



BUPATI PENAJAM PASER UTARA
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

PERATURAN BUPATI PENAJAM PASER UTARA
NOMOR 14 TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SEPAKU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PENAJAM PASER UTARA,

- Menimbang : a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban salah satunya menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Penajam Paser Utara di Provinsi Kalimantan Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4182);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2019 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

MEMUTUSKAN:

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

Pasal 1

- (1) Berdasarkan Peraturan Bupati ini ditetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku (*Hospital By Laws*).
- (2) Uraian Peraturan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 2

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Penajam
pada tanggal 9 Mei 2022

Plt. BUPATI PENAJAM PASER UTARA,

Ttd

HAMDAM

Diundangkan di Penajam
pada tanggal 9 Mei 2022

Pj. SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA,

Ttd

TOHAR

BERITA DAERAH KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA TAHUN 2022 NOMOR 14.

Salinan sesuai dengan aslinya

SEKRETARIAT DAERAH
KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA

Kepala Bagian Hukum
Setda. Kabupaten Penajam Paser Utara



Pitono, S.H., M.H

NIP. 19730117 200604 1 008

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI PETAJAM PASER UTARA
NOMOR 14 TAHUN 2022
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH SEPAKU

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

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku merupakan rumah sakit Tipe D yang berada di Kecamatan Sepaku, Kabupaten Panajam Paser Utara. Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku masih menjadi satu dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Panajam Paser Utara yang berlokasi di jalan Negara KM. 38 Desa Sukaraja Kecamatan Sepaku dengan kapasitas 50 (lima puluh) tempat tidur. Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku telah diresmikan pada tanggal 5 Agustus 2021 oleh Bupati Panajam Paser Utara, dengan status tipe D.

B. Maksud dan Tujuan Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku
(*Hospital By Laws*)

Secara umum Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku (*Hospital By Laws*) merupakan peraturan dasar yang bertujuan mengatur organisasi rumah sakit, sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat berjalan secara efektif, efisien dan berkualitas.

Sedangkan secara khusus, dengan adanya Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku (*Hospital By Laws*) tersebut, diharapkan dijadikan sebagai pedoman dalam penyelenggaraan kegiatan di RSUD Sepaku, baik yang berhubungan dengan kebijakan teknis operasional maupun pengaturan staf medis.

C. Manfaat Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku (*Hospital By Laws*)

Adapun manfaat dari Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku (*Hospital By Laws*) adalah:

1. Sebagai acuan Pemilik yakni Pemerintah Kabupaten Panajam Paser Utara selaku pemilik RSUD Sepaku dan Dewan Pengawas RSUD Sepaku dalam melakukan pengawasan;
2. Sebagai acuan 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, efisiensi, mutu dan keselamatan pasien;
5. Sebagai sarana dalam perlindungan hukum; dan
6. Sebagai acuan penyelesaian konflik.

II. IDENTITAS

A. Kedudukan Rumah Sakit

1. Rumah Sakit ini bernama RSUD Sepaku.
Alamat RSUD Sepaku adalah di Jl. Negara KM.38 Desa Sukaraja, Kecamatan Sepaku. Kode Pos 76148.
2. RSUD Sepaku adalah Unit pelayanan Kesehatan lingkungan Pemerintah Kabupaten Penajam Paser Utara yang berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan.
3. RSUD Sepaku merupakan Rumah Sakit kelas D.

B. Visi, Misi dan Tujuan.

1. Visi RSUD Sepaku adalah Menjadi Rumah Sakit Unggulan dengan mengutamakan Mutu Pelayanan, Profesional, Mandiri dan Menjadi pilihan utama masyarakat.
2. Misi RSUD Sepaku adalah:
 - a. Menyelenggarakan pelayanan Kesehatan yang paripurna, bermutu dan professional dengan mengutamakan keselamatan;
 - b. Menyelenggarakan kegiatan manajemen rumah sakit secara professional, efektif dan efisien;
 - c. Mewujudkan lingkungan kerja yang sehat, disiplin, ramah dan harmonis;
 - d. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian kesehatan secara komperhensif; dan
 - e. Meningkatkan kesejahteraan karyawan.
3. Tujuan RSUD Sepaku adalah membantu mewujudkan peningkatan derajat Kesehatan masyarakat menuju Kabupaten Penajam Paser Utara yang sejahtera.
4. RSUD Sepaku diselenggarakan berdasarkan asas:
 - a. Keimanan dan ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa;
 - b. Moralitas yang tinggi;
 - c. Kebebasan diagnose dan ilmiah;
 - d. Keuniversalan;
 - e. Kemandirian;
 - f. Akuntabilitas;
 - g. Transparansi; dan
 - h. Profesional serta berkualitas.

C. Nilai-nilai dan Motto Institusi RSUD Sepaku.

1. Nilai-nilai dasar pada RSUD Sepaku adalah:
 - a. Kejujuran;
 - b. Kesetiaan;
 - c. Kemitraan;
 - d. Kasih Sayang; dan
 - e. Berkerja adalah ibadah.

2. Moto RSUD Sepaku adalah Setulus Hati Kami Melayani dengan CERIA.
3. Yang bermakna bahwa seluruh karyawan RSUD Sepaku harus memberikan pelayanan dengan Ramah, Sopan, Santun dan Senyum.

III. ORAGANISASI RUMAH SAKIT

A. Direktur

1. Direktur mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya promotif dan preventif dan pelayanan rujukan kesehatan, pelayanan rawat inap serta penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan bidang kesehatan.
2. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur menyelenggarakan fungsi:
 - a. pengoordinasian pelayanan medis;
 - b. pengoordinasian penyusunan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - c. pengoordinasian pelayanan penunjang medis dan non medis;
 - d. pengoordinasian pelayanan rujukan medis, non medis dan lainnya;
 - e. pengoordinasian pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;
 - f. pengoordinasian pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pemasaran;
 - g. pengoordinasian pengelolaan administrasi;
 - h. pengoordinasian perumusan kebijakan teknis operasional RSUD Sepaku;
 - i. pengoordinasian pelaksanaan pembinaan, pengaturan dan pengendalian; dan
 - j. pelaksanaan tugas lainnya yang diberikan oleh pimpinan/atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.
3. Direktur mempunyai tugas:
 - a. menyusun rencana kegiatan RSUD Sepaku berdasarkan data dan program kegiatan Dinas serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. merumuskan kebijakan operasionnal dalam bidang kesehatan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. memimpin, mengkoordinasikan dan menilai prestasi kerja bawahan sesuai ketentuan perundang-undangan;
 - d. melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan keselamatan, kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. melaksanakan pelayanan medik umum, kepada pasien sesuai dengan kompetensi dan kewenangan dokter, dengan memanfaatkan kemampuan fasilitas rumah sakit secara optimal;
 - f. melaksanakan pelayanan gawat darurat selama 24 (dua puluh empat) jam sehari dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai standart pelayanan kegawat daruratan;

- g. melaksanakan pelayanan keperawatan, sesuai dengan kompetensi dan standar praktik keperawatan serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - h. melaksanakan pelayanan laboratorium pratama sesuai standar pelayanan laboratorium serta kewenangan dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - i. melaksanakan pelayanan radiologi, sesuai kewenangan dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - j. melaksanakan pelayanan farmasi dalam rangka memenuhi ketersediaan obat untuk kebutuhan pelayanan kesehatan meliputi penyediaan, pengelolaan, distribusi sediaan farmasi, perbekalan kesehatan habis pakai dan pelayanan farmasi klinik;
 - k. melaksanakan pelayanan rujukan sesuai kewenangan dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - l. melaksanakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan mutu pelayanan sesuai, kewenangan dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - m. melaksanakan penelitian dan pengembangan dibidang kesehatan sesuai kewenangan dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - n. melaksanakan promotif, preventif dan rehabilitatif, sesuai kewenangan dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - o. melaksanakan kerja sama dengan institusi lain seperti lembaga pendidikan/pelatihan, organisasi profesi, dan lembaga penelitian kesehatan masyarakat yang kompeten sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - p. melaksanakan pelayanan rawat inap dan rawat jalan sesuai dengan kewenangan dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - q. melaksanakan pelayanan medik spesialistik dasar sesuai kewenangan dan peraturan perundang-undangan meliputi: Pelayanan kebidanan dan kandungan, pelayanan kesehatan anak, pelayanan penyakit dalam, dan pelayanan bedah.
 - r. melaksanakan pencatatan dan pelaporan semua kegiatan pelayanan kesehatan dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - s. melaksanakan penyusunan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - t. melaksanakan kegiatan administrasi kepegawaian, ketatausahaan dan pengelolaan keuangan RSUD Sepaku;
 - u. mengevaluasi dan membuat laporan pelaksanaan kegiatan dibidang tugasnya kepada atasan; dan
 - v. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh atasan.
4. Direktur terdiri 1 (satu) orang;
 5. Direktur berkedudukan di bawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Dinas;
 6. Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati;
 7. Pengangkatan dan pemberhentian Direktur dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

B. Sub Bagian Tata Usaha

1. Sub Bagian Tata Usaha mempunyai tugas melakukan pengumpulan dan penyiapan bahan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan urusan perencanaan, keuangan, rumah tangga dan barang milik Daerah, administrasi umum dan kepegawaian.
2. Sub Bagian Tata Usaha mempunyai uraian tugas:
 - a. menyusun rencana kegiatan Sub Bagian Tata Usaha berdasarkan data dan program RSUD Sepaku dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. memimpin, mengkoordinir dan menilai petugas pelaksana dalam rangka pengembangan karier sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. melaksanakan kegiatan urusan surat menyurat, kearsipan, tatausaha, kerumahtanggaan, perlengkapan, perpustakaan, dokumentasi dan tata laksana;
 - d. menyiapkan bahan penyusunan anggaran, pembukuan, perhitungan, verifikasi dan perbendaharaan;
 - e. menerima, menyimpan, menyalurkan dan mempertanggungjawabkan
 - f. melaksanakan pelayanan administrasi kepegawaian;
 - g. melaksanakan pengelolaan aset dan barang milik pemerintah dilingkungan RSUD Sepaku;
 - h. menyiapkan, memfasilitasi dan mengkoordinasikan, pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan pada RSUD Sepaku; dan
 - i. menyiapkan, memfasilitasi dan mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan komite, satuan pemeriksaan internal dan instalasi;
3. Sub Bagian Tata Usaha terdiri atas 1 (satu) orang Kepala Sub Bagian Tata Usaha;
4. Kepala Sub Bagian Tata Usaha bertanggungjawab kepada Direktur;
5. Kepala Sub Bagian Tata Usaha diangkat dan diberhentikan oleh Bupati;
6. Pengangkatan dan pemberhentian Kepala Sub Bagian Tata Usaha dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

C. Seksi Pelayanan Kesehatan

1. Seksi Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas merumuskan, mengoordinasikan, melaksanakan, mengatur, membina, mengendalikan, mengevaluasi, dan mempertanggungjawabkan tugas di bidang pelayanan kesehatan.
2. Seksi Pelayanan Kesehatan mempunyai uraian tugas:
 - a. mempelajari kebijakan Direktur, rencana kerja lingkup pelayanan, ketentuan peraturan perundang-undangan bagi Seksi Pelayanan Kesehatan sebagai pedoman dalam melaksanakan tugas;
 - b. menyusun rencana kerja dan anggaran biaya di Seksi Pelayanan Kesehatan dengan menganalisis usulan dari petugas pelayanan di ruang rawat inap, unit gawat darurat/UGD dan poliklinik;
 - c. menyusun tata kerja di lingkungan Seksi Pelayanan Kesehatan yang meliputi pelaksanaan tugas, pendistribusian tugas dan penentuan target kerja bawahan serta pengendalian pelaksanaannya;

- d. menyusun rencana pelaksanaan program, berdasarkan rencana kerja dan kebijakan yang ada;
 - e. mendistribusikan tugas kepada bawahan agar pekerjaan dapat terlaksana;
 - f. mengoordinasikan pelaksanaan program dan kegiatan pelayanan kesehatan pada instalasi rawat inap, unit gawat darurat/UGD, poliklinik; dan
 - g. mengoordinasikan bahan, sarana dan prasarana dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan berdasarkan peraturan standar pelayanan minimal (SPM) untuk peningkatan kinerja;
 - h. mengoordinasikan pelaksanaan tugas yang ada kaitannya dengan unit kerja pelayanan kesehatan;
 - i. mengevaluasi dan merumuskan kegiatan pelaksanaan program di seksi pelayanan kesehatan;
 - j. mengevaluasi kegiatan bawahan serta tenaga medis, tenaga keperawatan melalui SKP untuk pengembangan karier;
 - k. melaksanakan kerjasama/kemitraan dengan unit kerja/instansi/ lembaga atau pihak ketiga dibidang pelayanan kesehatan sepanjang tidak bertentangan dengan aturan yang ada; dan
 - l. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan.
3. Seksi Pelayanan Kesehatan terdiri atas 1 (satu) orang Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan;
 4. Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan bertanggungjawab kepada Direktur,
 5. Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
 6. Pengangkatan dan pemberhentian Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- D. Seksi Pelayanan Penunjang
1. Seksi Pelayanan Penunjang mempunyai tugas merumuskan, mengoordinasikan, melaksanakan, mengatur, membina, mengendalikan, mengevaluasi, dan mempertanggungjawabkan tugas di bidang pelayanan penunjang.
 2. Seksi Pelayanan Penunjang mempunyai uraian tugas:
 - a. menyusun rencana operasional dan program kerja di Seksi Pelayanan Penunjang;
 - b. mengoordinir penyusunan standar operasional prosedur/SOP di pelayanan penunjang;
 - c. mengoordinir kegiatan peningkatan pengetahuan dan keterampilan di pelayanan penunjang medik melalui pendidikan dan pelatihan maupun sosialisasi yang diselenggarakan di dalam/diluar rumah sakit;
 - d. mengoordinir pemeliharaan, perawatan kalibrasi peralatan penunjang medik;
 - e. mengoordinir pemantauan mobilisasi dan distribusi peralatan penunjang medik;

- f. penyusunan kebutuhan sarana prasarana dan logistik penunjang medik beserta pengadaannya sebagai bahan rencana pengadaan serta penyusunan laporannya;
 - g. menganalisa kebutuhan tenaga penunjang medik berdasarkan perkembangan pelayanan, sebagai masukan dalam perencanaan kebutuhan pegawai;
 - h. memantau dan mengevaluasi kegiatan pelayanan penunjang medik;
 - i. melaksanakan koordinasi kegiatan penunjang medik dengan sub unit kerja lain di lingkungan rumah sakit; dan
 - j. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan.
3. Seksi Pelayanan Penunjang terdiri atas 1 (satu) orang Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan;
 4. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang bertanggungjawab kepada Direktur;
 5. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang diangkat dan diberhentikan oleh Bupati;
 6. Pengangkatan dan pemberhentian Kepala Seksi Pelayanan Penunjang dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

E. Rapat Manajemen:

1. Rapat Manajemen adalah rapat yang diselenggarakan Direktur untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
2. Rapat Manajemen terdiri atas:
 - a. Rapat Rutin;
 - b. Rapat Tahunan; dan
 - c. Rapat Khusus.
3. Keputusan Rapat Manajemen 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 Tata Usaha dan Keuangan.
6. Rapat rutin diselenggarakan 1 (satu) bulan sekali.
7. Dalam rapat sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan tugas, kewenangan dan kewajibannya.
8. Rapat rutin dihadiri oleh Direktur, Kepala Sub bagian dan Kepala Seksi.
9. Rapat tahunan diselenggarakan 1 (satu) tahun sekali.
10. Dalam rapat sebagaimana 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.
12. Direktur mengundang untuk rapat khusus apabila ada penting yang harus segera diputuskan; atau

13. Setiap rapat Manajemen selain dihadiri oleh para Direktur juga dapat dihadiri pihak lain yang ada di lingkungan RSUD Sepaku atau dari luar lingkungan RSUD Sepaku apabila diperlukan.

IV. KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

A. Umum

1. Komite adalah organ rumah sakit yang terdiri atas tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka meningkatkan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
2. Pembentukan komite di rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan komite lain yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Komite lain antara lain seperti Komite Farmasi dan Terapi.
4. Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur rumah sakit.
5. Komite berada dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur rumah sakit.
6. Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan Keputusan oleh Direktur rumah sakit.
7. Tiap-tiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur rumah sakit.
8. Setiap komite akan dijabarkan dalam bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya pada Buku Kesatu Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*).
9. 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.
10. Pengaturan mengenai Komite Medik akan diatur secara khusus dalam bab tersendiri pada Buku Kedua Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*).
11. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata Kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.

B. Komite Farmasi dan Terapi

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

4. 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. Dipidanakan penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan rumah sakit; dan
 - e. Adanya kebijakan dari pemilik rumah sakit.
5. Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud apad ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
6. Tugas 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 regiment, tepat obat, tepat dosis dan waspada efek samping obat;
 - c. Memantau pengelolaan obat dirumah sakit agar dilakukan secara transparan;
 - d. Melakukan pembinaan etika profesi farmasi dan melaksanakan kredensial {proses evaluasi untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*)} 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 katagori 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 local maupun nasional;
 - k. Melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di rumah sakit dengan mengkaji rekam medis dibandingkan dengan standar diagnose dan terapi serta pedoman-pedoman lainnya, dengan maksud untuk mendorong peningkatan secara penggunaan obat secara rasional;
 - l. Mengumpulkan dan meninjau laporan mengenai Monitoring Sfak 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.
- 7. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada angka 5 Komite Farmasi dan terapi dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain.
 - 8. Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam angka 6 disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
 - 9. Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada angka 7 adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

D. Komite Keperawatan:

- 1. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- 2. Komite Keperawatan merupakan perwakilan kelompok profesi perawat dan bidan yang bertugas membantu Direktur untuk menerapkan tata Kelola asuhan keperawatan (*clinical governance*).
- 3. Komite Keperawatan keanggotaannya dipilih dari dan oleh staf keperawatan fungsional dan bidan fungsional yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- 4. Ketua dan Anggota Komite Keperawatan diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- 5. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan bertanggungjawab langsung kepada Direktur.
- 6. 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 melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan rumah sakit; dan
 - e. Adanya kebijakan dari pemilik rumah sakit.
- 7. Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada angka 3 diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
- 8. Tugas, fungsi dan kewenangan Komite Keperawatan adalah:
 - a. Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - 1) melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
 - 2) memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan

- 3) menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- b. Dalam melaksanakan fungsi Kredensial, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- 1) menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
 - 2) melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
 - 3) merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan;
 - 4) merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
 - 5) melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - 6) melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada kepala/direktur Rumah Sakit;
- c. Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- 1) menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - 2) merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - 3) melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - 4) memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- d. Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- 1) melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - 2) melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - 3) merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - 4) merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
 - 5) memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.
- e. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:
- 1) memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
 - 2) memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
 - 3) memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
 - 4) memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
 - 5) memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
 - 6) memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
 - 7) memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

9. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada angka 8 Komite Keperawatan dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain.
10. Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada angka 9 disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
11. Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada angka 10 adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.
12. Komite Keperawatan dipimpin oleh seorang ketua dan disebut sebagai ketua Komite Keperawatan dengan susunan perangkat organisasinya sebagai berikut:
 - a. Ketua Komite Keperawatan;
 - b. Wakil Ketua Komite Keperawatan;
 - c. Sekretaris Komite Keperawatan; dan
 - d. Anggota;
13. Komite Keperawatan dapat membentuk sub komite/panitia yang merupakan kelompok kerja.

E. Satuan Pemeriksaan Internal.

1. Anggota Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
2. Ketua dipilih dari dan oleh Anggota Satuan Pemeriksaan Internal berdasarkan Berita Acara Rapat Anggota Satuan Pemeriksaan Internal.
3. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pemeriksaan Internal bertanggungjawab langsung kepada Direktur.
4. 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;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - d. Dipidana penjara karena 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.
5. Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada angka 4 diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
6. Tugas satuan pemeriksaan internal adalah membantu Direktur dalam pemantauan dan pengendalian kinerja kegiatan di RSUD yang mencakup aspek pencapaian hasil program, pertanggungjawaban keuangan dan sarana penunjang pelayanan medis/non medis.
7. Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam angka 6 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 Aksternal Auditor.
8. Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam angka 6 dan 7 disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur.

V. PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BY LAWS*)

A. Tujuan

1. Tujuan dari peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*):
 - 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 profesional; dan
 - c. Memberikan landasan hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medik.
2. 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 purna waktu maupun paruh waktu dari satuan kerja pelayanan di Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Staf Medis bergabung dalam salah satu kelompok staf medis yang dinamakan Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF).
4. Staf Medis dalam melaksanakan keprofesiannya wajib mengikuti Tata Kelola Klinis (*clinical governance*) di tingkat KSMF dan tingkat rumah sakit.
5. Staf Medis bertanggung jawab kepada Kepala Kepala Seksi 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 Komite Medik.
2. Pembinaan dan pengawasan terhadap staf medis meliputi pembinaan dan pengawasan kemenangan 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 Seksi Pelayanan Kesehatan.

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 atas paling sedikit 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 Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan.

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 angkatan 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. Komite Medik bersama direktur membentuk panitia adhoc yang terdiri dari bestari tersebut untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.

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 paruh waktu yang diusulkan 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.

VI. KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)

1. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
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/sertefikat yang diakui oleh masing-masing organisasi profesi;
 - b. Berdasarkan hasil kredensial subkomite 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 kepa Director 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 {proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan}.
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 Pemeritahuan 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.

VII. PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

1. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
2. Setelah melalui proses kredesial, Direktur menerbitkan surat penugasan klinis yang menghimpun seluruh kewenangan klinis yang dimiliki oleh seorang staf medis fungsional.
3. Kewenangan klinis yang terhimpun dalam surat penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada angka 1, ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi yang diberikan oleh Komite Medik.
4. Surat penugasan klinis hanya dapat diberikan kepada staf medis yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) dan Surat Tanda Register (STR) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran/Kedokteran Gigi Indonesia.
5. 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 mengenai Kesehatan 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.
6. Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada angka 5, berlaku selama 5 (lima) tahun atau ditentukan lain berdasarkan peraturan perundang-undangan.
 7. Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam angka 5 dapat berakhir sebelum jangka waktu 5 (lima) tahun dalam hal;
 - a. Izin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - b. Kondisi fisik atau mental staf medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan medis secara menetap;
 - c. Staf medis telah berusia 60 (enam puluh) tahun atau dokter pendidik klinis telah berusia 65 (enam puluh lima) tahun. Namun yang bersangkutan masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan/pertimbangan Direktur;
 - d. Staf medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) atau kontrak;
 - e. Staf medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelalaian, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik;
 - f. Staf medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan ; dan/atau
 - g. Staf medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan rumah sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
 8. Jangka waktu penugasan staf medis akan berakhir sesuai dengan ketetapan dan/atau kontrak kerja yang berlaku (bagi tenaga kontrak, tenaga honorer, tamu dan konsultan).

VIII. KOMITE MEDIK

A. Umum

1. 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.
2. Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih dari dan oleh anggota dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

3. 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.
4. 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 professional 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.
5. 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.
6. 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 professional di rumah sakit; dan

- d. Pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
7. 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.
8. Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc* dari mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur.
9. 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;
10. Komite medik dapat membentuk sub komite/panitia yang merupakan kelompok kerja.
11. Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh personalia komite medik oleh Direktur.
12. Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana angka 3, angka 4, angka 5, angka 6 dan angka 7, 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 angka 1 diputuskan melalui Rapat Komite Medik dan Subkomite.
3. Mekanisme jenis rapat dan pelaksanaan rapat tersebut diatur lebih lanjut dalam Pedoman Rapat Pengambilan Keputusan Komite Medik.

IX. PENGORGANISASIAN SUBKOMITE

1. Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh Subkomite yang terdiri dari :
 - a. Subkomite Kredensial;

- b. Subkomite Mutu Profesi; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
2. Pembentukan Subkomite 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 Subkomite terdiri atas:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Anggota.

X. SUBKOMITE KREDENSIAL

1. Subkomite kredensial di rumah sakit paling sedikit terdiri atas 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit.
2. Pengorganisasian Subkomite kredensial paling sedikit terdiri atas ketua, sekretaris, dan anggota yang direkomendasikan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.
3. Tugas dan wewenang Subkomite kredensial adalah:
 - a. Menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis;
 - b. Melakukan pemeriksaan dan pengkajian;
 - 1) Kompetensi;
 - 2) Kesehatan fisik dan mental;
 - 3) Perilaku; dan
 - 4) Etika profesi.
 - c. Mengevaluasi data Pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/P3KGB) tenaga medis;
 - d. Mewawancarai pemohonan 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.
4. 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*).
5. Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
6. Proses kredensial dapat dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan permintaan dari komite medik melalui rekomendasi dari Subkomite kredensial.
7. Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
8. Kewenangan klinis sesuai ayat (3) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.
9. 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 disuga melakukan kelalaian terkait tugas tugas dan kewenangannya;
 - c. Staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
 - d. Staf medis yang bersangkutan disuga melakukan Tindakan pelanggaran etika profesi; dan
 - e. Staf medis yang bersangkutan telah menyelesaikan Pendidikan profesi lanjutan.
10. Dalam proses rekredensial Subkomite kredensial dapat memberikan rekomendasi:
 - a. Kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. Kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. Kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. Kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. Kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - f. Kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
11. Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

XI. SUBKOMITE MUTU PROFESI

1. Subkomite mutu profesi di rumah sakit terdiri atas paling sedikit 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 paling sedikit terdiri atas ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua komite medik.
3. Tugas dan berwenang 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 rumah sakit; dan
 - 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 Subkomite mutu profesi adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *suveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
5. Hasil dari audit medis sebagaimana pada angka 4 (empat) 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. Subkomite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis.
7. Selain pertemuan ilmiah sebagaimana disebutkan pada ayat (1), Subkomite mutu profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
8. Subkomite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Subkomite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peran aktif.
9. Subkomite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan & penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
10. Subkomite mutu profesi merekomendasikan 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 Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan 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 Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan.

XII. SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

1. Subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf medis yang dimiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
2. Pengorganisasian Subkomite etika dan disiplin profesi paling sedikit terdiri atas ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggung jawab 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. Penegakkan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Subkomite etika dan disiplin profesi.
6. Panel terdiri atas 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.
7. Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
8. Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.
9. 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 untuk terkait lainnya.
10. Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.
11. Subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus etik dan/atau disiplin profesi dengan mengikutsertakan pihak terkait yang berkompetensi untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis maupun disiplin profesi.

XIII. PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS (*CLINICAL GOVERNANCE*)

1. 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.
2. 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.

3. 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.
4. Seluruh aturan-aturan sebagaimana dimaksud pada angka 3, ditetapkan oleh Direktur.

XIV. AMANDEMEN/PERUBAHAN

1. Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku (*Hospital By Laws*) paling sedikit 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.
3. *Addendum dan/atau Amandemen* sebagaimana dimaksud pada ayat (2), merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Rumah Sakit ini.

XV. Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sepaku (*Hospital By Laws*) menjadi pedoman dalam penyelenggaraan RSUD Sepaku.

Plt.BUPATI PENAJAM PASER UTARA,

Ttd

HAMDAM

Salinan sesuai dengan aslinya
SEKRETARIAT DAERAH
KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA
Kepala Bagian Hukum
Setda Kabupaten Penajam Paser Utara

