

**PERATURAN INTERNAL STAF
KEPERAWATAN
(*NURSING STAFF BYLAWS*).**



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayahNya sehingga peraturan Internal Staf keperawatan (*Nursing Staff byLaws*) di Rumah Sakit Dharma Nugraha dapat tersusun serta disesuaikan dengan ketentuan perundang undangan yang berlaku

Rumah sakit harus menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik dan pelayanan keperawatan dilaksanakan oleh tenaga perawat yang kompeten sesuai dengan kewenangan klinis serta penugasan klinis yang diberikan oleh Direktur. Tata kelola klinis (*clinical governance*) di rumah sakit ini diatur dalam Peraturan Internal Staf keperawatan (*Nursing Staff byLaws*). Hal ini sejalan dengan amanat peraturan perundang-undangan yang terkait dengan pelayanan kesehatan dan perumahsakitannya.

Peraturan Internal Staf keperawatan (*Nursing Staff byLaws*) mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf perawat di rumah sakit melalui mekanisme pemberian izin melakukan pelayanan keperawatan (*entering to the profession*), mempertahankan profesionalisme (*maintaining professionalism*), dan pendisiplinan (*expelling from the profession*).

Peraturan Internal Staf Keperawatan (NSBL) ini sebagai acuan peningkatan profesionalisme keperawatan bagi seluruh perawat dan bidan di Rumah sakit Dharma Nugraha.

Jakarta, 12 April 2023

Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
PERATURAN DIREKTUR.....	iii
PENDAHULUAN	1
BAB I KETENTUAN UMUM.....	3
BAB II NAMA, KEDUDUKAN DAN RUNAG LINGKUP.....	5
BAB III TUJUAN.....	5
BAB IV KEWENANGAN KLINIS (clinical privilege).....	6
BAB V PENUGASAN KLINIK(clinical appointment).....	7
BAB VI MANDAT DAN DELEGASI TINDAKAN MEDIK.....	8
BAB VII KOMITE KEPERAWATAN.....	9
BAB VIII RAPAT.....	12
BAB IX SUB KOMITE KREDENSIAL.....	13
BAB X SUB KOMITE MUTU PROFESI.....	15
BAB XI SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN.....	17
BAB XII PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLAKLINIS.....	18
BAB XIII HUBUNGAN KOMITE KEPERAWATAN DENGAN DIREKTUR.....	19
BAB XIV PANITIAN ADHOC DAN MITRA BESTARI.....	19
BAB XV PEMBINAAN DAN PENGAWASAN.....	20
BAB XVI TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERAWATAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN.....	20
BAB XVII PEMBIAYAAN.....	21
BAB XVIII KETENTUAN PENUTUP.....	21

**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
NONER: 012/ PER-DIR/RSDN/IV/2023**

TENTANG

**PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN
(*NURSING STAFF BYLAWS*).**

DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit wajib meningkatkan mutu profesi dan pelayanan keperawatan secara berkelanjutan, serta melindungi keselamatan pasien dan mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*)
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Peraturan Internal Staf Keperawatan Rumah Sakit Dharma Nugraha
- Mengingat ; 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144 Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 153 Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
5. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2014 Nomor 5612);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah

Sakit Pendidikan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 295, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5777);

7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan;
8. Peraturan Menteri Kesehatan No. 49. Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2017 tentang pengembangan jenjang karir professional perawat klinis
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
11. Peraturan menteri PANRB Republik Indonesia No. 35 tahun 2019 tentang Jabatan fungsional perawat
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2019tentang peraturan pelaksanaan undang – undang nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020tentang Akreditasi Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2022 tentang petunjuk teknis jabatan fungsional perawat
15. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat.

MEMUTUSKAN;

Menetapkan

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA TENTANG PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA.

Pasal 1

Peraturan Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha Tentang Peraturan Internal Staf Keperawatan Rumah Sakit Dharma Nugraha sebagaimana tercantum dalam lampiran merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

Pasal 2

Peraturan Internal Staf Keperawatan Rumah Sakit Dharma Nugraha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 dijadikan pedoman dan atau acuan dalam menjalankan tugas di Rumah Sakit Dharma Nugraha

Pasal 3

Biaya yang timbul akibat pelaksanaan Peraturan ini dibebankan pada anggaran Rumah Sakit Dharma Nugraha;

Pasal 4

Peraturan Internal Staf Keperawatan harus dilakukan review sekurang-kurangnya setiap 3 (tiga) tahun sekali dan apabila diperlukan, dapat dilakukan perubahan sesuai dengan perkembangan yang ada;

Pasal 5

Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, akan diadakan pembetulan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di: Jakarta

Pada tanggal: 12 April 2023

DIREKTUR,

The image shows a handwritten signature in black ink over a blue logo. The logo consists of a stylized flower-like shape on the left and the text 'Dharma Nugraha Hospital Est. 1996' on the right. The signature is written in a cursive, flowing style.

dr. Agung Darmanto Sp. A

LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR
NOMOR 012/PER-DIR/IV/ 2023
TENTANG PERATURAN INTERNAL
STAF KEPERAWATAN (NURSING
STAF BYLAWS) DI RUMAH SAKIT
DHARMA NUGRAHA

**PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN
(NURSING STAFF BYLAWS).**

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan organisasi atau institusi yang sangat kompleks, padat modal (*capital intensive*), padat teknologi (*technology intensive*), padat karya (*labor intensive*) dan padat keterampilan (*skill intensive*) dengan sumber daya manusia yang sangat beragam dituntut untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan dan atau pelayanan keperawatan yang profesional serta memperhatikan keselamatan pasien (*patient safety*). Di sisi lain dengan berkembangnya ilmu dan teknologi maka pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit menjadi semakin kompleks dan berisiko tinggi (*high risk*) untuk terjadinya kejadian yang tidak diharapkan. Direktur rumah sakit bertanggung jawab atas segala sesuatu yang terjadi di rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai tugas utama memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aman bagi masyarakat. Salah satu pilar pelayanan kesehatan yang sangat penting adalah tata kelola klinis *clinical governance*, kualitas pelayanan yang diberikan serta keselamatan pasien. Ini sangat ditentukan juga oleh kinerja para staf keperawatan di rumah sakit.

Pelayanan Keperawatan yang diberikan oleh Perawat didasarkan pada pengetahuan dan kompetensi di bidang ilmu keperawatan yang dikembangkan sesuai dengan kebutuhan Klien, perkembangan ilmu pengetahuan, dan tuntutan globalisasi. Pelayanan Keperawatan yang dilakukan secara bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, dan aman dapat dilakukan oleh perawat yang telah mendapatkan registrasi dan izin praktik. Pelayanan keperawatan sebagai wujud nyata dari pelayanan yang diberikan pada pasien yang dilaksanakan secara mandiri dengan berdasarkan pelimpahan wewenang, penugasan dalam keadaan keterbatasan tertentu, penugasan dalam keadaan darurat, ataupun kolaborasi. Ini perlu didukung oleh mekanisme upaya peningkatan profesionalisme perawat.

Pengembangan sistem jenjang karir profesional bagi perawat dapat dibedakan antara tugas pekerjaan (*job*) dan karir (*career*). Pekerjaan sebagai perawat diartikan sebagai suatu posisi atau jabatan yang diberikan/ditugaskan, serta ada keterikatan hubungan pertanggung jawaban dan kewenangannya.

Peningkatan jenjang karir profesional perawat klinis harus melalui pengembangan profesional berkelanjutan dan pengakuan terhadap kemampuan yang didasarkan kepada pengalaman kerja dan kinerja praktik keperawatan, serta memenuhi persyaratan tingkat pendidikan, pengalaman kerja klinis keperawatan sesuai area kekhususan serta persyaratan kompetensi yang telah ditentukan.

Perawat mendapatkan penugasan di unit kerja sesuai dengan penugasan klinis (*clinical appointment*) yang telah ditetapkan. Berdasarkan penugasan klinis perawat menyusun uraian tugas dan melaksanakan tugasnya dalam memberikan asuhan keperawatan dengan mempertahankan, mengembangkan dan meningkatkan kompetensi melalui program Pengembangan Keperawatan berkelanjutan yang telah ditentukan komite keperawatan melalui program mutu profesi, sehingga dapat melaksanakan tugas sesuai dengan jenjang kewenangannya

Rumah sakit harus menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik dan pelayanan keperawatan dilaksanakan oleh tenaga perawat yang kompeten sesuai dengan kewenangan klinis serta penugasan klinis yang diberikan oleh Direktur. Tata kelola klinis (*clinical governance*) di rumah sakit ini diatur dalam Peraturan Internal Staf keperawatan (*Nursing Staff by Laws*). Hal ini sejalan dengan amanat peraturan perundang-undangan yang terkait dengan pelayanan kesehatan dan perumaha sakitan.

Peraturan Internal Staf keperawatan (*Nursing Staff by Laws*) mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf perawat di rumah sakit melalui mekanisme pemberian izin melakukan pelayanan keperawatan (*entering to the profession*), mempertahankan profesionalisme (*maintaining professionalism*), dan pendisiplinan (*expelling from the profession*).

Peraturan internal staf keperawatan menjadi pedoman dalam pengaturan tata kerja komite keperawatan di rumah sakit meliputi tugas dan fungsi serta mekanisme kerja komite keperawatan beserta ketiga subkomitennya dan mitra bestari yang menjadi acuan mekanisme pengambilan keputusan oleh komite keperawatan serta menjadi dasar hukum dan perlindungan hukum setiap keputusan yang diambil sesuai dengan mekanisme yang ditentukan.

Peraturan internal staf keperawatan juga berisi tentang mekanisme pertanggungjawaban komite keperawatan kepada direktur rumah sakit terkait dengan penyelenggaraan profesionalisme perawat di rumah sakit dan kewajiban direktur rumah sakit

untuk menyediakan semua sumber daya yang dibutuhkan komite keperawatan. Direktur menetapkan kebijakan dan prosedur (*policy and procedures*) yang terkait dengan kredensial, mutu profesi, etika dan disiplin profesi.

Peraturan Internal Staf keperawatan (*Nursing Staff by Laws*) menjadi dasar hukum setiap keputusan yang diambil direktur rumah sakit sesuai dengan lingkup tugasnya yang terkait dengan staf keperawatan.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan :

1. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat
2. Direktur Rumah Sakit adalah seseorang yang ditunjuk oleh representasi pemilik/ Dewan pengawas untuk menduduki jabatan sebagai pimpinan tertinggi di rumah sakit.
3. Dewan Pengawas yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah sekelompok orang yang ditunjuk oleh pemilik dan bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahnyasakitannya yang melibatkan unsur masyarakat.
4. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
5. Komite keperawatan mempunyai 3 subkomite yaitu subkomite kredensial, sub komite mutu, dan sub komite etik dan disiplin
6. Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat
7. Staf Keperawatan adalah Perawat dan Bidan di RS Dharma Nugraha.
8. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik didalam maupun luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan perundang undangan
9. Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui dinegaranya dan telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftarkan dan atau memiliki izin yang sah untuk melakukan praktik bidan.

10. Pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat baik sehat maupun sakit
11. Praktik keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan
12. Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya.
13. Peraturan Internal Staf Keperawatan atau *Nursing Staff by Laws (NSbL)* adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di Rumah Sakit, serta menjadi acuan mekanisme pengambilan keputusan dan menjadi dasar hukum dan perlindungan hukum untuk setiap keputusan yang diambil sesuai dengan mekanisme yang ditentukan.
14. Unit kerja adalah tempat staf perawat menjalankan profesinya, yang dapat berbentuk instalasi, unit ruangan atau klinik disesuaikan dengan kondisi dan situasi rumah sakit.
15. Kewenangan Klinis tenaga keperawatan adalah uraian intervensi keperawatan dan kebidanan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan berdasarkan area praktiknya.
16. Penugasan Klinis adalah penugasan kepala/direktur Rumah Sakit kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan atau asuhan kebidanan di Rumah Sakit tersebut berdasarkan daftar Kewenangan Klinis.
17. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap tenaga keperawatan untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis.
18. Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap tenaga keperawatan yang telah memiliki Kewenangan Klinis untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis tersebut.
19. Audit Keperawatan adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi perawat dan bidan
20. Mitra Bestari adalah sekelompok tenaga keperawatan dengan reputasi dan kompetensi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan tenaga keperawatan
21. Buku Putih / White Paper adalah dokumen yang berisi syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh tenaga keperawatan yang digunakan untuk menentukan kewenangan klinis.

22. Log Book adalah dokumen yang berisikan catatan kegiatan perawat atau bidan setelah menjalankan kewenangan klinisnya.

BAB II

NAMA, KEDUDUKAN DAN RUANG LINGKUP

Pasal 2

1. Nama dokumen ini adalah Peraturan Internal Staf Keperawatan atau *NursingStaff byLaws (NSbL)* Rumah Sakit Dharma Nugraha
2. Kedudukan Peraturan Internal Staf Keperawatan atau *NursingStaff byLaws (NSbL)* ini sebagai aturan tertinggi Staf Keperawatan di RS Dharma Nugraha
3. Peraturan Internal Staf Keperawatan atau *NursingStaff by Laws (NSbL)* ini berlaku bagi seluruh staf Keperawatan yang melakukan pelayanan Keperawatan baik didalam maupun diluar Rumah Sakit Dharma Nugraha dalam rangka menjalankan penugasan klinis Direktur.

BAB. III

TUJUAN

Pasal 3

Tujuan ditetapkan Peraturannya Peraturan Internal Staf Keperawatan Rumah Sakit Dharma Nugraha adalah:

1. Penyelenggaraan Komite Keperawatan bertujuan untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan serta mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan keperawatan dan pelayanan kebidanan yang berorientasi pada keselamatan pasien di Rumah Sakit lebih terjamin dan terlindungi.
2. Sebagai acuan rumah sakit dalam mengorganisasi staf keperawatan dan membentuk Komite keperawatan.
3. Sebagai acuan dalam meningkatkan mutu profesionalisme staf keperawatan di Rumah Sakit Dharma Nugraha yang meliputi kompetensi dan perilaku.
4. Untuk mewujudkan tata kelola klinis yang baik dalam memberikan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh setiap tenaga keperawatan di Rumah Sakit dilakukan atas Penugasan Klinis dari direktur Rumah Sakit
5. Memberikan dasar hukum bagi Komite keperawatan dan mitra bestari dalam pengambilan keputusan profesi yang dilandasi semangat bahwa hanya staf keperawatan yang kompeten dan berperilaku profesional yang boleh melakukan pelayanan keperawatan di rumah sakit.

BAB IV
KEWENANGAN KLINIS (*Clinical Privilege*)

Pasal 4

1. Kewenangan Klinis tenaga keperawatan adalah uraian intervensi keperawatan dan kebidanan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan berdasarkan area praktiknya.
2. Rincian kewenangan klinis (*clinical privilege*) setiap tenaga keperawatan di rumah sakit ditetapkan oleh komite keperawatan bersama Mitra Bestari dengan berpedoman pada norma profesi.
3. Pemberian Kewenangan Klinis tenaga keperawatan oleh direktur Rumah Sakit melalui penerbitan surat Penugasan kepada tenaga keperawatan yang bersangkutan berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan.
4. Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) kepada setiap staf keperawatan sesuai dengan jenjang kariernya dan kompetensi yang dimiliki berdasarkan sertifikat pelatihan yang dimiliki serta berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
5. Komite keperawatan menetapkan persyaratan/kualifikasi kompetensi yang dibutuhkan dalam pelayanan keperawatan di RS Dharma Nugraha, dan persyaratan / kualifikasi kompetensi dimaksud sesuai dengan jenjang karir perawat klinis.
6. Dokumen yang berisi syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh tenaga keperawatan yang digunakan untuk menentukan kewenangan klinis tersebut yang selanjutnya disebut sebagai buku Putih / White Paper
7. Kewenangan klinis sementara dapat diberikan kepada Perawat baru yang menjalani proses magang atau *Internship* dengan memperhatikan masukan dari Komite Keperawatan.
8. Dalam keadaan darurat direktur Rumah Sakit dapat memberikan surat Penugasan Klinis secara langsung tidak berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan.

Pasal 5

1. Dalam hal Komite keperawatan kesulitan memberikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur, maka Komite keperawatan dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari kolegium terkait.
2. Kewenangan klinis akan dievaluasi terus menerus untuk menentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut.
3. Pencabutan atau pengurangan kewenangan klinis tertentu oleh direktur rumah sakit didasarkan pada kinerja profesi di lapangan, antara lain karena;
 - a. terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental,

- b. bila terjadi kecelakaan yang diduga karena inkompetensi, atau
 - c. pelanggaran etika dan disiplin profesi .
- 4. Pencabutan Kewenangan klinis sebagai mana dimaksud dalam ayat 3 pada pasal ini setelah mendapatkan rekomendasi dari Komite keperawatan (berdasarkan masukan atau hasil rekredensial oleh Subkomite Kredensial).
- 5. Staf keperawatan yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dicabut atau dikurangi, dapat mengajukan permohonan kepada direktur rumah sakit. Direktur dapat memerintahkan komite keperawatan untuk memberikan pembinaan profesi agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).
- 6. Kewenangan klinis yang dicabut sebagai mana dimaksud dalam ayat (3) pada pasal ini dapat diberikan kembali bila staf keperawatan tersebut dianggap telah pulih kompetensinya setelah mendapatkan rekomendasi dari Komite keperawatan (berdasarkan masukan atau hasil rekredensial oleh Subkomite kredensial) untuk pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

Pasal 6

1. Dalam hal Staf keperawatan menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas, maka Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
2. Direktur berwenang menyetujui atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite keperawatan berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
3. Direktur membuat Surat yang berisi penolakan atau persetujuan atas permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan disampaikan kepada pemohon.
4. Apabila direktur menyetujui permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka direktur dapat menerbitkan penugasan klinis sesuai ketentuan yang berlaku.

BAB V

PENUGASAN KLINIS (*Clinical Appointment*)

Pasal 7

1. Untuk mewujudkan tata kelola klinis yang baik semua asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh setiap tenaga keperawatan di Rumah Sakit dilakukan atas Penugasan Klinis dari direktur Rumah Sakit

2. Penugasan Klinis adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan atau asuhan kebidanan di Rumah Sakit berdasarkan daftar Kewenangan Klinis.
3. Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemberian Kewenangan Klinis tenaga keperawatan oleh direktur Rumah Sakit melalui penerbitan surat Penugasan Klinis kepada tenaga keperawatan yang bersangkutan.
4. Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diterbitkan oleh direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan.
5. Staf keperawatan yang telah memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) berdasarkan jenjang karirnya tergabung dalam kelompok (*member*) staf keperawatan berdasarkan SK penempatan unit dari direktur
6. Dalam keadaan tertentu Direktur rumah sakit dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*temporary clinical appointment*) sesuai kebutuhan rumah sakit
7. Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*clinical appointment*) seorang staf keperawatan berdasarkan pertimbangan komite keperawatan atau alasan tertentu sehingga staf keperawatan yang bersangkutan tidak berwenang lagi melakukan pelayanan keperawatan di rumah sakit.

BAB VI

MANDAT DAN DELEGASI TINDAKAN MEDIK

Pasal 8

1. Staf keperawatan yang melakukan tugas sebagai pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang untuk melakukan tindakan medis dari dokter harus dilakukan secara tertulis atau berdasarkan *advis by phone* bila pada hari libur atau diluar jam kerja.
2. Pelimpahan wewenang untuk melakukan tindakan medis dari dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa pelimpahan wewenang delegatif atau mandat.
3. Pelimpahan wewenang secara mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh tenaga medis kepada perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dibawah pengawasan tenaga medis yang melimpahkan wewenang
4. Pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.
5. Jenis tindakan medis dalam pelimpahan wewenang secara mandat meliputi tindakan:
 - a. memberikan terapi parenteral;

- b. menjahit luka; dan
 - c. tindakan medis lainnya sesuai dengan kompetensi perawat.
6. Jenis tindakan medis dalam pelimpahan wewenang secara delegatif meliputi tindakan:
- a. memasang infus;
 - b. menyuntik;
 - c. imunisasi dasar; dan
 - d. tindakan medis lainnya yang dilakukan sesuai dengan kompetensi perawat.

BAB VII

KOMITE KEPERAWATAN

Pasal 9

1. Komite keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur Rumah Sakit dan berkedudukan di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur
2. Komite Keperawatan mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
3. Pembentukan Komite keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun.

Pasal 10

Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite keperawatan

1. Susunan organisasi komite keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Subkomite
2. Subkomite sebagaimana dimaksud terdiri dari :
 - a. Subkomite Kredensial, bertugas mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial
 - b. Subkomite Mutu Profesi, bertugas penjagaan mutu profesi; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi, bertugas pemeliharaan etika dan disiplin profesi.

3. Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur RS Dharma Nugraha dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan di RS Dharma Nugraha.
4. Wakil ketua, Sekretaris komite keperawatan dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang di RS Dharma Nugraha
5. Pengurus Komite Keperawatan diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan di RS Dharma Nugraha kemudian ditetapkan oleh Direktur RS Dharma Nugraha.

Pasal 11

Tugas Komite Keperawatan

Komite keperawatan bertugas membantu direktur rumah sakit dalam meningkatkan profesionalisme staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit dengan cara:

1. Mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial;
2. Penjagaan mutu profesi tenaga keperawatan; dan
3. Pemeliharaan etika dan disiplin profesi tenaga keperawatan.

Pasal 12

Wewenang Komite Keperawatan

Dalam melaksanakan tugas, fungsi dan tanggungjawabnya komite keperawatan berwenang:

1. Memberikan rekomendasi kepada Direktur:
 - a. Rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - b. Rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
 - c. Rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
 - d. Rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - e. Rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan;
 - f. Rekomendasi pendidikan keperawatan berkelanjutan;
 - g. Rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
 - h. Rekomendasi pemberian tindakan terhadap pelanggaran etika dan disiplin profesi.

2. Memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga keperawatan;
3. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan standar pelayanan yang diberlakukan;
4. Membina etika dan disiplin profesi keperawatan;
5. Membentuk tim klinis lintas profesi
6. Memberikan rekomendasi kerjasama antar institusi.

Pasal 13

Ketua Komite keperawatan

1. Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite keperawatan adalah :
 - a. Memiliki kompetensi yang tinggi sesuai jenis pelayanan atau area praktik
 - b. Mempunyai semangat profesionalisme, serta reputasi baik
 - c. Bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - d. Mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya.
2. Ketua Komite keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
3. Tugas Ketua Komite keperawatan, meliputi:
 - a. Mengkoordinasikan komite keperawatan dalam penyusunan perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan;
 - b. Mengkoordinasikan dan memastikan bahwa kegiatan dalam rangka meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di RS melalui kegiatan kredensialing, mempertahankan kompetensi dan profesionalisme tenaga keperawatan, menjaga etika, dan disiplin, profesi tenaga keperawatan dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku.
 - c. Memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan setiap subkomite;
 - d. Melakukan koordinasi dengan Bidang Keperawatan dan Direktur dalam rangka pelaksanaan kegiatan peningkatan profesionalisme staf keperawatan yang bekerja di RS Dharma Nugraha.
 - e. Melaporkan perkembangan dan atau pelaksanaan kegiatan komite keperawatan secara berkala kepada Direktur RS.

Pasal 14

Sekretaris Komite Keperawatan

1. Sekretaris dan subkomite diusulkan oleh ketua komite dan ditetapkan oleh direktur

Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit.

2. Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite keperawatan dibantu oleh sub komite keperawatan.
3. Tugas Sekretaris Komite keperawatan meliputi:
 - a. melaksanakan tugas kesekretariatan dan administrasi dalam pelaksanaan kegiatan komite keperawatan termasuk menyusun, mengumpulkan, menyimpan dan mengendalikan dokumen;
 - b. membantu ketua dalam mengkoordinasikan komite keperawatan dalam penyusunan perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan;
 - c. membantu ketua dalam mengkoordinasikan kegiatan dalam rangka meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di RS Dharma Nugraha;
 - d. membantu ketua dalam memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan setiap subkomite;
 - e. membantu ketua dalam merencanakan pertemuan koordinasi dengan bidang keperawatan dan Direktur dalam rangka pelaksanaan kegiatan peningkatan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di RS Dharma Nugraha
 - f. menyusun laporan perkembangan dan atau pelaksanaan kegiatan komite keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku.

BAB VIII

RAPAT

Pasal 15

1. Rapat rutin, dilakukan sekurang-kurangnya 2 (dua) bulan sekali;
2. Rapat khusus, dilakukan guna membahas masalah yang sifatnya sangat mendesak;
3. Rapat tahunan, diselenggarakan 1 (satu) kali setiap tahun.
4. Rapat Komite Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan dan dalam hal Ketua Komite Keperawatan tidak hadir, maka rapat dipimpin oleh wakil Ketua Komite Keperawatan atau salah satu Ketua Subkomite atau Sekretaris sesuai dengan materi yang akan dibahas.
5. Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan
6. Rapat koordinasi keperawatan dilaksanakan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali setiap 3 (tiga) bulan yang membahas pelayanan keperawatan dengan melibatkan kepala ruang dan Kepala klinik.

Rapat khusus

Pasal 16

1. Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (1) diadakan bila :
 - a. terdapat permintaan rapat yang ditandatangani oleh sekurang-kurangnya sepertiga (satu per tiga) dari seluruh anggota Komite Keperawatan;
 - b. terdapat permintaan rapat khusus oleh Direktur;
 - c. terjadi keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Keperawatan;
 - d. Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Keperawatan kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
 - e. Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
2. Rapat khusus yang diminta oleh anggota komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

BAB IX

SUB KOMITE KREDENSIAL

Pasal 17

1. Subkomite diusulkan oleh ketua komite dan ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
2. Keanggotaan Subkomite Kredensial paling sedikit terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Anggota.
3. Anggota Subkomite Kredensial adalah wakil dari kelompok Staf Keperawatan dan/atau yang mewakili yang terdiri sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf Keperawatan yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit.
4. Tugas sub komite Kredensial:
 - a. Menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
 - b. Menyusun buku putih (*white paper*) yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar kompetensinya. Buku putih disusun dengan melibatkan Mitra Bestari.

c. Menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial yang meliputi:

- 1) ijazah;
- 2) Surat Tanda Registrasi (STR);
- 3) sertifikat kompetensi;
- 4) logbook yang berisi uraian capaian kinerja;
- 5) surat pernyataan telah menyelesaikan program orientasi Rumah Sakit atau orientasi di unit tertentu bagi tenaga keperawatan baru;
- 6) surat hasil pemeriksaan kesehatan sesuai ketentuan.

d. Merekomendasikan tahapan proses Kredensial:

- 1) perawat dan/atau bidan mengajukan permohonan untuk memperoleh Kewenangan Klinis kepada Ketua Komite Keperawatan;
- 2) ketua Komite Keperawatan menugaskan Subkomite Kredensial untuk melakukan proses Kredensial (dapat dilakukan secara individu atau kelompok);
- 3) sub komite membentuk panitia *ad hoc* untuk melakukan review, verifikasi dan evaluasi dengan berbagai metode: porto folio, asesmen kompetensi;
- 4) sub komite memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rapat menentukan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan.

e. Merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan.

f. Melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan.

g. Sub komite membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke direktur Rumah Sakit.

5. Kewenangan

Sub komite Kredensial mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis untuk memperoleh surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*).

6. Mekanisme Kerja

Untuk melaksanakan tugas sub komite Kredensial, maka ditetapkan mekanisme sebagai berikut:

- a. mempersiapkan Kewenangan Klinis mencakup kompetensi sesuai area praktik yang ditetapkan oleh rumah sakit;
- b. menyusun Kewenangan Klinis dengan kriteria sesuai dengan persyaratan Kredensial dimaksud;
- c. melakukan assesmen Kewenangan Klinis dengan berbagai metode yang disepakati;
- d. memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rekomendasi memperoleh Penugasan Klinis dari kepala/direktur Rumah Sakit;

- e. memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis untuk memperoleh Penugasan Klinis dari kepala/direktur Rumah Sakit dengan cara:
- 1) tenaga keperawatan mengajukan permohonan untuk memperoleh Kewenangan Klinis kepada Ketua Komite Keperawatan;
 - 2) ketua Komite Keperawatan menugaskan sub komite Kredensial untuk melakukan proses Kredensial (dapat dilakukan secara individu atau kelompok);
 - 3) sub komite melakukan *review*, verifikasi dan evaluasi dengan berbagai metode: porto folio, asesmen kompetensi;
 - 4) sub komite memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rapat menentukan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan.
- f. melakukan pembinaan dan pemulihan Kewenangan Klinis secara berkala;
- g. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang di tetapkan.

BAB X

SUB KOMITE MUTU PROFESI

Pasal 18

1. Subkomite diusulkan oleh ketua komite dan ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
2. Keanggotaan Subkomite Mutu Profesi paling sedikit terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota.
3. Anggota Subkomite Mutu Profesi adalah wakil dari kelompok Staf keperawatan dan/atau yang mewakili yang terdiri sekurang-kurangnya 2 (dua) orang staf keperawatan yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit.
4. Tugas sub komite mutu profesi :
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
5. Kewenangan
Subkomite mutu profesi mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi tindak

lanjut audit keperawatan dan kebidanan, pendidikan keperawatan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan.

6. Mekanisme kerja

Untuk melaksanakan tugas subkomite mutu profesi, maka ditetapkan mekanisme sebagai berikut:

- a. koordinasi dengan bidang keperawatan untuk memperoleh data dasar tentang profil tenaga keperawatan di RS sesuai area praktiknya berdasarkan jenjang karir;
- b. mengidentifikasi kesenjangan kompetensi yang berasal dari data subkomite Kredensial sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan perubahan standar profesi. Hal tersebut menjadi dasar perencanaan pendidikan dan pengembangan profesi berkelanjutan/ CPD (*continuing professional development*)
- c. merekomendasikan perencanaan pendidikan dan pengembangan profesi berkelanjutan/ CPD (*continuing professional development*) kepada bidaag keperawatan
- d. koordinasi dengan praktisi tenaga keperawatan dalam melakukan pendampingan sesuai kebutuhan;
- e. melakukan audit keperawatan dan kebidanan dengan cara:
 - 1) pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
 - 2) penetapan standar dan kriteria;
 - 3) penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 - 4) membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 - 5) melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 - 6) menerapkan perbaikan;
 - 7) rencana reaudit.
- f. menyusun laporan kegiatan subkomite untuk disampaikan kepada Ketua Komite Keperawatan.

BAB XI

SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 19

1. Subkomite diusulkan oleh ketua komite dan ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit
2. Keanggotaan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan

Anggota.

3. Anggota Subkomite Etika dan Disiplin Profesi adalah wakil dari kelompok anggota keperawatan dan/atau yang mewakili yang terdiri sekurang-kurangnya 2 (dua) orang staf keperawatan yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit
4. Etika profesi terkait dengan masalah moral yang baik dan moral yang buruk, dan disiplin profesi terkait dengan perilaku pelayanan dan pelanggaran standar profesi.
5. Tugas sub komite etika dan disiplin profesi :
 - e. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - f. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - g. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
 - e. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis dan/atau surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*);
 - f. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.

6. Kewenangan

Subkomite etik dan disiplin profesi mempunyai kewenangan memberikan usul rekomendasi pencabutan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) tertentu, memberikan rekomendasi perubahan/ modifikasi rincian Kewenangan Klinis (*delineation of clinical privilege*), serta memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

2. Mekanisme kerja

- a. melakukan prosedur penegakan disiplin profesi dengan tahapan:
 - 1) mengidentifikasi sumber laporan kejadian pelanggaran etik dan disiplin di dalam rumah sakit;
 - 2) melakukan telaah atas laporan kejadian pelanggaran etik dan disiplin profesi.
- b. membuat keputusan. Pengambilan keputusan pelanggaran etik profesi dilakukan dengan melibatkan panitia *Adhoc*.
- c. melakukan tindak lanjut keputusan berupa:
 - 1) pelanggaran etik direkomendasikan kepada organisasi profesi keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit melalui Ketua Komite;
 - 2) pelanggaran disiplin profesi diteruskan kepada bidang keperawatan

- melalui Ketua Komite Keperawatan;
- 3) rekomendasi pencabutan Kewenangan Klinis diusulkan kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada direktur Rumah Sakit.
- d. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan, meliputi:
- 1) pembinaan ini dilakukan secara terus menerus melekat dalam pelaksanaan praktik keperawatan dan kebidanan sehari-hari.
 - 2) menyusun program pembinaan, mencakup jadwal, materi/topik dan metode serta evaluasi.
 - 3) metode pembinaan dapat berupa diskusi, ceramah, lokakarya, “*coaching*”, simposium, “*bedside teaching*”, diskusi refleksi kasus dan lain-lain disesuaikan dengan lingkup pembinaan dan sumber yang tersedia.
- e. menyusun laporan kegiatan sub komite untuk disampaikan kepada Ketua Komite Keperawatan.

BAB XII

PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 20

1. Untuk melaksanakan tata kelola klinis (*Clinical Pathway*) diperlukan aturan-aturan terkait pelayanan dan standar profesi bagi staf keperawatan.
2. Aturan-aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. Dalam memberikan pelayanan keperawatan dan kebidanan diperlukan standar profesi, Panduan Asuhan keperawatan, standar prosedur operasional terhadap pemenuhan kebutuhan dasar pasien;
 - b. Komite Keperawatan bersama Bidang Keperawatan berkewajiban menyusun Panduan Asuhan keperawatan dan standar prosedur operasional
 - c. Perawat / bidan penanggung jawab asuhan melakukankolaborasi dengan DPJP atau PPA lainnya sesuai dengan kebutuhan pasien.

BAB XIII
HUBUNGAN KOMITE KEPERAWATAN
DENGAN DIREKTUR

Pasal 21

1. Komite Keperawatan merupakan kelompok profesi tenaga keperawatan yang secara struktur fungsional berada di bawah direktur Rumah Sakit dan bertanggungjawab langsung kepada direktur Rumah Sakit. Komite Keperawatan dibentuk melalui mekanisme yang disepakati, dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku
2. Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan fungsi dan tugas Komite Keperawatan. Komite Keperawatan bekerja sama dan melakukan koordinasi dengan kepala bidang keperawatan serta saling memberikan masukan tentang perkembangan profesi keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit

BAB XIV
PANITIA ADHOC DAN MITRA BESTARI

Pasal 21

1. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite keperawatan dapat dibantu oleh panitia adhoc sesuai kebutuhan.
2. Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite keperawatan.
3. Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari Staf keperawatan yang tergolong sebagai mitra bestari
4. Staf keperawatan yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari staf keperawatan RS Dharma Nugraha, kolegiumprofesi yang terkait, dan/atau institusi pendidikan keperawatan.

BAB XV
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 23

1. Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite keperawatan dilakukan oleh Dewan Pengawas Rumah Sakit dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupatendengan

melibatkan perhimpunan atau kolegium profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

2. Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite keperawatan dalam rangka menjamin mutu pelayanan keperawatan dan keselamatan pasien di rumah sakit.
3. Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
4. Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan dan/atau tertulis.

BAB XVI

TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN

Pasal 24

1. Peraturan Internal Staf keperawatan ini dapat dilakukan review dan atau perbaikan oleh Direktur karena alasan tertentu.
2. Peraturan Internal staf keperawatan ini dapat dilakukan review dan atau perbaikan apabila terdapat;
 - a. Perubahan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Peraturan Internal Korporasi Rumah Sakit, Peraturan Internal Staf keperawatan, atau peraturan perundang-undangan lainnya yang menyangkut profesi keperawatan;
 - b. Kebijakan baru mengenai status rumah sakit.
3. Review dan atau perbaikan Peraturan Internal Staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

BAB XVII

PEMBIAYAAN

Pasal 25

Biaya yang timbul akibat pelaksanaan Peraturan Internal Staf keperawatan ini dibebankan pada anggaran RS Dharma Nugraha.

BAB XVIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 26

Peraturan Internal Staf keperawatan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila di dalam penetapan keputusan ini terdapat kekeliruan akan diadakan pembetulan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di; Jakarta

Pada tanggal: 12 April 2023

DIREKTUR,




dr. Agung Darmawan Sp. A

