komite Keperawatan terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite.
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan terbagi kedalam Subkomite.

#### Pasal 50

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD Tapan.
- (2) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD Tapan.

#### Pasal 51

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

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

#### Pasal 52

Komite Keperawatan mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. Membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (Panitia Ad Hoc) secara mandiri maupun bersama Seksi Keperawatan;
- b. Mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
- c. Mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- d. Membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir; dan
- e. Memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

#### Paragraf 2

#### Sub Komite Keperawatan

#### Pasal 53

Sub Komite Keperawatan yang ada di RSUD Tapan terdiri atas:

- a. Sub Komite Kredensial;
- b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
- c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.

#### Pasal 54

- (1) Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 huruf a mempunyai tugas sebagai berikut:
  - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
  - b. menyusun buku putih;
  - c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
  - d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
  - e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
  - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun;
  - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya *team ad hoc*, kepada semua komite keperawatan.

#### Pasal 55

- (1) Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 huruf b mempunyai tugas sebagai berikut:
  - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit asuhan keperawatan; dan
  - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya *team ad hoc* kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

#### Pasal 56

- (1) Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 huruf c mempunyai tugas sebagai berikut:
  - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
  - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
  - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis; dan
  - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana pada ayat (1), komite keperawatan membentuk *team ad hoc* baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja *team ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

### Paragraf 3

#### Rapat

### Pasal 57

- (1) Komite Keperawatan dan Kepala Seksi Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari Rapat Kerja, Rapat Rutin, Rapat Pleno, dan Sidang tahunan.
- (3) Rapat Kerja:
  - a. rapat Kerja Keperawatan dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
  - b. rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Seksi Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan;

- c. sub komite, Kepala Seksi keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan; dan
  - d. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja.
- (4) Rapat Rutin
- a. rapat rutin keperawatan dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali diikuti oleh Kepala Seksi Keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota Komite Keperawatan;
  - b. agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah Keperawatan; dan
  - c. rapat rutin Keperawatan dipimpin oleh Kepala Seksi Keperawatan, atau Ketua Komite Keperawatan.
- (5) Rapat Pleno
- a. rapat pleno keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
  - b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Seksi Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan Kasi Keperawatan; dan
  - c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.
- (6) Sidang Tahunan :
- a. Sidang tahunan Keperawatan diadakan satu kali dalam setahun;
  - b. sidang Tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Seksi Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Kasi Keperawatan, Panitia-Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan;
  - c. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu; dan
  - d. keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 peserta yang hadir.

## **BAB X**

### **STAF MEDIS FUNGSIONAL**

## Pasal 58

- (1) Staf Medis Fungsional adalah kelompok dokter yang bekerja di Seksi medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Staf Medis Fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

## **BAB XI**

### **INSTALASI**

## Pasal 59

- (1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan RSUD Tapan untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) RSUD Tapan membentuk Instalasi yang terdiri dari :
  - a. Instalasi Rawat Jalan;
  - b. Instalasi Rawat Inap;
  - c. Instalasi Gawat Darurat;
  - d. Instalasi Rawat Intensif;
  - e. Instalasi Bedah Sentral;
  - f. Instalasi Radiologi
  - g. Instalasi Farmasi;
  - h. Instalasi Sterilisasi Central (CSSD);
  - i. Instalasi Rekam Medis;
  - j. Instalasi Gizi;
  - k. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR);
  - l. Instalasi Laundry;

- m. Instalasi Pemeliharaan Lingkungan Rumah Sakit (IPLRS);
  - n. Instalasi Gas Medik;
  - o. Instalasi Administrasi Pasien; dan
  - p. Instalasi Verifikasi Asuransi Kesehatan.
- (3) Setiap penyusunan dan tata kerja instalasi rumah sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan cross functional approach secara vertikal dan horizontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.
  - (4) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
  - (5) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi minimal pendidikan Sarjana.
  - (6) Kepala Instalasi dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
  - (7) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan.
  - (8) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

## **BAB XII**

### **KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL**

#### Pasal 60

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai Seksi keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan berdasarkan jabatan fungsional masing-masing sesuai dengan keahlian dan kebutuhan berdasarkan peraturan perundang-undangan.

- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan.
- (5) Masing-masing tenaga fungsional dimaksud berada dilingkungan unit kerja rumah sakit sesuai kompetensinya.

### **BAB XIII**

#### **TATA KERJA**

##### Pasal 61

- (1) Dalam rangka melaksanakan tugas setiap pimpinan satuan organisasi dilingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Tapan wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*cross function approach*) secara vertikal dan horisontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.
- (4) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.
- (5) Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan;
- (6) Kepala Seksi, Kepala bagian, Kepala Seksi, Kepala Sub bagian dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

## **BAB XIV**

### **PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA**

#### Pasal 62

Pengelolaan Sumber daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

#### Pasal 63

- (1) Pegawai RSUD Tapan dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Tapan yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan Pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Tapan yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dengan mekanisme rekrutmen, *outsourcing*, Kerja Sama Operasional (KSO), magang atau cara-cara lain yang efektif dan efisien;
- (4) Rekrutmen pegawai non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan dengan cara seleksi, meliputi seleksi administrasi, test psikologi, seleksi akademik dan ketrampilan, wawancara dan test kesehatan.
- (5) *Outsourcing* pegawai dilaksanakan berdasarkan kebutuhan tenaga yang ditetapkan oleh Direktur dan dilakukan oleh Panitia Pengadaan Barang dan Jasa sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (6) Kerja Sama Operasional dilaksanakan sesuai kebutuhan dan dilakukan oleh Direktur dengan pihak ketiga.
- (7) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS dilaksanakansesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 64

- (1) Perpindahan Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Rumah Sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Perpindahan dilaksanakan dengan pertimbangan :
  - a. Penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
  - b. Masa kerja diunit tertentu;
  - c. Pengalaman pada Seksi tugas tertentu;
  - d. Kegunaannya dalam menunjang karir; dan
  - e. Kondisi fisik dan *physikis* pegawai.

#### Pasal 65

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas pegawai maka Rumah Sakit menerapkan kebijakan tentang imbal jasa bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.

#### Pasal 66

- (1) Kenaikan pangkat PNS merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian pegawai yang bersangkutan terhadap negara berdasarkan sistem kenaikan pangkat reguler dan kenaikan pangkat pilihan sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Kenaikan pangkat pegawai non PNS adalah merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja pegawai yang bersangkutan terhadap kinerja Rumah Sakit dan diberikan berdasarkan sistem pembagian jasa pelayanan Rumah Sakit.

#### Pasal 67

- (1) Pemberhentian Pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian pegawai negeri sipil.

- (2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
- a. Meninggal dunia;
  - b. Atas permintaan sendiri;
  - c. Mencapai batas usia 58 tahun;
  - d. Perampingan organisasi Rumah Sakit;
  - e. Tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban pegawai Non PNS; dan
  - f. Tidak tersedia anggaran untuk memberi gaji atau penghasilan kepada pegawai Non PNS.

## **BAB XV**

### **PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK**

#### ***(MEDICAL STAFF BYLAWS)***

#### **Bagian Kesatu**

#### **MAKSUD DAN TUJUAN**

##### Pasal 68

Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Medis adalah agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.

##### Pasal 69

Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medik meliputi :

- a. Tercapainya kerjasama yang baik antara staf medik dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili diantara staf medis dengan Direktur Rumah Sakit;
- b. Tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
- c. Terciptanya tanggung jawab staf medik terhadap mutu pelayanan medis di Rumah Sakit; dan
- d. Untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (peer group) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik yang dilandasi semangat bahwa hanya staf medik yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

## **Bagian kedua**

### **Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)**

#### Pasal 70

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur.
- (2) Kewenangan Klinis seperti dimaksud pada ayat (1) adalah berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik melalui Subkomite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota SMF.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota SMF untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) diberikan Direktur berdasarkan kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit sesuai dengan kondisi pelayanan yang ada di RSUD Tapan kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian kewenangan Klinis Ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Subkomite Kredensial Komite Medik.

#### Pasal 71

Kriteria yang harus dipertimbangan dalam memerikan rekomendasi Kewenangan Klinis :

- a. Pendidikan
  1. Lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi; dan
  2. Menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
- b. Perizinan (lisensi) :
  1. Memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan Seksi profesi; dan
  2. Memiliki ijin praktek dari Dinas Kesehatan yang masih berlaku.
- c. Kegiatan penjagaan mutu profesi;
  1. Menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
  2. Berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. Kualifikasi personal :
  1. Riwayat disiplin dan etik profesi;
  2. Keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
  3. Keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
  4. Riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
  5. Memiliki asuransi proteksi profesi.
- e. Pengalaman di Seksi keprofesian :
  1. Riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
  2. Riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

#### Pasal 72

- (1) Komite Medik bila memandang perlu dapat memberi rekomendasi kepada Direktur agar Kewenangan Klinis anggota SMF dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Subkomite Kredensial;

- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota SMF tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di RSUD Tapan dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum;
- (3) Subkomite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota SMF setelah terlebih dahulu :
  - a. Ketua SMF mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
  - b. Komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Subkomite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota SMF yang bersangkutan;
  - c. Subkomite Kredensial berhak memanggil anggota SMF yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan; dan
  - d. Subkomite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

#### Pasal 73

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila :
  - a. Adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - b. Adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; dan/atau
  - c. Mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

#### Pasal 74

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilakukan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pengakhiran kewenangan Klinis dilaksanakan apabila SPK:
  - a. Habis masa berlakunya; dan/atau
  - b. Dicabut sesuai dengan ketentuan dalam Pasal 73 ayat (2).

### **Bagian ketiga**

#### **Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)**

##### Pasal 75

- (1) Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki SPK dari Direktur berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap staf medis yang direkomendasikan Komite Medik.
- (2) Tanpa SPK maka seorang staf medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (member) staf medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di RSUD Tapan.

### **Bagian Keempat**

#### **Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis**

##### Pasal 76

Untuk melaksanakan tata kelola Klinis diperlukan aturan-aturan profesi bagi staf medis secara tersendiri diluar Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) antara lain :

- a. Pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien; dan
- b. Kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter umum, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai.

### **Bagian kelima**

#### **Tata Cara Review Dan Perbaikan Peraturan**

##### **Internal Staf Medis**

###### Pasal 77

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) dapat dilakukan berdasarkan adanya perubahan peraturan perundang-undangan yang mendasarinya.
- (2) Waktu perubahan peraturan internal staf medis ini dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun.
- (3) Perubahan yang dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medik RSUD Tapan.
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis dan staf manajemen terkait melalui lokakarya dan terakhir disahkan oleh Direktur.

### **BAB XVI**

#### **KERAHASIAN INFORMASI MEDIS**

###### Pasal 78

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur atau Kepala Seksi Pelayanan Medis.

#### Pasal 79

- (1) Hak-hak pasien yang dimaksud adalah hak-hak pasien sebagaimana yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- (2) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai :
  - a. Keadaan kesehatan pasien;
  - b. Rencana terapi dan alternatifnya;
  - c. Manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
  - d. Prognosis; dan
  - e. Kemungkinan Komplikasi.

#### Pasal 80

- (1) Hak pasien meliputi :
  - a. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Tapan.
  - b. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
  - c. Memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
  - d. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - e. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
  - f. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
  - g. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;

- h. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
- i. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- j. Mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
- r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Kewajiban Pasien meliputi:

- a. Mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit;
- b. Memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
- c. Mengikuti rencana pengobatan yang diadvikan oleh dokter termasuk intruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai dokter;

- d. Memberlakukan staf rumah sakit dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan rumah sakit;
- e. Menghormati privasi orang lain dan barang milik rumah sakit;
- f. Tidak membawa alkohol dan obat-obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata kedalam Rumah Sakit;
- g. Menghormati bahwa Rumah Sakit adalah area bebas rokok;
- h. Mematuhi jam kunjungan dari Rumah Sakit;
- i. Meninggalkan barang berharga di Rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Rumah Sakit;
- j. Memastikan bahwa kewajiban financial atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit;
- k. melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan Rumah Sakit/Dokter;
- l. Bertanggung jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokternya; dan
- m. Memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.

#### Pasal 81

(1) Hak dokter meliputi :

- a. Hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional.
- b. Hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
- c. Hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
- d. Hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Tapan.

(2) Kewajiban dokter meliputi :

- a. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
- b. Merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;

- c. Merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
- d. Melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
- e. Menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

## Pasal 82

### (1) Hak Rumah Sakit meliputi :

- a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
- b. Menerima imbalan jasa pelayanan sert menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan; dan
- g. Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Tapan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### (2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi :

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;

- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gaat darurat tanpa uang muka, ambulance gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tapan sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. Menyelenggarakan rekam medis;
- i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjutusia;
- j. Melaksanakan sistem rujukan;
- k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan penanggulangan bencana;
- p. Melaksanakan program pemerintah diSeksi kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah sakit (hospital bylaws);
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

## **BAB XVII**

### **KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR**

#### Pasal 83

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Operasional Prosedur (SOP).
- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, Pedoman/paduan dan prosedur dalam Seksi administrasi dan Sumber Daya yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Sub Bagian Tata Usaha RSUD Tapan.
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam Seksi pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Seksi Pelayanan RSUD Tapan.
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas peraturan perundang-undangan;
- (6) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali.
- (7) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarki structural.
- (8) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (9) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan menggunakan Dokumen melalui catatan formulir Master List Dokumen Eksternal.

- (10) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (11) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan master list yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha.

## **BAB XVIII**

### **KERJASAMA/KONTRAK**

#### Pasal 84

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama /kontrak;
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana lkerja sama/kontrak mengenai objek tertentu;
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat :
  - a. Subjek kerja sama/kontrak;
  - b. Objek kerja sama/kontrak;
  - c. Ruang lingkup kerja sama/kontrak;
  - d. Hak dan kewajiban para pihak;
  - e. Jangka waktu kerja sama/kontrak;
  - f. Pengakhiran kerja sama/kontrak;
  - g. Keadaan memaksa; dan
  - h. Penyelesaian perselisihan.
- (4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat para pejabat yang berwenang yaitu :
  - a. Kontrak Klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi pelayanan. Kepala seksi Pelayanan Rumah Sakit Umum daerah Tapan

berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis; dan

- b. Kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi Sub Bagian Tata Usaha RSUD Tapan berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung Jawab atas kontrak manajemen.
- (5) Setelah dibubuhi paraf/fiat pada kedua belah pihak dan lanjut diberi nomor oleh para pihak.
  - (6) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
  - (7) Hasil kerja sama/kontrak dapat berupa nuang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau nonmaterial berupa keuntungan.
  - (8) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa uang harus menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan.
  - (9) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa barang harus dicatat sebagai aset rumah sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan.
  - (10) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerja sama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
  - (11) Evaluasi kerja sama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarkhi pejabat yang berwenang.
  - (12)** Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

#### Pasal 85

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit, Bupati menetapkan standar pelayanan minimal (SPM) Rumah Sakit dengan Peraturan Bupati.

- (2) Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diusulkan oleh Direktur kepada Bupati melalui Dinas Kesehatan.

## **BAB XIX**

### **PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN**

#### **(*NURSING STAFF BYLAWS*)**

##### Bagian Kesatu

##### Maksud Dan Tujuan

##### Pasal 86

Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah agar Komite Keperawatan dapat menyelenggarakan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di RSUD Tapan dalam rangka menjalankan penugasan klinis dan melaksanakan kewenangan klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.

##### Pasal 87

Tujuan penetapan Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) ini adalah:

- a. Sebagai acuan bagi manajemen keperawatan RSUD Tapan dalam mengorganisasi staf Keperawatan dan membentuk Komite Keperawatan;
- b. Sebagai pedoman dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di RSUD Tapan terhadap pasien tanpa memandang agama, ras, jenis kelamin, suku, kebangsaan, dan golongan;

- c. Sebagai acuan dalam meningkatkan profesionalisme staf keperawatan di RSUD Tapan yang meliputi kompetensi dan perilaku seorang perawat dan bidan; dan
- d. Sebagai acuan dalam menyusun dan menetapkan standar pelayanan keperawatan untuk setiap jenis disiplin ilmu keperawatan sesuai dengan kondisi dan situasi.

## **Bagian kedua**

### **KEWENANGAN KLINIS**

#### Pasal 88

Asuhan Keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi Kewenangan Klinis melalui proses Kredensial.

#### Pasal 89

Kewenangan Klinis yang diberikan kepada staf keperawatan disesuaikan dengan kategori jenjang klinis keperawatan.

#### Pasal 90

Dalam keadaan tertentu Kewenangan Klinis dapat diberikan kepada staf keperawatan dengan melihat kondisi berupa :

- a. Kewenangan Klinis Sementara (*temporary clinical privilege*);
- b. Kewenangan Klinis dalam keadaan Darurat (*emergency clinical privilege*); dan
- c. Kewenangan Klinis Bersyarat (*provisional clinical privilege*).

#### Pasal 91

Penyusunan Buku Putih Kewenangan Klinis Keperawatan disusun oleh Panitia Adhok yang dibentuk oleh Komite Keperawatan RSUD Tapan dengan melibatkan Kepala Seksi Keperawatan.

#### Pasal 92

Dalam rangka mendapatkan Kewenangan Klinis, staf keperawatan mengajukan secara tertulis kepada Komite Keperawatan RSUD Tapan dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan.

#### Pasal 93

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

#### Pasal 94

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

#### Pasal 95

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

#### Pasal 96

Rekomendasi Sub Komite Kredensial dapat berupa :

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

#### Pasal 97

Komite Keperawatan menetapkan Kewenangan Klinis staf keperawatan atas dasar rekomendasi dari Sub Komite Kredensial.

### **Bagian ketiga**

### **PENUGASAN KLINIS**

#### Pasal 98

- (1) Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf keperawatan untuk melakukan sekelompok tindakan pelayanan keperawatan tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
- (2) Direktur menerbitkan surat penugasan klinis (*Clinical Appointment*) yaitu suatu surat keputusan untuk menugaskan staf keperawatan yang bersangkutan untuk melakukan pelayanan keperawatan tertentu di rumah sakit setelah mendapat rekomendasi rincian kewenangan klinis dari komite keperawatan (diberikan setelah dilakukan proses kredensial).
- (3) Surat penugasan klinis (*clinical appointment*) kepada staf keperawatan untuk jangka waktu 5 (lima) tahun.
- (4) Dalam keadaan tertentu direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*temporary clinical appointment*), misalnya untuk staf keperawatan dengan status pegawai titipan untuk jangka waktu yang ditentukan.
- (5) Dalam keadaan darurat kepala/direktur rumah sakit dapat memberikan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) tanpa rekomendasi komite keperawatan.
- (6) Direktur rumah sakit dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*clinical appointment*)

seorang staf keperawatan berdasarkan pertimbangan komite keperawatan atau alasan tertentu.

#### Pasal 99

Dalam melakukan sekelompok tindakan pelayanan keperawatan tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan, staf keperawatan RSUD Tapan bertugas sebagai :

- a. Pemberi Asuhan Keperawatan;
- b. Penyuluh dan konselor bagi Klien;
- c. Pengelola Pelayanan Keperawatan;
- d. Peneliti Keperawatan;
- e. Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
- f. Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

### **BAB XX**

#### **PELIMPAHAN WEWENANG TINDAKAN MEDIK**

##### **(DELEGATIF DAN MANDAT)**

#### Pasal 100

- (1) Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 99 huruf e hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dan melakukan evaluasi pelaksanaannya.
- (2) Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara delegatif atau mandat.
- (3) Pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.
- (4) Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) hanya dapat diberikan kepada Perawat profesi atau Perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang diperlukan.

- (5) Pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di bawah pengawasan.
- (6) Tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berada pada pemberi pelimpahan wewenang.
- (7) Dalam melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Perawat berwenang:
  - a. melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis;
  - b. melakukan tindakan medis di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandat; dan
  - c. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program Pemerintah.

## **BAB XXI**

### **PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS**

#### Pasal 101

- (1) Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya kepala Seksi Keperawatan dibantu oleh Kepala Ruang Keperawatan yang diangkat oleh direktur atas masukan dari kepala Seksi Keperawatan.
- (2) Jabatan kepala Ruang Keperawatan merupakan salah satu jabatan fungsional yang ada di RSUD Tapan.

#### Pasal 102

Kepala Ruang Keperawatan seperti yang dimaksud pada Pasal 101 ayat (2) harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :

- a. Pendidikan :
  - 1. Sarjana Keperawatan/Kebidanan (diutamakan); dan
  - 2. Ahli madya keperawatan.
- b. Kursus/Pelatihan :

1. manajemen keperawatan; dan
  2. manajemen kepala ruang/bangsal.
- c. Pengalaman kerja :
1. sebagai Wakil Kepala Ruang minimal 1 tahun; dan
  2. sebagai perawat pelaksana minimal 1 tahun.
- d. Kondisi fisik sehat jasmani dan rohani;
- e. Kepribadian :
1. memiliki rasa pengabdian yang tinggi dan bertanggung jawab;
  2. tanggap dan peka terhadap lingkungan;
  3. kreatif dan bertanggung jawab;
  4. mempunyai kecakapan untuk memimpin; dan
  5. mampu bekerja sama secara horizontal dan vertikal.

## **BAB XXII**

### **PERATURAN INTERNAL STAF FARMASI**

#### ***(PHARMACIST STAFF BY LAWS)***

#### **Bagian Kesatu**

#### **Maksud Dan Tujuan**

Pasal 103

Peraturan internal tenaga kefarmasian (*Pharmacist staff by laws*) ini berlaku bagi seluruh tenaga kefarmasian yang melakukan pekerjaan kefarmasian di RSUD Tapan dalam rangka penugasan klinis dengan surat tugas untuk menjalankan kewenangan klinis.

#### Pasal 104

- (1) *Pharmaceutical care* untuk pekerjaan kefarmasian hanya boleh dilakukan oleh tenaga farmasi yang telah diberi kewenangan klinis melalui proses kredensial.
- (2) Kredensialing dilakukan terhadap seluruh tenaga farmasi yang bekerja di Instalasi Farmasi RSUD Tapan.

### **Bagian Kedua**

#### **Kewenangan Klinis**

#### Pasal 105

- (1) Semua pelayanan pekerjaan kefarmasian hanya boleh dilakukan oleh tenaga farmasi yang telah diberi kewenangan klinis oleh Direktur RSUD Tapan.
- (2) Kewenangan klinis seperti yang dimaksud pada ayat (1) adalah berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).
- (3) Kewenangan klinis diberikan oleh Direktur RSUD Tapan
- (4) Pemberian kewenangan klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial
- (5) Kewenangan klinis untuk pekerjaan kefarmasian di rumah sakit diberikan pada tenaga farmasi berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Standar Pelayanan Farmasi Di Rumah Sakit.

#### Pasal 106

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:

- a. Pendidikan:

1. Lulus dari perguruan tinggi yang terakreditasi;
  2. Telah menyelesaikan pendidikan profesi tenaga kefarmasian; dan
  3. Telah mengucapkan sumpah janji profesi tenaga farmasi.
- b. Perizinan (lisensi)
1. Memiliki surat tanda registrasi sebagai tenaga farmasi; dan
  2. Memiliki ijin praktik dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
- c. Kegiatan penjagaan mutu profesi
1. Menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
  2. Berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. Kualifikasi personal
1. Riwayat disiplin dan etik profesi
  2. Keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
  3. Sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien.
- e. Pengalaman di Seksi keprofesian berupa riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi.

#### Pasal 107

Kewenangan klinis pekerjaan kefarmasian untuk tenaga farmasi diberikan dalam bentuk:

- a. Kewenangan klinis sementara (*temporary clinical privilege*) : kewenangan klinis di bawah supervisi;
- b. Kewenangan klinis dalam keadaan darurat (*emergency clinical privilege*); dan
- c. Kewenangan klinis bersyarat (*provisional clinical privilege*).

#### Pasal 108

- (1) Pembatasan kewenangan klinis dapat dipertimbangkan bila tenaga farmasi tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di RSUD Tapan dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan farmasi rumah sakit dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi tenaga farmasi dan dari sudut hukum.

#### Pasal 109

- (1) Pencabutan kewenangan klinis dilakukan oleh Direktur RSUD Tapan
- (2) Pencabutan kewenangan klinis dilaksanakan apabila:
  - a. Adanya gangguan kesehatan (sisk dan mental);
  - b. Adanya kecelakaan medis yang disuga karena inkompetensi.

### **Bagian Ketiga**

#### **Penugasan Klinis Farmasi**

##### **Pasal 110**

- (1) Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang tenaga farmasi untuk melakukan sekelompok pekerjaan kefarmasian tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
- (2) Direktur menerbitkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*) yaitu suatu surat keputusan menugaskan seorang tenaga farmasi yang memenuhi syarat untuk melakukan pekerjaan kefarmasian tertentu di rumah sakit setelah mendapat rekomendasi rincian kewenangan klinis dari komite farmasi (diberikan setelah dilakukan proses kredensial).
- (3) Setiap tenaga farmasi yang melakukan asuhan kefarmasian harus memiliki Surat Penugasan Klinis (SPK) dari Direktur RSUD Tapan berdasarkan rincian kewenangan klinis setiap tenaga farmasi yang direkomendasikan komite Farmasi.
- (4) Dalam keadaan tertentu direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*temporary clinical appointment*), misalnya untuk tenaga apoteker dengan status pegawai titipan untuk jangka waktu yang ditentukan.
- (5) Direktur rumah sakit dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*clinical appointment*) seorang Apoteker berdasarkan pertimbangan atau alasan tertentu.

### **Bagian Keempat**

#### **Peraturan Pelaksanaan**

#### **Tata Kelola Klinis Pelayanan Kefarmasian**

## Pasal 111

- (1) Pelayanan kefarmasian dilaksanakan oleh Instalasi Farmasi .
- (2) Instalasi Farmasi di pimpin oleh seorang Kepala Instalasi Farmasi
- (3) Susunan organisasi Instalasi Farmasi ditetapkan oleh direktur, sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Pelayanan kefarmasian di RSUD Tapan terdiri dari:
  - a. Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai; dan
  - b. Pelayanan farmasi klinis.
- (5) Pekerjaan kefarmasian untuk pengelolaan perbekalan farmasi berupa:
  - a. Pemilihan;
  - b. Perencanaan kebutuhan;
  - c. Pengadaan;
  - d. Penyimpanan;
  - e. Pendistribusian;
  - f. Pemusnahan dan penarikan;
  - g. Pengendalian; dan
  - h. Administrasi.
- (6) Pekerjaan kefarmasian untuk pelayanan farmasi klinis:
  - a. Pengkajian dan pelayanan resep;
  - b. Penelusuran riwayat penggunaan obat;
  - c. Pelayanan informasi obat;
  - d. Visite;
  - e. Pemantauan terapi obat (PTO);
  - f. Monitoring efek samping obat (MESO); dan
  - g. Evaluasi penggunaan obat (EPO).

### **Bagian Kelima**

#### **Sumber Daya Tenaga Farmasi**

## Pasal 112

Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 111 ayat (2) memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. Pendidikan Apoteker atau yang setara dengan ahli madya farmasi dan memiliki Surat izin Praktik Apoteker yang masih berlaku;
- b. Kursus/pelatihan :
  1. Pernah mengikuti pelatihan manajemen farmasi (diutamakan);

2. Pernah mengikuti seminar/kursus/workshsop tentang pelayanan kefarmasian bagian klinis; dan
  3. Pernah mengikuti seminar/kursus/workhshop tentang pengelolaan sediaan farmasi.
- b. Pengalaman Kerja:
1. Pernah bekerja sebagai tenaga farmasi di bagian pelayanan kefarmasian di apotek/Depo.
- c. Memiliki kondisi fisik sehat jasmani dan rohani;
- d. Kepribadian :
1. Memiliki rasa pengabdian yang tinggi;
  2. Memiliki komitmet mengembangkan Instalasi Farmasi;
  3. Mempunyai kecakapan untuk memimpin;
  4. Kreatif dan bertanggung jawab; dan
  5. Mampu bekerja sama secara horizontal dan vertikal.

### Pasal 113

Kepala instalasi dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya dibantu oleh:

- a. Penanggung jawab Pengelolaan sediaan farmasi dengan kualifikasi:
1. pendidikan apoteker;
  2. pernah mengikuti pelatihan/kursus/ seminar/workhsop tentang pengelolaan sediaan farmasi (diutamakan);
  3. pengalaman kerja berupa:
    - a) memiliki pengalaman kerja di Instalasi Farmasi minimal 2 tahun; dan
    - b) pernah bekerja dibagian pengelolaan sediaan farmasi (diutamakan).
  4. memiliki kondisi fisik yang sehat jasmani dan rohani;
  5. kepribadian:
    - a) memiliki rasa pengabdian yang tinggi;
    - b) kreatif dan bertanggung jawab;
    - c) mempunyai kecakapan untuk memimpin; dan
    - d) mampu bekerja sama secara horizontal dan vertikal.
- b. Penanggung Jawab Pelayanan farmasi klinis dengan kualifikasi:
1. berpendidikan apoteker
  2. kursus/pelatihan :
    - a) Apoteker/Apoteker S2 dengan peminatan farmasi klinis (diutamakan); dan
    - b) pernah mengikuti pelatihan/kursus/seminar/workhsop tentang pelayanan farmasi klinis.
  3. pengalaman kerja

- a) Memiliki pengalaman kerja di Instalasi Farmasi minimal 2 tahun; dan
  - b) Pernah bekerja dibagian pelayanan farmasi klinis di apotek/ depo (diutamakan).
4. memiliki kondisi fisik yang sehat jasmani dan rohani;
5. memiliki kepribadian:
- a. memiliki rasa pengabdian yang tinggi;
  - b. kreatif dan bertanggung jawab;
  - c. mempunyai kecakapan untuk memimpin; dan
  - d. mampu bekerja sama secara horizontal dan vertikal.

#### Pasal 114

- (1) Seorang apoteker untuk pelayanan farmasi rawat inap melayani 50 pasien rawat inap.
- (2) Seorang apoteker untuk pelayanan farmasi rawat jalan melayani 50 pasien rawat jalan.
- (3)** Selain untuk pelayanan farmasi rawat inap dan rawat jalan seorang tenaga apoteker juga berperan dalam pelayanan farmasi yaitu Pengelolaan sediaan farmasi.

### **Bagian Keenam**

#### **Pelimpahan Wewenang**

#### Pasal 115

Dalam hal jika seorang apoteker yang memenuhi syarat dan memiliki Surat Penugasan Klinis tidak ada pelimpahan kewenangan klinis pelayanan pekerjaan kefarmasian diberikan kepada tenaga teknis kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya.

#### Pasal 116

Dalam rangka pelaksanaan tugas pokok dan fungsi tenaga Apoteker atau kepala Instalasi farmasi bertanggung jawab menyiapkan pedoman pelayanan pekerjaan kefarmasian dalam bentuk Standar Prosedur Operasional (SPO) dan petunjuk teknis lainnya sesuai kebutuhan.

**BAB XXIII**  
**PENGELOLAAN KEUANGAN**

Pasal 117

- (1) Penatausahaan keuangan mengikuti aturan yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
- (2) Pembiayaan oleh pemerintah daerah mencakup seluruh kebutuhan operasional RSUD Tapan yang meliputi belanja langsung, belanja tidak langsung dan belanja modal.

Pasal 118

Tarif layanan mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 3 Tahun 2012 tentang Retribusi Jasa Umum, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 3 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2012 tentang Retribusi Jasa Umum.

Pasal 119

Pendapatan RSUD Tapan dapat bersumber dari :

- a. Pelayanan umum;
- b. BPJS;
- c. Hasil kerjasama dengan pihak lain;
- d. Anggaran Pendapatan Belanja Daerah; dan

e. Anggaran Pendapatan Belanja Negara.

Pasal 120

Pendapatan RSUD Tapan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 119, seluruhnya masuk kedalam sistem Rencana Kerja Anggaran yang disetujui oleh Dinas.

Pasal 121

Pendapatan RSUD Tapan yang bersumber dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara dan/atau Anggaran Pendapatan Belanja Daerah, dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 122

Biaya operasional terdiri dari:

- a. biaya pelayanan, meliputi:
  1. biaya pegawai;
  2. biaya bahan;
  3. biaya jasa pelayanan;
  4. biaya pemeliharaan;
  5. biaya barang dan jasa; dan
  6. biaya pelayanan lain-lain.
- b. biaya umum dan administrasi:
  1. biaya pegawai;
  2. biaya bahan;
  3. biaya pemeliharaan;
  4. biaya barang dan jasa;
  5. biaya promosi; dan

6. biaya umum dan administrasi lain-lain.

#### **BAB XXIV**

#### **KETENTUAN LAIN-LAIN**

##### Pasal 123

- (1) Perubahan Pola Tata Kelola RSUD Tapan dilakukan melalui rapat khusus.
- (2) Perubahan Pola Tata Kelola RSUD Tapan sebagaimana tersebut pada ayat (1) akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Bupati.

#### **BAB XXV**

#### **PENUTUP**

##### Pasal 124

Peraturan Bupati ini berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang yang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Pesisir Selatan.

Ditetapkan di Painan

Pada tanggal 23 Agustus 2018

**BUPATI PESISIR SELATAN**

**HENDRAJONI**

Diundangkan di Painan

Pada tanggal 23 Agustus 2018

**SEKRETARIS DAERAH**

**KABUPATEN PESISIR SELATAN**

**ERIZON**

**BERITA DAERAH KABUPATEN PESISIR SELATAN TAHUN 2018  
NOMOR:**