



**BUPATI BERAU**  
**PROVINSI KALIMANTAN TIMUR**  
**PERATURAN BUPATI BERAU**  
**NOMOR 77 TAHUN 2019**  
**TENTANG**  
**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TALISAYAN**  
**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**  
**BUPATI BERAU,**

- Menimbang** :
- a. bahwa dalam rangka peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dengan memperhatikan aspek pemerataan, efisiensi, terjangkau dan perlindungan kepada masyarakat serta menuju tercapainya tujuan;
  - b. bahwa perlu dokumen dasar yang dipakai sebagai acuan untuk merencanakan, mengembangkan dan menyelenggarakan program kegiatan sesuai dengan visi dan misi Rumah Sakit Umum Daerah Talisayan Kabupaten Berau;
  - c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit;
  - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Talisayan;
- Mengingat** :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
  2. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) Sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
  3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

MEMUTUSKAN:

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

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Berau.
2. Bupati adalah Bupati Berau.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom Kabupaten Berau.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Berau.
5. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Talisayan yang selanjutnya disebut RSUD Talisayan adalah Rumah Sakit Umum Daerah Talisayan Kabupaten Berau.
7. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (*corporate bylaws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff bylaw*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
8. Direktur adalah pimpinan pada Rumah Sakit.
9. Komite Medis adalah kelompok tenaga medis yang bertugas membantu Direktur dalam pengelolaan profesional yang kepengurusannya dipilih dari staf medis fungsional Rumah Sakit dan pembentukannya ditetapkan oleh Direktur.

10. Komite Keperawatan adalah kelompok perawat dan bidan yang bertugas membantu Direktur dalam pengelolaan profesional yang kepengurusannya dipilih dari perawat dan bidan fungsional yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur dan pembentukannya ditetapkan oleh Direktur.
11. Staf Medis adalah kelompok dokter spesialis, dokter dan dokter gigi yang bekerja di Instalasi dalam jabatan fungsional dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medis.
12. *Evidence Based Medicine* adalah Suatu metoda penatalaksanaan medis berbasis data, yaitu berupa review fakta empirik yang dapat dijadikan acuan penatalaksanaan medis terkini.
13. Peraturan Internal Staf Keperawatan dan Kebidanan adalah peraturan penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan kebidanan serta mekanisme tata kerja Komite Keperawatan dan kebidanan.
14. Staf Keperawatan dan Kebidanan adalah kelompok staf perawat dan bidan fungsional yang dikelompokkan berdasarkan lima kelompok besar pasien yaitu Medis bedah, maternitas, dan perawatan kritis, termasuk perawat anastesi, perawat gigi dan bidan.
15. Kewenangan Klinis adalah uraian intervensi medis, keperawatan dan kebidanan yang dilakukan oleh tenaga medis, keperawatan dan kebidanan sesuai dengan area prakteknya.
16. Penugasan Klinis adalah penugasan yang diberikan oleh Direktur terhadap staf medis, keperawatan untuk melakukan Layanannya berdasarkan daftar Kewenangan Klinis.
17. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis, keperawatan dan kebidanan untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis.
18. Panitia *Ad Hoc* adalah panitia yang dibentuk oleh Komite untuk membantu melaksanakan tugas Komite.

## BAB II POLA TATA KELOLA

### Bagian Kesatu Identitas Rumah Sakit

#### Pasal 2

- (1) RSUD Talisayan merupakan Organisasi yang bersifat khusus yang memberikan pelayanan secara profesional dibawah Dinas Kesehatan yang mulai beroperasi mulai tanggal 1 November 2016.
- (2) Logo RSUD Talisayan yaitu logo Pemerintah Daerah dan logo lainnya yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

### Bagian Kedua Visi, Misi, Moto dan Budaya Kerja

#### Pasal 3

- (1) RSUD Talisayan mempunyai visi menyediakan layanan kesehatan yang unggul dan terpercaya yang berorientasi pada kebutuhan masyarakat.
- (2) RSUD Talisayan mempunyai misi meliputi:

- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, profesional dengan mengutamakan keselamatan pasien;
- b. mengembangkan sumber daya manusia yang profesional sehingga selalu siap menghadapi perubahan;
- c. meningkatkan sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat;
- d. menyelenggarakan tata kelola sumber daya Rumah Sakit yang efektif dan efisien; dan
- e. menyelenggarakan kemitraan strategis dengan *stakeholder* dan melaksanakan upaya rujukan.

Bagian Ketiga  
Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 4

- (1) RSUD Talisayan merupakan Rumah Sakit Umum kedua yang berada di wilayah Daerah yang didirikan karena kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat Daerah yang semakin meningkat dan upaya Pemerintah Daerah agar masyarakat yang mau berobat tidak perlu lagi ke kota Tanjung Redeb.
- (2) Kelembagaan RSUD Talisayan merupakan Organisasi yang bersifat khusus memberikan pelayanan secara profesional dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.

Bagian Keempat  
Tujuan, Tugas dan Fungsi RSUD Talisayan

Pasal 5

- (1) Manajemen RSUD Talisayan bertujuan menjadikan RSUD Talisayan sebagai salah satu rumah sakit yang:
  - a. menyelenggarakan pelayanan medis, penunjang medis, non medis;
  - b. meningkatkan tertib administrasi;
  - c. meningkatkan pelayanan rujukan;
  - d. melengkapi sarana dan prasarana;
  - e. meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia;
  - f. menjadikan Rumah Sakit Mandiri;
  - g. mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan perorangan (UKP) yang bermutu dan terjangkau serta seoptimal mungkin dapat menumbuhkan iklim persaingan sehat dan kemitraan dengan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah pada masyarakat yang membutuhkan, serta merupakan acuan/rujukan (*reference*) dari pelayanan kesehatan wilayah Daerah;
  - h. mampu menjadi rumah sakit yang menjadi pilihan utama masyarakat dan mampu memberikan pelayanan yang memuaskan; dan
  - i. penghargaan profesi yang diberikan berbasis peningkatan kinerja, prestasi, dedikasi dan loyalitas sesuai dengan karakter keahlian.

- (2) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Talisayan berpedoman pada:
  - a. tujuan sistem kesehatan nasional;
  - b. kaidah dan etika ilmu pengetahuan;
  - c. harapan dan kebutuhan masyarakat yang selaras dan seimbang dengan kemampuan masyarakat; dan
  - d. harapan dan kebutuhan staf RSUD Talisayan yang selaras dan seimbang dengan harapan dan kebutuhan masyarakat.
- (3) Untuk mencapai visi, upaya tugas dan fungsi yang dilaksanakan merupakan tahapan misi RSUD Talisayan dengan berpedoman pada asas sebagai berikut:
  - a. penyelenggaraan jasa layanan klinikal yang baik (*good clinical care governance*), meliputi:
    1. *Good Corporate governance* yaitu serangkaian kegiatan dengan menerapkan kaidah praktek bisnis sehat yang dikelola secara profesional tanpa mencari keuntungan yang sebesar-besarnya agar tetap dapat menutupi biaya operasional dan investasi jangka pendek; dan
    2. *Good Clinical Governance* yaitu serangkaian kegiatan untuk meminimalisasi resiko klinis yang mungkin akan membahayakan pasien dan pengunjung yang dilakukan secara sistematis melalui pendekatan,
  - b. *Integrated Clinical Pathways* berbasis *Evidence Based Medicine* asas yang senantiasa diambil dalam melengkapi setiap upaya dan tindakan layanan kesehatan perorangan dan komunitas bagi setiap pengambilan keputusan manajemen klinis;
  - c. menyelenggarakan peningkatan pelayanan prima (*service Excellent* dan atau *service experience*) untuk pelayanan terbaik, dan penyelenggaraan kegiatan pendidikan dan pelatihan di Daerah melalui peningkatan mutu profesionalisme dan etika profesi serta peningkatan keterjangkauan. Kegiatan ini bertujuan agar RSUD Talisayan menjadi pemuka dan pemandu dalam pelayanan; dan
  - d. meningkatkan kerjasama strategis yang saling menguntungkan (*strategic alliance*) dengan perorangan, institusi ataupun badan usaha yang berkaitan dengan kesehatan dan kedokteran, pendidikan dan penelitian kesehatan dan kedokteran lembaga pendidikan/universitas, dan dengan mengaspirasikan pengejawantahan paradigma sehat pada pelayanan RSUD Talisayan, serta dengan mempromosikan pola Jaminan Kesehatan Nasional pada sistem pembiayaan RSUD Talisayan.

Bagian Kelima  
Kedudukan Pemerintah Daerah

Pasal 6

- (1) Pemerintah Daerah yaitu Bupati bertindak sebagai pemilik RSUD Talisayan.
- (2) Pemilik bertanggung jawab :

- a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit.
  - b. menunjuk atau menetapkan direktur rumah sakit.
  - c. melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja direktur dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku.
  - d. menetapkan struktur organisasi rumah sakit.
  - e. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit.
  - f. tanggung jawab dan kewenangan memberikan arahan kebijakan rumah sakit.
  - g. tanggung jawab dan wewenang menetapkan visi serta misi rumah sakit, memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit, serta me-review secara berkala misi rumah sakit.
  - h. tanggung jawab serta wewenang menilai dan menyetujui rencana anggaran.
- (3) Tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c, huruf e, huruf f, huruf g dan huruf h dilimpahkan kepada Kepala Dinas.

#### Bagian Keenam

##### Struktur Organisasi, Tata Cita Pengangkatan dan Pemberhentian

#### Pasal 7

- (1) Dengan Peraturan Bupati dibentuk Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUD Talisayan.
- (2) RSUD Talisayan merupakan Organisasi yang bersifat khusus yang memberikan pelayanan secara profesional dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.
- (3) Pejabat Eselon III b atau jabatan administrator dan Eselon IV a atau jabatan pengawas dilingkungan RSUD Talisayan diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

#### Bagian Ketujuh

##### Pengelompokan Fungsi Pelayanan dan Fungsi Pendukung

#### Pasal 8

- (1) RSUD Talisayan merupakan unsur penunjang Perangkat Daerah yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.
- (2) RSUD Talisayan mempunyai tugas membantu Bupati dalam melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilakukan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan, melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar rumah sakit.
- (3) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) RSUD Talisayan mempunyai fungsi sebagai berikut:
  - a. menyelenggarakan pelayanan medis;
  - b. menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis;

- c. menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan;
- d. menyelenggarakan pelayanan rujukan;
- e. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan;
- f. menyelenggarakan penelitian dan pengembangan;
- g. menyelenggarakan pelayanan administrasi umum dan keuangan; dan
- h. membuat perencanaan program & pemberian informasi.

#### Bagian Kedelapan Prosedur Kerja

##### Pasal 9

- (1) Prosedur kerja yang dilaksanakan mengacu kepada fungsi yang dijabarkan dalam dokumen turunan yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari kelengkapan tugas dan fungsi masing-masing unit kerja dan pejabat struktural sesuai dengan Struktur Organisasi dan Tata Kerja yang ditetapkan.

#### Bagian Kesembilan Eselonisasi

##### Pasal 10

- (1) Jenjang jabatan dan kepangkatan serta susunan kepegawaian RSUD Talisayan diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Eselonisasi pada RSUD Talisayan Talisayan sebagai berikut:
  - a. Direktur merupakan jabatan struktur dengan Eselon III b; dan
  - b. Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan, dan Kepala Seksi Penunjang Medis dan Non Medis merupakan jabatan struktur dengan Eselon IV a.

#### Bagian Kesepuluh Pengelolaan Sumber Daya Manusia

##### Pasal 11

Pengelolaan sumber daya manusia meliputi:

- a. merencanakan, mengusulkan, menempatkan, membina, mengembangkan dan mengawasi serta memberi sanksi kepada pegawai negeri sipil sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. merencanakan, mengusulkan, menempatkan, membina, mengembangkan dan mengawasi serta memberikan sanksi dan dapat memberhentikan personil non pegawai negeri sipil atas persetujuan Sekretaris Daerah;
- c. pengaturan dan pemberian izin kepada dokter RSUD Talisayan yang akan melakukan kerja atau praktek rumah sakit swasta/badan lain di luar jam kerja;
- d. penilaian akuntabilitas kinerja pegawai RSUD Talisayan; dan
- e. pemberian penghargaan terhadap pegawai RSUD Talisayan yang berprestasi.

**Bagian Kesebelas**  
**Standar Pelayanan Minimal dan Tarif Layanan**

**Pasal 12**

- (1) Kebijakan RSUD Talisayan dalam menyusun standar pelayanan minimal merupakan penetapan standar pelayanan minimal unit kerja sebagai sasaran mutu unit kerja yang paling sedikit memuat 1 (satu) jenis standar.
- (2) Sasaran mutu unit kerja yang selanjutnya ditetapkan sebagai standar pelayanan minimal merupakan sesuatu yang harus dicapai oleh unit kerja dan harus dijadikan dasar penetapan rencana manajemen mutu sebagai suatu parameter yang dilengkapi oleh dokumen mutu pendukung.

**Pasal 13**

Kebijakan yang berkaitan dengan penetapan tarif layanan mengacu kepada Peraturan Daerah yang ditetapkan yang senantiasa akan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan eskalasi dan perubahan nilai indeks komoditas yang berlaku di pasar dan diperhitungkan dalam perhitungan berbasis *unit cost*, disamping itu untuk layanan kelas III Pemerintah Daerah mengacu kepada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

**Bagian Kedua Belas**  
**Pengelolaan Keuangan**

**Pasal 14**

Prinsip pengelolaan keuangan yang berasal dari penerimaan fungsional RSUD Talisayan mengacu kepada Standar Akuntansi Pemerintah (SAP) dan akan dilakukan perubahan secara bertahap mengacu kepada pola standar Akuntansi Akuntan Indonesia (SAK) dengan prinsip efisiensi dan efektifitas guna memperoleh kecepatan, ketersediaan dan akses layanan yang tepat.

**Bagian Ketiga Belas**  
**Pengelolaan Lingkungan RSUD Talisayan**

**Pasal 15**

Lingkungan RSUD Talisayan akan dipertahankan mengacu kepada rasio antara lahan yang tersedia dengan luas areal yang terbangun secara proporsional sehingga RSUD Talisayan memiliki lingkungan yang dapat menunjang proses kesembuhan penyakit lebih baik serta semua limbah cair maupun padat dan infeksius tidak akan dibuang ke permukaan sehingga tidak akan memberikan efek pencemaran terhadap lingkungan sekitar.

Bagian Keempat Belas  
Prinsip Tata Kelola

Pasal 16

Pola Tata kelola RSUD Talisayan, memperhatikan prinsip antara lain:

- a. transparansi;
- b. akuntabilitas;
- c. responsibilitas;
- d. independensi; dan
- e. kesetaraan atau kewajiban.

Bagian Kelima Belas  
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 17

- (1) Pembinaan dan pengawasan atas setiap kegiatan layanan RSUD Talisayan baik yang menyangkut sumber daya manusia, penggunaan sumber daya keuangan yang berasal dari penerimaan fungsional serta pemanfaatan sistem dan metode dilaksanakan oleh Perangkat Daerah terkait dan Satuan Pengendali Internal.
- (2) Pengawasan eksternal dapat dilakukan oleh aparat pengawas fungsional eksternal Inspektorat Kabupaten maupun Badan Pemeriksa Keuangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keenam Belas  
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 18

- (1) Penilaian kinerja RSUD Talisayan dilakukan secara sistematis dan berkala dengan mengacu kepada standar yang ditetapkan menggunakan parameter yang tertuang didalam dokumen standar pelayanan minimal.
- (2) Direktur senantiasa mengupayakan agar Peraturan Internal RSUD Talisayan dapat dilihat oleh berbagai pihak yang berkepentingan.
- (3) Direktur dapat mengajukan usulan perubahan Peraturan Internal RSUD Talisayan melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk itu dan diajukan kepada Bupati.

Bagian Ketujuh belas  
Pengelolaan RSUD Talisayan dan Otonomi Pengelolaan

Pasal 19

- (1) RSUD Talisayan mempunyai kewenangan di bidang pengelolaan personil, keuangan, pengadaan dan pengelolaan aset, kerjasama dengan pihak ketiga dan kewenangan lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (2) Pengelolaan personil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- a. merencanakan, mengusulkan, menempatkan, membina, mengembangkan dan mengawasi serta memberi sanksi kepada PNS sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. merencanakan, mengusulkan, menempatkan, membina, mengembangkan dan mengawasi serta memberikan sanksi dan dapat memberhentikan personil non PNS atas persetujuan kepala Perangkat Daerah terkait;
- c. menilai akuntabilitas kinerja Pegawai RSUD Talisayan;
- d. pemberian penghargaan terhadap Pegawai RSUD Talisayan yang berprestasi; dan
- e. kerjasama dengan pihak ketiga dilakukan atas persetujuan Kepala Dinas.

**Bagian Kedelapan Belas  
Penyelenggaraan Kegiatan**

**Pasal 20**

- (1) Penyelenggaraan kegiatan RSUD Talisayan meliputi kegiatan administrasi dan manajemen serta kegiatan pelayanan kesehatan.
- (2) Kegiatan pelayanan administrasi dan manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  - a. Dokumen Pelaksanaan Anggaran RSUD Talisayan paling sedikit mencakup seluruh pendapatan dan belanja, serta jumlah dan kualitas jasa dan /atau barang yang akan dihasilkan oleh RSUD Talisayan;
  - b. Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah mengesahkan dokumen pelaksanaan anggaran RSUD Talisayan paling lambat tanggal 31 Desember menjelang awal tahun anggaran; dan
  - c. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang telah disahkan oleh Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah, sesuai dengan kewenangannya menjadi dasar penarikan dana yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja Daerah oleh RSUD Talisayan.
- (3) Kegiatan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas :
  - a. kegiatan pelayanan medis;
  - b. pelayanan penunjang medis dan non medis;
  - c. pelayanan asuhan keperawatan;
  - d. pelayanan rujukan;
  - e. pelayanan pendidikan dan pelatihan; dan
  - f. penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan.

**Bagian Sembilan Belas  
Pengelolaan Pendapatan**

**Pasal 21**

- (1) Pendapatan RSUD Talisayan bersumber dari:
  - a. anggaran pendapatan dan belanja Daerah;
  - b. jasa layanan RSUD Talisayan;

- c. hibah;
  - d. hasil kerjasama RSUD Talisayan dengan pihak ketiga; dan
  - e. pendapatan RSUD Talisayan yang sah.
- (2) Pendapatan RSUD Talisayan yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan pendapatan yang berasal dari kegiatan pembiayaan anggaran pendapatan dan belanja Daerah.
  - (3) Pendapatan RSUD Talisayan yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan imbalan yang diperoleh dari layanan yang diberikan.
  - (4) Pendapatan RSUD Talisayan yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dapat berupa hibah terikat dan hibah tak terikat.
  - (5) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (4) merupakan pendapatan yang diperoleh dari masyarakat atau badan lainnya yang diperlakukan sesuai peruntukan dan dapat ditunjukkan untuk membiayai kegiatan operasional, aset tetap, investasi keuangan (*endowment fund*) atau pembebasan kewajiban, tergantung tujuan pemberi hibah.
  - (6) Hasil kerjasama dengan pihak ketiga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang tidak berhubungan langsung dengan tugas pokok dan fungsi RSUD Talisayan.

## Bagian Kedua Puluh Pengelolaan Barang

### Pasal 22

- (1) Pengelolaan serta penatausahaan barang milik RSUD Talisayan dilaporkan secara periodik kepada Bupati melalui Perangkat Daerah terkait.
- (2) Pengadaan barang dan jasa oleh RSUD Talisayan dilakukan berdasarkan prinsip efisien dan ekonomis.
- (3) Efektifitas dan/atau efisiensi diwujudkan dalam pelaksanaan pengadaan barang/jasa mengikuti prinsip transparansi, adil, tidak diskriminatif dan akuntabel sesuai praktek bisnis yang sehat dalam rangka peningkatan mutu pelayanan.

## Bagian Kedua Puluh Satu Akuntansi dan Pelaporan

### Pasal 23

Setiap transaksi keuangan harus diakutansikan dan dokumen pendukungnya dikelola secara tertib.

## TUNTUTAN HUKUM

### Pasal 24

- (1) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka RSUD Talisayan bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan / SOP.

- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka RSUD Talisayan tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan/ SOP yang diberlakukan.

#### Pasal 25

Tata urutan peraturan yang dibuat dan dikomunikasikan di lingkungan RSUD Talisayan sebagai berikut:

- a. Peraturan Daerah;
- b. Peraturan Bupati;
- c. Peraturan Internal RSUD Talisayan; dan
- d. Keputusan Kepala RSUD Talisayan.

### BAB III

## POLA TATA KELOLA STAF MEDIS

### Bagian Kesatu

#### Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis Komite Medis

#### Paragraf 1

#### Organisasi Komite Medis

#### Pasal 26

- (1) Di lingkungan RSUD Talisayan di bentuk suatu wadah non struktural yang disebut Komite Medis RSUD Talisayan yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (2) Komite Medis merupakan satu-satunya organisasi formal yang menghimpun memformulasikan, dan mengkomunikasi pendapat dan kehendak seluruh staf medis yang berkaitan dengan profesi medis di RSUD Talisayan.

#### Paragraf 2

#### Fungsi Komite Medis

#### Pasal 27

Komite Medis berfungsi untuk:

- a. memberi saran kepada Kepala RSUD Talisayan/Kepala Pelayanan Medis;
- b. mengkoordinasikan dan mengarahkan kegiatan pelayanan medis;
- c. menangani hal-hal yang berkaitan dengan etik kedokteran; dan
- d. menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok Staf Medis.

#### Paragraf 3

#### Wewenang Komite Medis

#### Pasal 28

Komite Medis berwenang untuk:

- a. memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;

- b. memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan, dan pemeliharaan peralatan medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan medis;
- c. monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis sesuai yang tercantum didalam tugas komite medis;
- d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran di RSUD Talisayan;
- e. melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan profesi antar kelompok Staf Medis;
- f. membentuk Tim Klinis yang mempunyai tugas menangani kasus pelayanan Medis yang memerlukan koordinasi lintas profesi, misalnya Tim Ponek, Tim Kejadian Luar Biasa dan lain sebagainya; dan
- g. memberikan rekomendasi tentang kerjasama antara rumah sakit dan fakultas kedokteran/kedokteran gigi/ institusi pendidikan lain.

Paragraf 4  
Tugas Komite Medis

Pasal 29

Komite Medis bertugas untuk:

- a. menyediakan wadah agar anggota staf medis dapat berpartisipasi memberi masukan atas masalah profesi Medis dan teknis Medis dan menghadiri rapat bersama Kepala dan komite lainnya di RSUD Talisayan;
- b. melakukan Kredensial tenaga medis yang akan bekerja di RSUD Talisayan dan memberikan rekomendasi kepada Direktur.
- c. melakukan Kredensial tenaga medis yang sedang bekerja di RSUD Talisayan dan memberi rekomendasi kepada Direktur;
- d. merencanakan dan mengatur pendidikan kedokteran berkelanjutan dan pendidikan spesialisasi yang disesuaikan dengan *master plan* RSUD Talisayan bagi setiap anggotanya;
- e. memberikan masukan pada Direktur perihal:
  - 1. pelayanan klinis yang adekuat bagi RSUD Talisayan;
  - 2. kebijakan pengorganisasian pelayanan klinik RSUD Talisayan;
  - 3. identifikasi kebutuhan pasien RSUD Talisayan dan pelayanan yang layak untuk memenuhi kebutuhan tersebut; dan
  - 4. identifikasi kebutuhan alat kesehatan yang sesuai dengan visi dan misi RSUD Talisayan.
- f. melakukan audit Medis, memantau perilaku etik, profesionalisme anggota staf medis dan mengusulkan hasil kajian Komite Medis kepada Direktur;
- g. menyusun dan merevisi standarisasi farmasi dan terapi untuk mendapat pengesahan Direktur;
- h. bekerjasama dengan Direktur merencanakan suatu program untuk mengatur kewenangan melakukan tindakan Medis sesuai *master plan* RSUD Talisayan;
- i. melaporkan kegiatan Komite Medis akan disampaikan secara berkala pada seluruh anggota Staf Medis Fungsional (SMF) sedikitnya setahun sekali.

- j. membantu Direktur menyusun dan merevisi standar pelayanan medis untuk mendapat pengesahan dan memantau pelaksanaannya;
- k. melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi
- l. mengatur kewenangan profesi antar Staf Medis;
- m. membantu Direktur RSUD Talisayan menyusun *Medical Staff By laws* dan memantau pelaksanaannya;
- n. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan Medisolegal;
- o. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan etikolegal;
- p. meningkatkan program pelayanan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis;
- q. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis antara lain melalui monitoring dan evaluasi bedah, penggunaan obat (*drug usage*), farmasi dan terapi, ketetapan, kelengkapan dan keakuratan rekam medis, tissue review, mortalitas dan morbiditas, *medical care review/* audit medis melalui pembentukan sub komite-subkomite; dan
- r. memberikan laporan kegiatan kepada Direktur dan/atau pemilik RSUD Talisayan.

#### Paragraf 4

#### Tanggung Jawab Komite Medis

Komite Medis bertanggung jawab terhadap mutu pelayanan medis, pembinaan kedokteran dan pengembangan profesi medis.

#### Paragraf 5

#### Kewajiban Komite Medis

#### Pasal 30

Komite Medis mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- a. menyusun, melaksanakan, memantau dan melakukan revisi peraturan internal Staf Medis (*medical staff by laws*);
- b. membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar prosedur operasional dibidang manajerial/administrasi dan bidang keilmuan/profesi, standar profesi dan standar kompetensi;
- c. membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinis RSUD Talisayan; dan
- d. melakukan pemantauan mutu klinis etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

#### Bagian Kedua

#### Staf Medis

#### Paragraf 1

#### Kategori Staf Medis

#### Pasal 31

- (1) Dokter yang dapat melakukan tindakan medis di RSUD Talisayan terdiri atas:

- a. Staf Medis RSUD Talisayan yang telah dinyatakan memenuhi syarat Kredensial oleh Komite Medis; dan
  - b. Dokter konsultan yang diundang.
- (2) Dokter konsultan yang diundang sebagaimana pada ayat (1) hanya dapat melakukan tindakan Medis di RSUD Talisayan setelah memenuhi syarat tertentu yang ditentukan oleh Komite Medis.

**Paragraf 2**  
**Syarat Penerimaan Staf Medis**

**Pasal 32**

- (1) Setiap staf medis yang akan bekerja di RSUD Talisayan harus telah memenuhi kualifikasi tertentu sebagaimana dipersyaratkan.
- (2) persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinilai oleh Komite Medis melalui Sub Komite Kredensial dengan suatu tata cara yang ditetapkan.
- (3) Hanya Staf Medis yang telah memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) yang dapat diusulkan untuk diberi kewenangan menangani pasien di RSUD Talisayan sesuai dengan kompetensi dan persyaratan lain yang ditentukan oleh Komite Medis.
- (4) Staf Medis yang telah memperoleh kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) setuju untuk melaksanakan tindakan Medis dalam batas standar profesi.
- (5) Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) akan dinilai kembali oleh Komite Medis melalui Sub Komite Kredensial dengan satu tata cara yang ditetapkan.

**Paragraf 3**  
**Tata Cara Kredensial**

**Pasal 33**

- (1) Bagi Staf Medis baru evaluasi dilakukan dalam 3 (tiga) bulan dan 1 (satu) tahun pertama.
- (2) Dokter dilakukan re-kredensial setiap 3 (tiga) tahun.
- (3) Evaluasi terhadap Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh Sub Komite Kredensial.
- (4) Pada akhir masa evaluasi calon Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) maka Ketua Sub.Komite Kredensial memberikan laporan perilaku medis profesional yang bersangkutan kepada Komite Medis.

**Paragraf 4**  
**Kualifikasi dan Syarat Umum Staf Medis**

**Pasal 34**

Setiap staf medis harus:

- a. mempunyai Surat Izin Praktek dan Surat Tanda Registrasi yang masih berlaku;

- b. memiliki surat penugasan sebagai dokter dan syarat lain yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Daerah;
- c. bersedia menandatangani surat perjanjian pemberian pelayanan profesional di RSUD Talisayan;
- d. mematuhi prinsip umum etika kedokteran;
- e. menunjukkan kemampuan untuk bekerjasama dengan koleganya, keperawatan, staf penunjang Medis, dan Pegawai RSUD Talisayan lainnya; dan
- f. mentaati peraturan yang berlaku di RSUD Talisayan.

#### Paragraf 5 Kebutuhan Staf Medis

##### Pasal 35

- (1) Setiap permohonan untuk menjadi Staf Medis akan dievaluasi, dan dapat dikabulkan atau ditolak, sejalan dengan kebutuhan dan kemampuan RSUD Talisayan.
- (2) Faktor yang digunakan untuk mempertimbangkan kebutuhan RSUD Talisayan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan *master plan* RSUD Talisayan yang penyusunannya melibatkan Komite Medis.

#### Paragraf 6 Kewenangan Melakukan Tindakan Medis

##### Pasal 36

- (1) Kewenangan melakukan tindakan Medis dilakukan setelah mendapatkan penugasan klinis (*clinical privilege*) dari Direktur yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (2) Staf Medis hanya dapat melakukan tindakan Medis sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya secara khusus, kecuali dalam keadaan darurat, di RSUD Talisayan.
- (2) Penugasan Klinis sebagaimana tercantum pada ayat (1) terdiri dari:
  - a. Penugasan Klinis biasa sebagai Staf Medis di RSUD Talisayan; dan
  - b. Penugasan Klinis sementara sebagai dokter tamu (dokter tidak tetap), termasuk konsultan tamu.
- (3) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya diberikan pada dokter yang telah terikat perjanjian dengan RSUD Talisayan.
- (4) Penilaian persyaratan dan jenis tindakan Medis untuk setiap Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan oleh Komite Medis melalui Sub Komite Kredensial.
- (5) Hasil penilaian oleh Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diserahkan kepada Komite Medis untuk memperoleh pengesahannya.
- (6) Komite Medis menyerahkan hasil pengesahan penilaian Kredensial kepada Direktur.

Paragraf 7  
Pemberian Kewenangan Staf Medis

Pasal 37

Penentuan kewenangan untuk melakukan tindakan Medis didasarkan pada pendidikan, pelatihan, pendidikan berkelanjutan, pengalaman, unjuk kemampuan termasuk pengambilan keputusan, sebagaimana tercantum dalam berkas Kredensial dan didasarkan pada pengamatan kinerja klinis serta dokumen hasil program peningkatan kinerja yang bersangkutan.

Paragraf 8  
Berakhirnya Kewenangan Melakukan Tindakan Medis

Pasal 38

- (1) Kewenangan untuk melakukan tindakan Medis berakhir bila hubungan hukum antara Staf Medis dengan RSUD Talisayan telah berakhir atau Penugasan Klinis dokter yang bersangkutan dicabut oleh Direktur berdasarkan usulan Komite Medis.
- (2) Dalam hal hubungan hukum antara Staf Medis dengan RSUD Talisayan berakhir maka Direktur memberikan surat pemberitahuan tentang hal itu kepada yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medis.
- (3) Dalam hal Staf Medis dikenai sanksi disiplin maka setelah melalui rapat khusus Komite Medis, Ketua Komite Medis memberikan surat pemberitahuan tentang hal itu kepada Direktur dengan tembusan kepada yang bersangkutan.

Paragraf 9  
Penjagaan Mutu Pelayanan Medis

Pasal 39

- (1) Untuk menjaga mutu pelayanan medis dilakukan audit medis secara berkala dan pendidikan kedokteran yang berkelanjutan dengan tata cara yang lazim yang ditentukan oleh Sub Komite Mutu Profesi.
- (2) Topik, jangka waktu, dan tata cara audit medis ditetapkan oleh Sub Komite Mutu Profesi.
- (3) Sub Komite Mutu Profesi melaporkan hasil audit medis dan analisisnya secara berkala kepada Komite Medis untuk ditindaklanjuti.
- (4) Komite Medis wajib melakukan tindakan korektif yang dianggap perlu untuk menindak lanjuti hasil audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3).
- (5) Setiap anggota Staf Medis wajib menjalani pendidikan kedokteran berkelanjutan yang substansi dan tata caranya diatur oleh Sub Komite Mutu Profesi.
- (6) Sub Komite Mutu Profesi memberikan laporan kepada Komite Medis mengenai efektifitas, kewajaran pelayanan Medis yang diberikan oleh seluruh Staf Medis yang bekerja di RSUD Talisayan.

Bagian Ketiga  
Tindakan Disiplin Medis dan Prosedur Pemeriksaan Pelanggaran Disiplin dan  
Tata Tertib Profesi Medis

Paragraf 1  
Dasar Tindakan Disiplin dan Tata Tertib Profesi Medis

Pasal 40

- (1) Keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin Medis dan etika profesi oleh seorang Staf Medis menyangkut:
  - a. kompetensi klinis;
  - b. tindakan perawatan atas seorang pasien termasuk panata layanan sebuah kasus di RSUD Talisayan;
  - c. dugaan pelanggaran Peraturan Internal RSUD Talisayan Staf Medis dan tata tertib profesi Medis;
  - d. penggunaan obat dan alat kedokteran yang tidak sesuai dengan standar profesi yang ditetapkan Komite Medis;
- (2) Setiap Staf Medis, dan staf RSUD Talisayan yang terkait dengan pelayanan Medis memberitahukan adanya dugaan pelanggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Ketua Komite Medis.
- (3) Ketua Komite Medis meneliti menindaklanjuti dan memberikan kesimpulan serta putusan setiap laporan yang disampaikan oleh Staf Medis dan staf RSUD Talisayan yang terkait dengan pelayanan Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (4) Ketua Komite Medis dapat menugaskan Sub Komite terkait dibawah Komite Medis untuk meneliti menindaklanjuti setiap laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (3).
- (5) Ketua Komite Medis memberikan kesimpulan dan putusan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berdasarkan hasil penelitian dan rekomendasi sub komite terkait yang dapat berbentuk:
  - a. saran kepada Staf Medis terkait dan manajemen RSUD Talisayan; dan
  - b. putusan untuk melakukan penelitian lanjutan guna menentukan adanya pelanggaran disiplin Medis, tata tertib dan etik.
- (6) Semua putusan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) didokumentasikan secara lengkap oleh staf sekretariat Komite Medis dan diperlakukan secara rahasia.
- (7) Pengungkapan dokumen sebagaimana dimaksud pada ayat (5) kepada pihak manapun hanya dapat ditentukan oleh Direktur setelah memperoleh persetujuan dari Ketua Komite Medis.
- (8) Tata tertib Staf Medis diatur dalam Peraturan Internal RSUD Talisayan.

Paragraf 2  
Penelitian Dugaan Pelanggaran Disiplin  
dan Tata Tertib Profesi Medis

Pasal 41

- (1) Penelitian dugaan pelanggaran disiplin profesi Medis, etika Medis, dan tata tertib dimulai berdasarkan putusan Ketua Komite Medis untuk melakukan penelitian lanjutan dan dilaksanakan oleh Sub Komite terkait.
- (2) Sub Komite Disiplin melaksanakan penelitian berdasarkan tata cara yang telah ditetapkan dalam Peraturan Internal RSUD Talisayan.
- (3) Ketua Sub Komite Etik dan Disiplin menyampaikan hasil penelitian dan rekomendasi kepada ketua Komite Medis untuk ditetapkan sebagai putusan Komite Medis yang memuat:
  - a. ringkasan kasus atau kejadian;
  - b. kesimpulan tentang ada atau tidak adanya pelanggaran; dan
  - c. rekomendasi tindakan korektif.
- (4) Ketua Komite Medis menetapkan putusan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dengan memperhatikan masukan dari Sub Komite lain dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari kerja setelah diterimanya putusan Sub Komite Disiplin.
- (5) Putusan Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disampaikan kepada Direktur dengan tembusan kepada yang bersangkutan dalam waktu paling lama 3 (tiga) hari kerja setelah ditetapkan dan ditindaklanjuti oleh Direktur.

BAB IV  
KOMITE MEDIS  
Bagian Kesatu  
Kepengurusan Komite Medis

Pasal 42

- (1) Komite Medis RSUD Talisayan merupakan Staf Medis yang telah diberi kewenangan untuk melakukan tindakan Medis di RSUD Talisayan.
- (2) Pengurus Komite Medis terdiri atas Ketua Komite Medis, Sekretaris Komite Medis, Ketua Sub Komite serta anggota.
- (3) Komite Medis dipimpin oleh seorang Ketua.
- (4) Pengurus yang dapat dipilih merupakan pegawai tetap yang telah memiliki wewenang untuk melakukan tindakan Medis di RSUD Talisayan paling sedikit (3) tiga tahun dan masih berlaku selama periode kepengurusan tersebut.
- (5) Ketua yang dapat dipilih paling sedikit pernah menjabat sebagai pengurus Komite Medis selama 1 (satu) periode.

**Bagian Kedua  
Tata Cara Pemilihan Ketua**

**Pasal 43**

- (1) Pemilihan ketua Komite Medis dilakukan setiap 3 (tiga) tahun, kecuali pada keadaan dimana ketua perlu segera diganti sesuai hasil rapat pleno khusus untuk itu, dengan persetujuan Direktur.
- (2) Setiap Staf Medis berhak dan menghadiri undangan rapat pleno.
- (3) Rapat pleno dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua pertiga) dari seluruh Staf Medis yang berhak hadir.
- (4) Rapat pleno memilih dan menetapkan 3 (tiga) calon ketua untuk diajukan kepada Direktur.
- (5) Direktur menetapkan 1 (satu) orang Ketua terpilih dari hasil rapat pemilihan ketua Komite Medis, atau calon lain yang dianggap sesuai.

**Bagian Ketiga  
Ketua Komite Medis**

**Pasal 44**

- (1) Ketua Komite Medis merupakan seorang Staf Medis tetap.
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua sebelum masa jabatannya berakhir maka kekosongan jabatan tersebut diisi oleh Sekretaris Komite Medis.
- (3) Ketua Komite Medis bertugas:
  - a. menyelenggarakan komunikasi yang efektif dan mewakili pendapat, kebijakan laporan, kebutuhan dan keluhan Staf Medis serta bertanggung jawab kepada Direktur;
  - b. menyelenggarakan rapat dan bertanggung jawab atas semua risalah rapat yang diselenggarakan Komite Medis;
  - c. menunjuk wakil Komite Medis dalam setiap kepanitiaan di RSUD Talisayan yang memerlukan perwakilan dari Staf Medis;
  - d. menunjuk dan menetapkan sekretaris dan ketua-ketua sub.komite; dan
  - e. menentukan agenda dan jadwal setiap rapat Komite Medis.

**Bagian Keempat  
Sekretaris Komite Medis**

**Pasal 45**

- (1) Sekretaris Komite Medis dipilih oleh Ketua Komite Medis.
- (2) Sekretaris Komite Medis bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan tugas-kesekretariatan Komite Medis.
- (3) Pada sekretaris Komite Medis diperbantukan petugas sekretariat yang disediakan oleh RSUD Talisayan.
- (4) Sekretaris Komite Medis bertugas untuk:
  - a. melakukan pemberitahuan kepada semua anggota yang berhak untuk menghadiri rapat Komite Medis;
  - b. mempersiapkan dan mengedarkan risalah rapat yang lengkap kepada hadirin yang berhak menghadiri rapat; dan

- c. melaksanakan tugas lain yang ditetapkan oleh Ketua Komite Medis.

**Bagian Kelima**  
**Sub Komite di Bawah Komite Medis**

**Pasal 46**

- (1) Dibawah Komite Medis dibentuk beberapa sub komite yang terdiri atas:
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi; dan
  - c. Sub Komite Mutu Profesi.
- (2) Tugas dan fungsi sub Komite Medis ditetapkan oleh Komite Medis dari dan disahkan oleh Direktur.
- (3) Ketua sub komite merupakan Staf Medis yang dipilih dan ditetapkan oleh ketua Komite Medis.
- (4) Kepengurusan Sub Komite terdiri atas Ketua, dan anggota.
- (5) Ketua Sub Komite dapat dibantu oleh tenaga lain yang kompeten diluar Staf Medis.

**Bagian Keenam**

**Rapat Komite Medis**

**Paragraf 1**  
**Umum**

**Pasal 47**

- (1) Rapat Komite Medis terdiri dari atas:
  - a. rapat rutin;
  - b. rapat khusus; dan
  - c. rapat pleno.
- (2) Setiap rapat Komite Medis harus ada undangan resmi dari ketua Komite Medis.
- (3) Rapat Komite Medis hanya dihadiri oleh anggota atau pihak lain yang mendapat undangan dari ketua Komite Medis.
- (4) Setiap anggota Komite Medis wajib memenuhi undangan rapat.
- (5) Undangan yang berhalangan hadir, harus menyampaikan surat pemberitahuan tertulis kepada Komite Medis paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dimulai.
- (6) Ketua Komite Medis dapat menunjuk pengganti undangan yang berhalangan hadir sebagaimana dimaksud pada ayat (5).

**Paragraf 2**  
**Rapat Rutin**

**Pasal 48**

- (1) Rapat rutin diadakan 1 (satu) bulan sekali pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh ketua Komite Medis.
- (2) Sekretaris Komite Medis menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir.
- (3) Rapat rutin dihadiri oleh seluruh pengurus Komite Medis.

- (4) Ketua dapat mengundang pihak lain.

Paragraf 3  
Rapat Khusus

Pasal 49

- (1) Rapat khusus Komite Medis diselenggarakan dalam hal:
  - a. diperintahkan oleh Ketua;
  - b. diperintah oleh Direktur;
  - c. permintaan yang diajukan secara tertulis oleh paling sedikit 3 (tiga) pengurus Komite Medis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya; dan
  - d. permintaan Ketua Komite Medis untuk hal yang memerlukan penetapan kebijakan Komite Medis dengan segera.
- (2) Sekretaris Komite Medis dapat menyelenggarakan rapat khusus dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam setelah diterimanya permintaan tertulis rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c.
- (3) Sekretaris Komite Medis menyampaikan pemberitahuan rapat khusus beserta agenda rapat kepada para pengurus yang berhak hadir sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (4) Pemberitahuan rapat khusus menyebutkan secara spesifik hal yang akan dibicarakan dalam rapat, dan rapat hanya akan membicarakan hal yang tercantum dalam pemberitahuan tersebut.

Paragraf 4  
Rapat Pleno  
Pasal 50

- (1) Rapat pleno Komite Medis diselenggarakan 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Rapat pleno wajib dihadiri oleh seluruh Staf Medis.
- (3) Staf Medis yang berhalangan, harus memberitahukan alasannya secara tertulis kepada ketua, paling lambat 24 (dua puluh empat jam) jam sebelum acara dimulai.
- (4) Sekretaris Komite Medis menyampaikan pemberitahuan rapat pleno secara tertulis beserta agenda rapat kepada para anggota paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Kuorum tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit  $\frac{1}{2}$  (setengah) dari jumlah Pengurus Komite Medis yang hadir dan memberikan suara, ditambah satu.
- (6) Keputusan hanya dapat ditetapkan bila kuorum telah tercapai.

Paragraf 5  
Pengambilan Putusan Rapat

Pasal 51

Kecuali telah diatur dalam Peraturan Internal RSUD Talisayan ini, maka:

- a. pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat;

- b. masing-masing anggota rapat termasuk ketua, mempunyai hak 1 (satu) suara;
- c. dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak dari anggota yang hadir; dan
- d. Dalam hal jumlah suara diperoleh adalah sama maka ketua berwenang membuat keputusan hasil rapat.

Paragraf 6  
Tata Tertib Rapat

Pasal 52

- (1) Tata tertib rapat sebagai berikut:
  - a. hanya dihadiri undangan;
  - b. setiap rapat Komite Medis wajib dihadiri oleh seluruh Pengurus Komite Medis yang diundang;
  - c. hadir tepat waktu;
  - d. mempersiapkan diri dengan telah membaca agenda rapat yang telah diberikan;
  - e. alasan ketidakhadiran dalam rapat harus disampaikan secara tertulis kepada Ketua tembusan Direktur;
  - f. rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medis atau ditunjuk oleh Ketua Komite Medis;
  - g. sebelum rapat dimulai agenda rapat dan notulen dibacakan atas perintah ketua Komite Medis;
  - h. setiap peserta rapat wajib mengikuti rapat sampai selesai setiap peserta rapat hanya dapat meninggalkan rapat dengan seijin pimpinan rapat;
  - i. bila meninggalkan rapat sebelum acara selesai, menulis surat kepada pimpinan rapat dan dicatat dalam notulen rapat, dianggap menyetujui hasil rapat;
  - j. Sekretaris mencatat notulen rapat, dan membacakan hasilnya pada saat akan penutupan rapat, setiap peserta wajib mendengarkan dengan cermat dan melakukan koreksi bila perlu;
  - k. Semua yang terjadi dalam rapat (baik dalam, prosesnya maupun hasilnya) bersifat rahasia, dan hanya boleh dibuka (baik sebagian atau seluruhnya) atas persetujuan Direktur; dan
  - l. Setiap peserta wajib menjaga ketertiban selama rapat berlangsung:
    - 1. berpakaian rapi;
    - 2. menjaga sopan santun dalam bersikap dan berbicara;
    - 3. tidak memotong pembicaraan orang lain dan hanya berbicara pada saat gilirannya dipersilahkan pimpinan rapat;
    - 4. tidak berbicara/ ngobrol saat orang lain sedang berbicara;
    - 5. memperhatikan dan mengikuti dengan sungguh-sungguh jalannya rapat; dan
    - 6. mentaati tata tertib yang ditetapkan pimpinan rapat.
- (2) Teknis tata tertib rapat ditetapkan oleh Ketua sebelum rapat dimulai.

Paragraf 7  
Notulen Rapat  
Pasal 53

- (1) Setiap rapat harus dibuat notulennya dan dibacakan pada akhir rapat.
- (2) Semua notulen rapat Komite Medis dicatat oleh Sekretaris Komite Medis atau penggantinya yang ditunjuk.
- (3) Notulen rapat tidak boleh diubah kecuali untuk hal yang berkaitan dengan keakuratan notulen tersebut.
- (4) Notulen rapat ditandatangani oleh Ketua Komite Medis dan Sekretaris Komite Medis pada rapat berikutnya, dan notulen tersebut diberlakukan sebagai dokumen yang sah.
- (5) Sekretaris memberikan salinan notulen dan daftar hadir kepada Direktur, paling lambat 1 (satu) minggu setelah ditandatangani oleh Ketua dan Sekretaris Komite Medis.

BAB V  
PERUBAHAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Pasal 54

- (1) Staf Medis melalui Direktur berhak mengajukan usulan perubahan pedoman Peraturan Internal Staf Medis ke Bupati melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk perubahan pedoman Peraturan Internal Staf Medis.
- (2) Usulan untuk perubahan Pedoman Peraturan Internal Staf Medis ini hanya dapat dilaksanakan melalui rapat pleno khusus yang diselenggarakan untuk keperluan tersebut.

BAB VI  
MUTU ASUHAN PROFESIONAL KEPADA PASIEN

Bagian Kesatu  
Pemeliharaan Rekam Medis

Pasal 55

- (1) Staf Medis harus mengambil tindakan yang diperlukan untuk menjamin kelengkapan rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di RSUD Talisayan terpelihara dengan baik, dalam waktu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (2) Dalam hal rekam medis tidak terpelihara dengan baik, Staf Medis dapat dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua  
Kesempatan Konsultasi

Pasal 56

Staf Medis wajib memberikan kesempatan yang cukup bagi pasien yang hendak melakukan konsultasi mengenai penyakit dan/atau keluhan yang dideritanya sebelum dilakukan upaya medis.

Bagian Ketiga  
Persetujuan Tindakan Medis

Pasal 57

- (1) Semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
- (2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan secara tertulis maupun lisan.
- (3) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang diperlukan tentang perlunya tindakan kedokteran dilakukan.
- (4) Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang dibuat dalam bentuk pernyataan yang tertuang dalam formulir khusus yang dibuat untuk itu dan ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.
- (5) Tindakan kedokteran yang tidak termasuk dalam ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat diberikan dengan persetujuan lisan dan diberikan dalam bentuk ucapan setuju atau bentuk gerakan menganggukkan kepala yang dapat diartikan sebagai ucapan setuju.
- (6) Dalam hal persetujuan lisan yang diberikan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dianggap meragukan, maka dapat dimintakan persetujuan tertulis.
- (7) Dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien dan/atau mencegah kecacatan tidak diperlukan persetujuan tindakan kedokteran, tindakan yang dilakukan dicatat di dalam rekam Medis, dan dokter atau dokter gigi wajib memberikan penjelasan sesegera mungkin kepada pasien setelah pasien sadar atau kepada keluarga terdekat.
- (8) Dokter atau dokter gigi yang akan melakukan tindakan Medis mempunyai tanggung jawab utama memberikan informasi dan penjelasan yang diperlukan kepada pasien dan/atau keluarga pasien.
- (9) Informasi dan penjelasan atas persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
  - a. diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran;
  - b. tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan;
  - c. alternatif tindakan lain, dan risikonya;
  - d. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
  - e. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
  - f. perkiraan pembiayaan.
- (10) Persetujuan tindakan kedokteran dapat dibatalkan atau ditarik kembali oleh yang memberi persetujuan sebelum dimulainya tindakan.
- (11) Pembatalan persetujuan tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (10) harus dilakukan secara tertulis oleh yang memberi persetujuan.
- (12) Segala akibat yang timbul dari pembatalan persetujuan tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (10) dan ayat (11) menjadi tanggung jawab yang membatalkan persetujuan.

PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN  
DAN KEBIDANAN

Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 58

- (1) Peraturan Internal Staf Keperawatan dan Kebidanan dimaksudkan agar Komite Keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme Kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi perawat di RSUD Talisayan.
- (2) Peraturan Internal Staf Keperawatan dan Kebidanan bertujuan untuk:
  - a. mewujudkan profesionalisme perawat dan bidan;
  - b. mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan;
  - c. menegakan etik dan disiplin profesi perawat dan bidan; dan
  - d. memberikan dasar hukum bagi mitra bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Keperawatan.

Bagian Kedua  
Kewenangan Klinis

Pasal 59

Asuhan Keperawatan dan Kebidanan hanya boleh dilakukan oleh Staf Keperawatan dan kebidanan yang telah diberi Kewenangan Klinis melalui proses Kredensial.

Pasal 60

Kewenangan Klinis yang diberikan kepada Staf Keperawatan dan kebidanan disesuaikan dengan kategori jenjang klinis keperawatan dan kebidanan

Pasal 61

Jenjang Klinis Keperawatan dan Kebidanan terdiri atas :

- a. jenjang perawat klinik 1;
- b. jenjang perawat klinik 2;
- c. jenjang perawat klinik 3;
- d. jenjang perawat klinik 4; dan
- e. jenjang perawat klinik 5.

Pasal 62

Dalam keadaan tertentu Kewenangan Klinis dapat diberikan kepada Staf Keperawatan dan kebidanan dengan melihat kondisi berupa:

- a. Kewenangan Klinis sementara;
- b. Kewenangan Klinis dalam keadaan darurat; dan
- c. Kewenangan Klinis bersyarat.

Pasal 63

Penjabaran Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 diatur dalam buku putih.

**Pasal 64**

Penyusunan Buku Putih Kewenangan Klinis Keperawatan dan Kebidanan disusun oleh Panitia *Ad Hoc* yang dibentuk oleh Komite Keperawatan melibatkan Mitra Bestari (*Peer Group*).

**Pasal 65**

Dalam rangka mendapatkan Kewenangan Klinis, Staf Keperawatan dan kebidanan mengajukan secara tertulis kepada Komite Keperawatan melampirkan syarat yang telah ditentukan.

**Pasal 66**

Komite Keperawatan menugaskan kepada sub Komite Kredensial mengajukan kepada Ketua Komite Keperawatan agar dibentuk Panitia *Ad Hoc* untuk melaksanakan proses Kredensial Staf Keperawatan dan Kebidanan.

**Pasal 67**

Dalam 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 dan Kebidanan.

**Pasal 68**

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

**Pasal 69**

Rekomendasi Sub Komite Kredensial dapat berupa:

- a. direkomendasikan diberi Kewenangan Klinis;
- b. tidak direkomendasikan; dan
- c. direkomendasikan dengan syarat.

**Pasal 70**

Komite Keperawatan menetapkan Kewenangan Klinik Staf Keperawatan dan Kebidanan atas dasar rekomendasi dari Sub Komite Kredensial.

**Bagian Ketiga  
Penugasan Klinik**

**Pasal 71**

Komite Keperawatan mengusulkan Kepada Direktur agar dikeluarkan Surat Penugasan Klinik Staf Keperawatan dan kebidanan sesuai dengan Kewenangan Klinis.

**Pasal 72**

Direktur mengeluarkan surat Penugasan Klinik kepada Staf Keperawatan dan kebidanan dalam untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.

**Pasal 73**

Dalam hal tertentu, Direktur berhak mengeluarkan surat pengakhiran Penugasan Klinis kepada Staf Keperawatan dan kebidanan atas rekomendasi Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi melalui Komite Keperawatan.

Bagian Keempat  
Komite Keperawatan

Pasal 74

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri atas :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 ayat (1) huruf c, terdiri atas :
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu; dan
  - c. Sub Komite Etik dan Disiplin.
- (3) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan dan kebidanan.
- (4) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga Keperawatan dan kebidanan.

Pasal 75

Personil Komite Keperawatan harus memiliki kompetensi yang tinggi sesuai jenis pelayanan atau area praktek, mempunyai semangat profesionalisme serta reputasi baik.

Pasal 76

Komite Keperawatan memberikan jaminan kepada Direktur bahwa tenaga keperawatan dan kebidanan memiliki kompetensi kerja yang tinggi sesuai standar pelayanan dan berperilaku baik sesuai etika profesinya.

Pasal 77

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas membantu Direktur dalam melakukan Kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan dan kebidanan serta pengembangan profesional berkelanjutan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi:
  - a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan dan kebidanan; .
  - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan dan pelaksanaan pelayanan;
  - c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan dan kebidanan melalui pembelajaran;
  - d. penggalian inovasi dan ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan dan kebidanan;
  - e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki; dan

- f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima haknya termasuk masalah hukum.

#### Pasal 78

- (1) Komite Keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan bertanggung jawab untuk menjaga citra dan nama baik Komite Keperawatan pada khususnya dan seluruh pelayanan keperawatan dan kebidanan pada umumnya.
- (3) Komite Keperawatan berwenang untuk:
  - a. membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan dan kebidanan (*Panitia Ad Hoc*) secara mandiri;
  - b. mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan kebidanan dalam proses penempatan tenaga keperawatan dan kebidanan berdasar tinjauan profesi;
  - c. mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan dan kebidanan;
  - d. membimbing perawat dan bidan dalam kesuksesan kerja dan karir; dan
  - e. memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan dan kebidanan.

#### Pasal 79

Dalam melaksanakan fungsinya Komite Keperawatan dibantu oleh Panitia *Ad Hoc* yang terdiri atas Mitra Bestari (*peer group*) sesuai dengan disiplin/spesifikasi dan peminatan tenaga keperawatan dan kebidanan berdasarkan kebutuhan RSUD Talisayan.

#### Bagian Kelima Rapat

#### Pasal 80

- (1) Komite Keperawatan dan Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan dan kebidanan.
- (2) Rapat koordinasi Keperawatan terdiri atas:
  - a. rapat kerja;
  - b. rapat rutin;
  - c. rapat pleno; dan
  - d. sidang tahunan.

#### Pasal 81

- (1) Rapat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (2) huruf a dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka.
- (2) Rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan.

- (3) Rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Panitia Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan dan Kebidanan.
- (4) Agenda rapat kerja yaitu membuat rencana kerja keperawatan dan kebidanan dalam 5 (lima) tahun.

#### Pasal 82

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (2) huruf b dilaksanakan 1 (satu) kali dalam seminggu.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diikuti oleh Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan, Komite Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan dan Kebidanan.
- (3) Agenda rapat rutin yaitu membahas masalah harian keperawatan dan kebidanan.

#### Pasal 83

- (1) Rapat pleno sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (2) huruf c dilaksanakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan.
- (2) Rapat pleno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan
- (3) Rapat pleno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan Kepala ruang keperawatan dan kebidanan.
- (4) Agenda rapat pleno yaitu membahas persoalan etik dan disiplin Staf Keperawatan dan kebidanan.
- (5) Kehadiran rapat pleno yaitu 100% (seratus persen) peserta rapat.

#### Pasal 84

- (1) Sidang tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (2) huruf d dilaksanakan 1 (satu) kali dalam setahun.
- (2) Sidang tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan
- (3) Sidang tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Panitia Panitia keperawatan dan kebidanan serta Kepala Ruang keperawatan dan kebidanan.
- (4) Agenda sidang tahunan yaitu membuat rencana kerja keperawatan dan kebidanan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu.
- (5) Keputusan sidang tahunan harus disetujui paling sedikit oleh 2/3 peserta yang hadir.

#### Bagian Keenam

##### Sub Komite Kredensial, Mutu Profesi, Etika dan Disiplin Profesi

#### Pasal 85

- (1) Sub Komite Kredensial bertugas:

- a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
  - b. menyusun buku putih (*white paper*);
  - c. menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial;
  - d. merekomendasikan tahapan proses Kredensial;
  - e. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan dan kebidanan;
  - f. melakukan Kredensial ulang secara berkala setiap 3 (tiga) tahun; dan
  - g. membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83 ayat (1), Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya team *ad hoc* kepada ketua Komite Keperawatan.

#### Pasal 86

- (1) Sub Komite Mutu Profesi bertugas:
- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan dan kebidanan sesuai area praktik;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan dan kebidanan;
  - c. melakukan audit asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan; dan
  - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan dan kebidanan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut dalam Pasal 84 ayat (1), Sub Komite Mutu profesi dapat mengusulkan dibentuknya team *ad hoc* kepada ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

#### Pasal 87

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi bertugas:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan dan kebidanan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan dan kebidanan;
  - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan;
  - d. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi, asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
  - e. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis dan/atau surat Penugasan Klinis; dan
  - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- (2) Komite Keperawatan membentuk Panitia *Ad Hoc* baik insidental atau permanen untuk menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83.

**Bagian Ketujuh**  
**Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis**

**Pasal 88**

- (1) Dalam memberikan pelayanan keperawatan dan kebidanan diperlukan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional dan kebutuhan dasar pasien.
- (2) Pemenuhan kebutuhan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan bersama-sama Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan berkewajiban menyusun:
  - a. standar profesi keperawatan dan kebidanan;
  - b. standar pelayanan keperawatan dan kebidanan;
  - c. standar prosedur operasional keperawatan dan kebidanan; dan
  - d. standar kebutuhan dasar pasien.
- (3) Dalam keadaan tidak mampu, setiap Staf Keperawatan dan kebidanan berkewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada tenaga keperawatan dan kebidanan lain yang dianggap lebih mampu.

**Pasal 89**

- (1) Review peraturan pola tata kelola dilakukan apabila terdapat struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur
- (2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan RSUD Talisayan ditetapkan kepala RSUD Talisayan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**BAB VIII**  
**PEMBIAYAAN**

**Pasal 90**

Segala biaya yang timbul akibat pelaksanaan peraturan ini dibebankan pada anggaran RSUD Talisayan.

**BAB IX**  
**KETENTUAN PERALIHAN**

**Pasal 91**

- (1) Keputusan Direktur RSUD Talisayan dan pimpinan lainnya, yang sudah ada sebelum Peraturan Bupati ini berlaku, masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Bupati ini.


BAB X  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 92


Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Tanjung Redeb  
pada tanggal, 16 Desember 2019

  
BURATI BERAU,  
H. MUHARRAM

Diundangkan di Tanjung Redeb  
pada tanggal, 16 Desember 2019

  
SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN BERAU,  
MUHAMMAD GAZALI

BERITA DAERAH KABUPATEN BERAU TAHUN 2019 NOMOR 80