



BUPATI PASER
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

PERATURAN BUPATI PASER
NOMOR 27 TAHUN 2016

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PASER,

Menimbang: bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, perlu menetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Paser dalam Peraturan Bupati.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang - Undang Nomor 3 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);
 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 3. Undang - Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
 4. Undang - Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang - Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI PASER TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM PANGLIMA SEBAYA.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Paser.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom Kabupaten Paser.
3. Bupati adalah Bupati Paser.
4. Rumah Sakit Umum Daerah adalah Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya yang selanjutnya disingkat RSUD Panglima Sebaya.
5. Direktur RSUD adalah pejabat tertinggi di RSUD dan sebagai unsur pelaksana Pemerintah Daerah Kabupaten Paser di bidang Kesehatan.
6. Pegawai adalah Pegawai Negeri Sipil Daerah dan Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil.
7. Tenaga Keperawatan adalah tenaga yang terdiri dari perawat dan bidan.
8. Komite Keperawatan adalah sekelompok tenaga perawat dan bidan yang keanggotaannya dipilih dari dan oleh staf keperawatan fungsional yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
9. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
10. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah Pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
11. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
12. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola, dan Staf Medik di rumah sakit.
13. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
14. Pemilik adalah pemilik RSUD Panglima Sebaya yaitu Pemerintah Kabupaten Paser.
15. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

16. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis, yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional, melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat secara penuh waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku.
17. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
18. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
19. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
20. Tata Kelola Klinis yang Baik (*Good Clinical Governance*) adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, risiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit.
21. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
22. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
23. Komite Farmasi dan Terapi adalah organ non-struktural yang anggotanya terdiri dari dokter dan apoteker yang bertugas di rumah sakit dengan tugas membantu Direktur Utama dalam menentukan kebijakan-kebijakan penggunaan obat dan pengobatan.
24. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang merupakan perwakilan kelompok profesi perawat yang bertugas membantu direksi untuk menerapkan tata kelola asuhan keperawatan (*clinical governance*);
25. Pegawai adalah setiap orang yang telah memenuhi persyaratan yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan digaji berdasarkan ketentuan yang berlaku guna memenuhi kebutuhan ketenagaan rumah sakit .

BAB II

TATA KELOLA

Pasal 2

Uraian Tata Kelola RSUD Panglima Sebaya tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan ini

BAB III
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 3

Peraturan Bupati ini berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar semua orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Paser.

Ditetapkan di Tana Paser
tanggal

BUPATI PASER,

YUSRIANSYAH SYARKAWI

Diundangkan di Tana Paser
tanggal

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PASER,

HELMY LATHYF

BERITA DAERAH KABUPATEN PASER TAHUN 2016 NOMOR

No.	Nama	Jabatan	Paraf
1.	Kusnedi	Kasubbag. Produk Hukum Daerah	
2.	Andi Azis	Kepala Bagian Hukum	
3.	Heriansyah Idris	Asisten Tata Pemerintahan	
4.	Helmy Lathyf	Sekretaris Daerah	

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI PASER
NOMOR TAHUN 2016
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya Tanah Grogot sampai saat ini merupakan satu-satunya rumah sakit yang ada di Kabupaten Paser. Nama rumah sakit ini diambil dari nama pejuang Paser pada jaman kerajaan Paser Sadurangas saat dipimpin Sultan Ibrahim Khaliludin pada tahun 1915. Pada tahun 1981 rumah sakit ini masih menjadi satu dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Paser yang berlokasi di jalan Jenderal Soedirman Tanah Grogot dengan kapasitas 14 (empat belas) tempat tidur. Dalam perkembangannya, dibangun kompleks gedung Rumah Sakit di jalan Ciptomangunkusumo Km 2 Tanah Grogot yang diresmikan pada tanggal 22 Desember 1983 oleh Bupati Pasir yang pada saat itu dijabat oleh Bapak Badaranie Abas, dengan status type D berkapasitas 32 tempat tidur. Selanjutnya pada tahun 1990 seiring penambahan gedung menjadi 64 tempat tidur dan dengan adanya 4 (empat) dokter spesialis dasar (anak, penyakit dalam, kandungan dan bedah umum) sejak tahun 1997 menjadi rumah sakit type C berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 490/MENKES/SK/V/19 tanggal 20 Mei 1997. Pada tahun 2006 dibangun kembali ruang perawatan III dengan jumlah 23 tempat tidur, sehingga kapasitas tempat tidur berjumlah 88 (delapan puluh delapan), untuk saat ini kemampuan pelayanan spesialistik dasar dan ditambah beberapa spesialis lainnya. Pelayanan spesialis yang dimaksud adalah pelayanan spesialis anak, kandungan, penyakit dalam, bedah orthopedi, syaraf, patologi klinis, THT, kulit dan kelamin serta anastesi. Selanjutnya pada tahun 2008 berdasarkan surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.: HK.07.06/III/248/2008 Rumah Sakit Umum Panglima Sebaya mendapatkan ijin penyelenggaraan rumah sakit dengan nama “Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya”.

Pada tanggal 01 April 2014 Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) dengan status penuh sesuai Keputusan Bupati Paser No. 744/ Kep-244/2104.

B. Maksud dan Tujuan *Hospital Bylaws*

Secara umum, Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUD Panglima Sebaya adalah merupakan peraturan dasar yang bertujuan mengatur melalui organ yang ditempatkan di rumah sakit (Dewan Pengawas), Direksi Rumah Sakit (selaku pengelola), Komite-komite serta staf terkait yang bekerja di rumah sakit, sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat berjalan secara efektif, efisien dan berkualitas.

Sedangkan secara khusus, dengan adanya Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) tersebut, diharapkan dapat dipakai sebagai pedoman dalam penyelenggaraan kegiatan di RSUD Panglima Sebaya, baik yang berhubungan dengan kebijakan teknis operasional maupun pengaturan Staf Medis.

C. Manfaat *Hospital Bylaws*

Adapun manfaat dari Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*), adalah :

1. Sebagai acuan Pemilik dan/atau Dewan Pengawas RSUD Panglima Sebaya dalam melakukan pengawasan.
2. Sebagai acuan bagi Direktur dan para Direksi dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional.
3. Sebagai acuan dalam menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik.
4. Sebagai sarana menjamin efektifitas, efisien, mutu dan keselamatan pasien.
5. Sebagai sarana dalam perlindungan hukum.
6. Sebagai acuan penyelesaian konflik.

IDENTITAS

A. Kedudukan Rumah Sakit

1. Rumah sakit ini bernama RSUD Panglima Sebaya.
Alamat RSUD Panglima Sebaya adalah di Jl. Kesuma Bangsa Km 5, Tana Paser Kode Pos 76211
2. RSUD Panglima Sebaya adalah Unit pelayanan kesehatan di lingkungan Kabupaten Tana Paser yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Bupati Tana Paser
3. RSUD Panglima Sebaya merupakan Rumah Sakit kelas C sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 490/MENKES/SK/V/19 tgl 20 Mei 1997 tentang Penetapan Kelas RSUD Panglima Sebaya yang memberikan pelayanan kesehatan.

B. Visi, Misi, dan Tujuan

1. Visi RSUD Panglima Sebaya adalah Terwujudnya Pelayanan Rumah Sakit yang Profesional dan Berdaya Saing
2. Misi RSUD Panglima Sebaya adalah :
 - a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada kepuasan pelanggan;
 - b. mewujudkan lingkungan kerja yang sehat, disiplin dan harmonis, berbasis Keselamatan Pasien;
 - c. mengembangkan manajemen Rumah sakit yang efektif, akuntabel dan transparan
 - d. meningkatkan Sumber Daya Manusia, Sarana dan Prasarana secara berkelanjutan sesuai Iptek
 - e. meningkatkan kesejahteraan karyawan;
3. Tujuan RSUD Panglima Sebaya adalah membantu mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat menuju Kabupaten Paser yang sejahtera.
4. RSUD Panglima Sebaya diselenggarakan berdasarkan asas:
 - a. keimanan dan ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa;
 - b. moralitas yang tinggi;
 - c. kebebasan diagnosa dan ilmiah;
 - d. keuniversalan;
 - e. kemandirian;
 - f. akuntabilitas;
 - g. transparansi;dan
 - h. profesional dan kualitas.

C. Nilai-nilai, Motto, Logo dan Warna Institusi RSUD Panglima Sebaya

1. Nilai – nilai dasar pada RSUD Panglima Sebaya adalah:
 - a. Kejujuran;
 - b. Kesetiaan;
 - c. Kemitraan;
 - d. Kasih sayang;
 - e. Bekerja adalah ibadah.
2. Motto RSUD Panglima Sebaya ialah Melayani dengan Ramah, Santun dan Senyum.
3. Yang bermakna bahwa seluruh karyawan Rumah Sakit Panglima Sebaya harus memberikan pelayanan dengan ramah, santun dan senyum.
4. Logo RSUD Panglima Sebaya adalah sebagai berikut:



5. Deskripsi logo sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. Lambang manusia mengangkat kedua Tangan, yang berarti semangat pertumbuhan dan kesehatan.
 - b. Huruf P S, merupakan singkatan dari Panglima Sebaya.
 - c. Setangkai padi beserta buah kapas melambangkan gairah masyarakat daerah Kabupaten Paser akan kemakmuran dan kesejahteraan yang diusahakan untuk dicapai dengan daya dan kemampuan sendiri.
6. Warna logo sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai makna :
 - a. Warna Kuning, merupakan warna khas Kabupaten Paser yang bermakna kejayaan, kebesaran, kesejahteraan, kebijaksanaan dan kecerdasan.
 - b. Warna Biru, merupakan warna kesetiaan, ketekunan dan ketabahan.
 - c. Warna Hijau, bermakna pertumbuhan

BAB II

DIREKSI RUMAH SAKIT

A. Pengelolaan, Pengangkatan dan Pemberhentian

1. Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit secara keseluruhan dilakukan oleh 1 (satu) orang Direktur dan 1 (satu) orang Bagian Tata Usaha, 3 (tiga) orang Kepala Bidang, 3 (tiga) orang Kasubag dan 6 (enam) orang Kepala Seksi disebut Direksi.
2. Direksi sebagaimana dimaksud dalam angka 1 adalah :
 - a. Direktur ;
 - b. Kepala Bagian Tata Usaha yang dibantu dengan 3 (tiga) orang Kasubag;
 - c. Kepala Bidang Pelayanan Medik yang dibantu dengan 2 (dua) orang Kepala Seksi;
 - d. Kepala Bidang Keperawatan yang dibantu dengan 2 (dua) orang kepala Seksi; dan
 - e. Kepala Bidang Penunjang Pelayanan Medik yang dibantu dengan 2 (dua) orang Kepala Seksi.
3. Direksi sebagaimana dimaksud pada angka 1, bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan rumah sakit.
4. Direktur bertanggungjawab kepada Bupati.
5. Anggota Direksi diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
6. Pengangkatan dan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada angka 1, dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

B. Tugas, Fungsi dan Wewenang

1. Direksi mempunyai tugas pokok memimpin dan mengelola pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit sesuai dengan visi, misi dan tujuan rumah sakit.
2. Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam angka 1, Direksi menyelenggarakan fungsi menyusun kebijakan operasional, perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan di bidang pelayanan medik dan keperawatan, umum dan keuangan, serta sumber daya manusia dan pendidikan.
3. Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya Direksi mempunyai wewenang dan tanggungjawab:

- a. menyusun dan menetapkan kebijakan operasional rumah sakit meliputi bidang pelayanan medik dan keperawatan, umum dan keuangan, serta sumber daya manusia dan pendidikan.
 - b. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh pemilik rumah sakit;
 - c. menyusun rencana strategis dan rencana bisnis anggaran rumah sakit;
 - d. menyusun dan menetapkan organisasi dan tata laksana setiap satuan kerja dilingkungan rumah sakit lengkap dengan susunan jabatan, rincian tugas dan tata hubungan kerja;
 - e. mewakili rumah sakit, baik di dalam maupun di luar pengadilan;
 - f. mengusulkan perencanaan dan penempatan PNS sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - g. melakukan pembinaan dan mengusulkan pemberhentian PNS sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - h. mengadakan, mengangkat, menempatkan, menugaskan, atau memberhentikan Pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - i. menetapkan Peraturan Kepegawaian bagi Pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - j. mengelola seluruh kekayaan rumah sakit, berupa sarana prasarana dan peralatan serta sumber daya lainnya;
 - k. bertanggungjawab terhadap pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku; dan
 - l. menetapkan laporan berkala dan tahunan tentang kinerja rumah sakit.
4. Direktur mempunyai tugas pokok untuk memimpin penyelenggaraan tugas Rumah Sakit dalam melaksanakan upaya kesehatan paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi di bidang kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
5. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direktur mempunyai fungsi :
- a. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat sekunder dan tersier;
 - b. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan SDM dalam pemberian pelayanan kesehatan;

- c. pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan; dan
 - d. pelaksanaan administrasi rumah sakit.
6. Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya Direktur mempunyai wewenang dan tanggungjawab:
 - a. memimpin, mengelola, dan mengkoordinasikan serta mengendalikan pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - b. mengesahkan laporan keuangan dan laporan akuntabilitas kinerja rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. mengelola seluruh kekayaan rumah sakit, berupa sarana prasarana dan peralatan serta sumber daya lainnya;
 - d. membentuk dan menetapkan tim/panitia teknis untuk melaksanakan tugas-tugas tertentu;
 - e. menetapkan dan mencabut kewenangan klinis (*clinical privilege*) melalui penugasan klinis (*clinical appointment*) bagi setiap staf medis; dan
 - f. mewakili dan bertindak untuk dan atas nama rumah sakit dalam melakukan perbuatan hukum.
 7. Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada angka 6, Direktur dibantu oleh Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Bidang.
 8. Direktur dalam menjalankan tugasnya dapat bertindak atas nama rumah sakit berdasarkan persetujuan Bupati.
 9. Tata Usaha dan Bidang berhak dan berwenang bertindak atas nama rumah sakit untuk masing-masing bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya berdasarkan persetujuan Direktur.
 10. Dalam menjalankan tugas dan kewenangan Direktur dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada :
 - a. seorang atau beberapa Bidang;
 - b. seorang atau beberapa orang Pejabat Rumah Sakit, baik secara sendiri maupun bersama-sama; atau
 - c. orang atau badan lain, yang khusus ditunjuk untuk hal tersebut.

C. Bidang Pelayanan Medik

1. Bidang Pelayanan Medik berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
2. Bidang Pelayanan Medik mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medik serta fasilitas medik untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit.

3. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Bidang Pelayanan Medik menyelenggarakan fungsi :
 - a. penyusunan rencana penatalaksanaan pelayanan medik serta fasilitas medik rumah sakit;
 - b. koordinasi dalam pelaksanaan medik serta fasilitas medik rumah sakit; dan
 - c. pengendalian, pengawasan, dan evaluasi mutu pelayanan medik serta fasilitas medik rumah sakit.

D. Bidang Keperawatan

1. Bidang Keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
2. Bidang Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan Keperawatan, pelayanan keperawatan serta fasilitas keperawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit.
3. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Bidang Keperawatan menyelenggarakan fungsi :
 - a. penyusunan rencana penatalaksanaan pelayanan keperawatan serta fasilitas keperawatan rumah sakit;
 - b. koordinasi dalam pelaksanaan keperawatan serta fasilitas keperawatan rumah sakit; dan
 - c. pengendalian, pengawasan, dan evaluasi mutu pelayanan keperawatan serta fasilitas keperawatan rumah sakit.

E. Tata Usaha

1. Tata Usaha di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama;
2. Tata Usaha mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan umum, perencanaan, keuangan, kepegawaian dan evaluasi kegiatan rumah sakit serta pengelolaan keuangan rumah sakit yang meliputi penyusunan perencanaan dan evaluasi anggaran, perbendaharaan dan mobilisasi dana, akuntansi dan verifikasi.
3. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Tata Usaha menyelenggarakan fungsi :
 - a. penyusunan rancangan rencana strategis rumah sakit, rencana kerja tahunan dan penyediaan pelayanan umum di rumah sakit;
 - b. koordinasi dalam penatalaksanaan, perencanaan, keuangan, kepegawaian dan pelayanan umum; dan
 - c. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan perencanaan, keuangan, kepegawaian dan pelayanan umum.

F. Bidang Penunjang

1. Bidang Penunjang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur;
2. Bidang Penunjang yang mempunyai tugas melakukan pengelolaan sumber daya dan mengelola sarana prasarana fasilitas penunjang di Rumah Sakit;
3. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Bidang Penunjang menyelenggarakan fungsi :
 - a. Penyusunan rencana kebutuhan dan penyediaan sarana prasarana penunjang Rumah Sakit;
 - b. Koordinasi dalam penatalaksanaan pengelolaan sumber daya dan sarana prasarana Rumah Sakit;
 - c. Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan sumber daya dan sarana prasarana Rumah Sakit; dan
 - d. Koordinasi dan penatalaksanaan penunjang medis dan non medis termasuk pemeliharaan.

G. Rapat

1. Rapat Direksi adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan Wakil Direktur untuk membahas hal - hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
2. Rapat Direksi terdiri dari :
 - a. Rapat Rutin;
 - b. Rapat Tahunan; dan
 - c. Rapat Khusus.
3. Keputusan Rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
4. Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan rapat diserahkan kepada Direktur.
5. Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
6. Rapat rutin diselenggarakan 1 (satu) minggu sekali.
7. Dalam rapat sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal- hal yang berhubungan dengan tugas, kewenangan dan kewajibannya.
8. Rapat rutin dihadiri oleh Direksi.
9. Rapat tahunan diselenggarakan 1 (satu) tahun sekali.
10. Dalam rapat sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan satu tahun.

11. Rapat khusus diselenggarakan dalam hal yang bersifat khusus dan /atau hal yang memerlukan koordinasi dan tindak lanjut segera yang tidak termasuk dalam rapat rutin dan rapat tahunan.
13. Direktur mengundang untuk rapat khusus dalam hal :
 - a. Ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan, atau
 - b. Ada permintaan yang disetujui paling sedikit 2 (dua) Wakil Direktur.
14. Setiap rapat Direksi selain dihadiri oleh para Direktur juga dapat dihadiri pihak lain yang ada di lingkungan RSUD Panglima Sebaya atau dari luar lingkungan RSUD Panglima Sebaya apabila diperlukan.

BAB III

KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

A. Umum

1. Komite adalah organ rumah sakit yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
2. Pembentukan komite di rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari Komite Medik, Komite Farmasi dan Terapi, Komite Keperawatan, serta komite lainnya yang dibutuhkan oleh rumah sakit.
3. Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama rumah sakit.
4. Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama rumah sakit.
5. Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit.
6. Tiap-tiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
7. Setiap komite akan dijabarkan dalam bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangnya pada Buku Kesatu Peraturan Internal Korporasi.
8. Pengaturan mengenai Komite Medik akan diatur secara khusus dalam bab tersendiri pada Buku Kedua Peraturan Internal Staf Medis.

B. Komite Farmasi dan Terapi

1. Ketua dan Anggota Komite Farmasi dan Terapi diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
2. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Farmasi dan Terapi bertanggungjawab langsung kepada Direktur.
3. Ketua dan Anggota Komite Farmasi dan Terapi dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit; dan
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
4. Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
5. Tugas pokok Komite Farmasi dan Terapi adalah :
 - a. menyusun kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat, penggunaan obat serta evaluasinya;
 - b. memantau penggunaan obat secara rasional, meliputi tepat indikasi, tepat pasien, tepat regimen, tepat obat, tepat dosis dan waspada efek samping obat;
 - c. memantau pengelolaan obat di rumah sakit agar dilakukan secara transparan;
 - d. melakukan pembinaan etika profesi farmasi dan melaksanakan kredensial terhadap staf farmasi;
 - e. menyusun dan mengembangkan formularium di rumah sakit dan merevisi pemilihan obat secara berkala untuk dimasukkan di dalam formularium berdasarkan pada evaluasi secara objektif terhadap efek terapi, keamanan, harga obat serta meminimalkan duplikasi dalam type obat, kelompok dan produk obat yang sama;
 - f. mensosialisasikan formularium rumah sakit dan standar/pedoman yang digunakan di rumah sakit;
 - g. melakukan evaluasi untuk menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh ketua Satuan Medis Fungsional (SMF) dan Anggota Staf Medis;
 - h. menyusun pengelolaan obat yang digunakan di rumah sakit dan obat yang termasuk dalam kategori khusus;

- i. mengkoordinir pembuatan pedoman diagnosis dan terapi, pedoman penggunaan antibiotika dan pedoman lainnya;
 - j. bersama Kepala Instalasi Farmasi mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan mengenai penggunaan obat di rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional;
 - k. melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di rumah sakit dengan mengkaji rekam medis dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi serta pedoman-pedoman lainnya, dengan maksud untuk mendorong peningkatan secara penggunaan obat secara rasional;
 - l. mengumpulkan dan meninjau laporan mengenai Monitoring Efek Samping Obat (MESO);
 - m. melaksanakan pendidikan dan pelatihan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap staf farmasi, medis dan perawat berkoordinasi dengan instalasi diklat; dan
 - n. melaksanakan pengawasan, pengendalian dan evaluasi penulisan resep, penggunaan dan pengelolaan obat dan memberikan umpan balik atas hasil tersebut.
6. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada angka 5 Komite Farmasi dan Terapi dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain;
 7. Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam angka 6 disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
 8. Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada angka 7 adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

C. Komite Keperawatan

1. Ketua dan Anggota Komite Keperawatan diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun;
2. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan bertanggungjawab langsung kepada Direktur;
3. Ketua dan Anggota Komite Keperawatan dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;

- d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit; dan
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
4. Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada angka 3 diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
 5. Tugas pokok dan fungsi Komite Keperawatan adalah :
 - a. menyusun dan menetapkan Standar Asuhan Keperawatan di rumah sakit;
 - b. memantau pelaksanaan Asuhan Keperawatan;
 - c. menyusun model Praktek Keperawatan Profesional;
 - d. memantau dan membina perilaku etik dan profesional tenaga keperawatan;
 - e. meningkatkan mutu asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan seiring kemajuan IPTEK yang terintegrasi dengan perilaku yang baik;
 - f. bekerja sama dengan Direktur /Bidang Keperawatan dalam merencanakan program untuk mengatur kewenangan profesi tenaga keperawatan dalam melakukan Asuhan Keperawatan sejalan dengan rencana strategis rumah sakit;
 - g. memberi rekomendasi dalam rangka pemberian kewenangan profesi bagi tenaga keperawatan yang akan melakukan tindakan asuhan keperawatan; dan
 - h. mengkoordinir kegiatan-kegiatan tenaga keperawatan, menyampaikan laporan kegiatan Komite Keperawatan secara berkala (setahun sekali) kepada seluruh tenaga keperawatan rumah sakit.
 6. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada angka 5 Komite Keperawatan dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain;
 7. Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam angka 6 disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
 8. Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada angka 7 adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

D. Satuan Pemeriksaan Internal

1. Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
2. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pemeriksaan Internal bertanggungjawab langsung kepada Direktur.

3. Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila :
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit; dan
 - f. adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
4. Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada angka 3 diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
5. Tugas pokok Satuan Pemeriksaan Internal adalah melaksanakan pemeriksaan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan di Rumah Sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
6. Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam angka 5 Satuan Pemeriksaan Internal berfungsi:
 - a. merancang sistem pemeriksaan dan sistem pengendalian internal;
 - b. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan audit manajemen operasional;
 - c. memberikan pembinaan dan konsultasi tentang manajemen risiko terkait dengan pengendalian internal;
 - d. mengevaluasi kegiatan SPIP (sistem pengendalian internal pemerintah) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - e. melakukan hubungan dengan Eksternal Auditor.
7. Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam angka 5 dan 6 disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur.

**PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
(MEDICAL STAFF BYLAWS)**

**BAB IV
STAF MEDIS**

A. Tujuan

1. Tujuan dari peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) diantaranya adalah:
 - a. memberikan landasan hukum bagi komite medik guna melaksanakan tugas dan fungsinya dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
 - b. memberikan landasan hukum bagi Staf Medis agar dapat memberikan pelayanan secara professional; dan
 - c. memberikan landasan hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medik.
2. Staf Medis adalah dokter (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis) yang bergabung dalam salah satu kelompok staf medis yang dinamakan Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF).
3. Staf Medis dalam melaksanakan keprofesiannya wajib mengikuti Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) di tingkat KSMF dan tingkat Rumah Sakit.
4. Staf Medis bertanggungjawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik melalui Ketua SMF.

B. Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

1. Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Wakil Direktur Pelayanan dan/atau Komite Medik.
2. Pembinaan dan pengawasan terhadap staf medis meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi.
3. Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Medik.
4. Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan dilakukan oleh Direktur / Bidang Pelayanan Medik.
5. Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap staf medis ditetapkan oleh Direktur.

C. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF)

1. KSMF adalah kelompok dokter yang bekerja di rumah sakit baik dokter purna waktu maupun dokter paruh waktu (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan sub spesialis serta dokter gigi spesialis) .
2. KSMF dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
3. KSMF terdiri dari minimal 2 (dua) dokter dengan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP) yang sama.
4. KSMF yang kurang dari 2 (dua) dokter, maka dapat bergabung dengan Kelompok Staf Medis Fungsional lainnya.
5. Kelompok Staf Medis Fungsional dipimpin oleh Ketua KSMF.
6. Pengangkatan dan pemberhentian Ketua KSMF dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan mempertimbangkan masukan atau usulan dari anggota Kelompok Staf Medis Fungsional.
7. Ketua KSMF bertanggungjawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan.

D. Mitra Bestari

1. Mitra Bestari (*Peer Group*) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis;
2. Staf medis dalam mitra bestari pada angka 1 tidak terbatas dari staf medis yang ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit yaitu perhimpunan dokter spesialis (kolegium) atau dari fakultas kedokteran.
3. Direktur dapat membentuk panitia ad hoc yang terdiri dari mitra bestari sebagaimana dimaksud pada angka 2 untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakan disiplin dan etika profesi di rumah sakit berdasarkan permohonan Komite Medik.

E. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)

1. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggungjawab dalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit.
2. Syarat DPJP adalah dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang di usulkan oleh KSMF terkait dan ditetapkan oleh Direktur.
3. Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan Staf medis yang dapat menjadi DPJP ditetapkan oleh Direktur.

4. DPJP terdiri dari DPJP pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.
5. DPJP pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat saat itu dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
6. DPJP pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
7. DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
8. Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan DPJP ditetapkan oleh Direktur.

BAB V

KEWENANGAN KLINIS (*Clinical Privilege*)

1. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan Medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
2. Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik.
3. Penetapan kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada angka 2, diberikan melalui penerbitan penugasan klinis (*clinical appointment*).
4. Tanpa penugasan klinis (*clinical appointment*) maka seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis tidak dapat melakukan tindakan medis.
5. Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan pertimbangan *Clinical Appraisal* (Tinjauan atau Telaah hasil proses kredensial dan atau rekredensial) berupa surat rekomendasi dari Komite Medik, dengan mengacu pada:
 - a. Standar Profesi dari organisasi profesi;
 - b. Standar Pendidikan; dan
 - c. Standar Kompetensi dari Kolegium.
6. Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinis (*Clinical privilege*) setelah memperhatikan rekomendasi dari komite medik, terkait dengan:

- a. penentuan kewenangan klinis didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang diakui oleh masing - masing organisasi profesi;
 - b. berdasarkan hasil kredensial sub komite kredensial di rumah sakit; dan
 - c. dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinik maka komite medik dapat meminta informasi atau pendapat dari mitra bestari.
7. Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa ijazah/sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
 8. Sesuai dengan yang dimaksud pada angka 7, maka Direktur akan meminta Komite Medik untuk melakukan rekredensial.
 9. Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam angka 7, setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
 10. Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan dituangkan pada penugasan klinis dalam bentuk Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.
 11. Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak maka dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditandatangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.
 12. Dalam keadaan tertentu Direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*) untuk Dokter konsultan/ Dokter tamu yang diperlukan sementara oleh rumah sakit.
 13. Direktur dapat memperluas, mempersempit, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.
 14. Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
 15. Dalam keadaan bencana alam, kegawatdaruratan akibat bencana massal, kerusuhan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis rumah sakit dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

BAB VI
PENUGASAN KLINIS
(CLINICAL APPOINTMENT)

1. Setelah melalui proses Kredensial Direktur menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis Fungsional.
2. Kewenangan Klinis yang terhimpun dalam Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada angka 1, ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi yang diberikan oleh Komite Medik.
3. Surat Penugasan Klinis hanya dapat diberikan kepada Staf Medis yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran/ Kedokteran Gigi Indonesia.
4. Surat Penugasan Klinis di Rumah Sakit pada seorang Staf Medis hanya dapat ditetapkan bila yang bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut :
 - a. memenuhi syarat sebagai Staf Medis berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
 - b. menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas Rumah Sakit;
 - c. mencatat seluruh pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di Rumah Sakit diisi dengan lengkap, benar dan tuntas dalam jangka waktu sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - d. memperhatikan segala permintaan Rumah Sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis di Rumah Sakit dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinik (PPK), *Clinical Pathway* dan prosedur operasional/ manajerial/ administrasi yang berlaku di Rumah Sakit;
 - e. mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri berdasarkan kode etik kedokteran Indonesia; dan
 - f. memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di rumah sakit.
5. Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada angka 1, berlaku selama 5 (lima) tahun.

6. Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam angka 5 dapat berakhir sebelum jangka waktu 5 (lima) tahun dalam hal:
 - a. ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku; atau
 - b. kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan Medis secara menetap; atau
 - c. staf medis telah berusia 60 tahun atau dokter pendidik klinis telah berusia 65 tahun. Namun yang bersangkutan masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan/ pertimbangan Direktur; atau
 - d. staf medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) atau kontrak; atau
 - e. staf medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelalaian, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik; atau
 - f. staf medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
 - g. staf medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan Rumah Sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
7. Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketetapan dan/atau kontrak kerja yang berlaku (bagi tenaga kontrak, tenaga honorer, tamu dan konsultan).

BAB VII

KOMITE MEDIK

A. Umum

1. Komite Medik adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur
2. Tugas Komite Medik adalah meningkatkan profesionalisme staf medis dengan:
 - a. melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis dalam pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis.

3. Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. Kompetensi;
 2. Kesehatan fisik dan mental;
 3. Perilaku; dan
 4. Etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
4. Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
5. Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

6. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:
 - a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
 - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
 - d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
 - f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
 - g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
 - h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin profesi.
7. Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc* dari mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur.
8. Komite Medik dipimpin oleh seorang ketua dan disebut sebagai Ketua Komite Medik dengan susunan perangkat organisasinya sebagai berikut:
 - a. Ketua Komite Medik;
 - b. Wakil Ketua Komite Medik;
 - c. Sekretaris Komite Medik; dan
 - d. Anggota terdiri dari:
 1. Sub Komite Kredensial;
 2. Sub Komite Mutu Profesi Medis; dan
 3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
9. Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh Personalia Komite Medik oleh Direktur.
10. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana angka 2, di atas Komite Medik menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur.

B. Rapat

1. Mekanisme pengambilan keputusan Komite Medik berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*).
2. Keputusan sebagaimana pada ayat (1) diputuskan melalui Rapat Komite Medik dan Sub Komite.
3. Mekanisme jenis rapat dan pelaksanaan rapat tersebut diatur lebih lanjut dalam Pedoman Rapat Pengambilan Keputusan Komite Medik.

BAB VIII
PENGGORGANISASIAN SUB KOMITE

1. Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh sub komite, yang terdiri dari:
 - a. Sub komite Kredensial;
 - b. Sub komite Mutu Profesi;
 - c. Sub komite Etika dan Disiplin Profesi.
2. Pembentukan sub komite ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun atas usulan ketua Komite Medik setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medik.
3. Susunan organisasi sub komite terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Anggota.

BAB IX
SUBKOMITE KREDENSIAL

1. Subkomite kredensial di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit.
2. Pengorganisasian subkomite kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua Komite Medik.
3. Tugas dan wewenang sub komite kredensial adalah:
 - a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis;
 - b. melakukan pemeriksaan dan pengkajian :
 - 1) Kompetensi;
 - 2) Kesehatan fisik dan mental;
 - 3) Perilaku; dan
 - 4) Etika profesi.
 - c. mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/ P3KGB) tenaga medis;
 - d. mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
 - e. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
 - f. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan

- g. memberikan rekomendasi kepada Komite Medik untuk melibatkan mitra bestari (*peer group*) dalam hal melakukan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku dan etika profesi terhadap staf medis dan calon staf medis.
3. Proses kredensial yang dilakukan oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:
 - a. Kompetensi:
 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh pemerintah dan lembaga yang berwenang;
 2. kognitif/keilmuan;
 3. afektif/attitude;dan
 4. psikomotor/keterampilan.
 - b. Kompetensi fisik;
 - c. Kompetensi mental/perilaku;dan
 - d. Perilaku etis (*ethical standing*).
 4. Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
 5. Proses kredensial dapat dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan permintaan dari Komite Medik melalui rekomendasi dari subkomite kredensial.
 6. Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
 7. Kewenangan klinis sesuai ayat (3) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.
 8. Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
 - a. 2 (dua) bulan sebelum habis masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis;
 - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
 - d. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan tindakan pelanggaran etika profesi;dan
 - e. staf medis yang bersangkutan telah menyelesaikan pendidikan profesi lanjutan.
 9. Dalam proses rekredensial sub komite kredensial dapat memberikan rekomendasi :

- a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
10. Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

BAB X

SUBKOMITE MUTU PROFESI

1. Subkomite mutu profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
2. Pengorganisasian subkomite mutu profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua komite medik.
3. Tugas dan wewenang subkomite mutu profesi adalah :
 - a. berperan menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*);
 - b. melakukan audit medis;
 - c. mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis;
 - d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis rumah sakit; dan
 - e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan.
4. Audit medis yang dilakukan oleh sub komite mutu profesi adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit.

5. Hasil dari Audit medis sebagaimana pada angka 4 berfungsi :
 - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
 - b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
 - d. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.
6. Sub komite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis.
7. Selain pertemuan ilmiah sebagaimana disebutkan pada ayat (1), sub komite mutu profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
8. Sub komite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh sub komite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.
9. Sub komite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan & penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
10. Sub komite mutu profesi merekomendasikan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
11. Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian mutu profesi.
12. Pelaksanaan pendampingan (*proctoring*) dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi staf medis yang dijatuhi sanksi disiplin, pembatasan kewenangan klinis, penambahan kewenangan klinis dan/atau permohonan pendampingan dari staf medis yang bersangkutan dalam rangka peningkatan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
13. Komite medik berkoordinasi dengan Wakil Direktur Pelayanan rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.
14. Staf medis yang akan memberikan pendampingan (*proctoring*) ditetapkan dengan keputusan Direktur.

15. Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin / mendapatkan pengurangan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
16. Semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) difasilitasi dan dikoordinasikan bersama Wakil Direktur terkait.

BAB XI

SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

1. Subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
2. Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua komite medik.
3. Tugas subkomite etika dan disiplin profesi :
 - a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.
4. Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:
 - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
 - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
 - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;
 - e. kode etik kedokteran Indonesia;
 - f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
 - g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
 - h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
 - i. standar prosedur operasional asuhan medis.
5. Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:

- a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan Direktur rumah sakit atau Direktur rumah sakit terlapor.
6. Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
 7. Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi Komite Medik.
 8. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dan sebagainya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti bagian pendidikan dan penelitian, komite medik, dan unit terkait lainnya.
 9. Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.
 10. Subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus etik dan/atau disiplin profesi dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang berkompetensi untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis maupun disiplin profesi.

BAB XII

PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

(CLINICAL GOVERNANCE)

1. Guna melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) di rumah sakit maka setiap Staf Medis berkewajiban untuk :
 - a. melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis yang diberikan;
 - b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang sesuai dengan kebutuhan medis pasien;
 - c. melakukan konsultasi kepada dokter, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan indikasi medis; dan
 - d. merujuk pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan lain apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

2. Dalam melaksanakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis maka rumah sakit wajib menyusun Kebijakan, Pedoman dan Standar Prosedur Operasional sesuai dengan bidang tugas masing-masing.
3. Seluruh aturan-aturan sebagaimana dimaksud pada angka 2, ditetapkan oleh Direktur.

BAB XIII

AMANDEMEN/ PERUBAHAN

1. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) secara berkala sekurang-kurangnya setiap 3 (tiga) tahun dievaluasi, ditinjau kembali, disesuaikan dengan perkembangan profesi medis dan kondisi rumah sakit.
2. Perubahan dilakukan dengan menambah pasal baru (*Addendum*) dan/atau merubah pasal yang telah ada (*amandemen*) dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini.
3. *Addendum dan/atau Amandemen* sebagaimana dimaksud pada ayat (2), merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Rumah Sakit ini.

BUPATI PASER,

YUSRIANSYAH SYARKAWI

No.	Nama	Jabatan	Paraf
1.	Kusnedi	Kasubbag. Produk Hukum Daerah	
2.	Andi Azis	Kepala Bagian Hukum	
3.	Heriansyah Idris	Asisten Tata Pemerintahan	
4.	Helmy Lathyf	Sekretaris Daerah	