



BUPATI PANGANDARAN
PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN BUPATI PANGANDARAN
NOMOR 16 TAHUN 2020

TENTANG

PERATURAN INTERNAL UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANDEGA
KABUPATEN PANGANDARAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PANGANDARAN,

- Menimbang :
- a. bahwa rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya;
 - b. bahwa Pemerintah kabupaten Pangandaran telah membentuk UPTD Rumah Sakit Umum Daerah dengan Peraturan Bupati Pangandaran Nomor 49 Tahun 2019 tentang Pembentukan dan Struktur Organisasi Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Pangandaran dan secara resmi telah diberi nama UPTD RSUD Pandega Kabupaten Pangandaran dengan Peraturan Bupati Pangandaran Nomor 10 Tahun 2020;
 - c. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan UPTD RSUD Pandega Kabupaten Pangandaran, perlu kejelasan peran dan fungsi pemilik, pengelola serta staf medis di rumah sakit sehingga UPTD RSUD Pandega Kabupaten Pangandaran perlu mempunyai peraturan internal yang mengatur peran dan fungsi pemilik, pengelola serta staf medik;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Pandega Kabupaten Pangandaran.

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2012 tentang Pembentukan Kabupaten Pangandaran di Provinsi Jawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 230 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5363);
5. 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 diubah dua 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);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171);
8. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);

10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital by Laws);
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff by Laws) Rumah Sakit;
13. Peraturan Daerah Kabupaten Pangandaran Nomor 29 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Kesehatan (Lembaran Daerah Kabupaten Pangandaran Tahun 2016 Nomor 29);
14. Peraturan Daerah Kabupaten Pangandaran Nomor 31 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Pangandaran (Lembaran Daerah Kabupaten Pangandaran Tahun 2016 Nomor 31) sebagaimana telah dua kali diubah terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Pangandaran Nomor 10 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Kabupaten Pangandaran Nomor 31 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Pangandaran (Lembaran Daerah Kabupaten Pangandaran Tahun 2019 Nomor 31);
15. Peraturan Daerah Kabupaten Pangandaran Nomor 12 Tahun 2019 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Pangandaran Tahun Anggaran 2020 (Lembaran Daerah Kabupaten Pangandaran Tahun 2016 Nomor 12);
16. Peraturan Bupati Pangandaran Nomor 44 Tahun 2016 tentang Kedudukan Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Pangandaran (Berita Daerah Kabupaten Pangandaran Tahun 2016 Nomor 44) sebagaimana telah diubah dua kali terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Pangandaran Nomor 70 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Bupati Pangandaran Nomor 44 Tahun 2016 tentang Kedudukan Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Pangandaran (Berita Daerah Kabupaten Pangandaran Tahun 2019 Nomor 70);
17. Peraturan Bupati Pangandaran Nomor 49 Tahun 2019 tentang Pembentukan dan Struktur Organisasi Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Pangandaran;

18. Peraturan Bupati Pangandaran Nomor 10 Tahun 2020 tentang Pemberian Nama UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pangandaran.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANDEGA KABUPATEN PANGANDARAN

BAGIAN I
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(CORPORATE BY LAWS)

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Internal UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Pandega Kabupaten Pangandaran yang dimaksud dengan:

1. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
2. Bupati adalah Bupati Kabupaten Pangandaran.
3. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Pangandaran.
4. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pangandaran.
5. UPTD RSUD Pandega Pangandaran adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pangandaran.
6. Direktur adalah Direktur UPTD RSUD Pandega Pangandaran.
7. Pemilik adalah pemilik UPTD RSUD Pandega Pangandaran yaitu Pemerintah Daerah Kabupaten Pangandaran.
8. Dewan Pengawas adalah Dewan Pengawas Rumah Sakit yang merupakan suatu unit non struktural yang bersifat independen dan keanggotaannya terdiri dari unsur pemilik rumah sakit, organisasi profesi, asosiasi perumhaskitan dan tokoh masyarakat yang bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
9. 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.
10. Satuan Pemeriksaan Intern adalah wadah non-struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan intern di Rumah Sakit.

11. Staf Medis adalah dokter umum, dokter gigi umum, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional, melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan, pendidikan dan penelitian secara penuh waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku.
12. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
13. 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*).
14. 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.
15. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
16. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
17. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
18. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) 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.
19. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
20. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staf By Laws*) adalah peraturan penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan mekanisme tata kerja Komite Keperawatan.
21. Staf Keperawatan adalah kelompok staf perawat fungsional yang dikelompokkan berdasarkan enam kelompok besar pasien di RSUD Pandega Pangandaran yaitu Medikal Bedah, Kamar Bedah, Anak, Maternitas, Gawat Darurat, dan Perawatan Kritis.

BAB II IDENTITAS

Pasal 2

- (1) Rumah sakit ini bernama UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Pandega Kabupaten Pangandaran, selanjutnya disingkat UPTD RSUD Pandega Pangandaran.

- (2) Alamat UPTD RSUD Pandega Pangandaran adalah Jalan Merdeka Nomor 412 Desa Pananjung Kecamatan Pangandaran Kabupaten Pangandaran.

Pasal 3

- (1) UPTD RSUD Pandega Pangandaran adalah Unit Pelaksana Teknis dari Dinas Kesehatan yang merupakan unit organisasi bersifat fungsional dan unit layanan yang bekerja profesional.
- (2) UPTD RSUD Pandega Pangandaran bersifat otonom dalam penyelenggaraan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis.
- (3) UPTD RSUD Pandega Pangandaran bersifat otonom dalam perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban keuangan.
- (4) UPTD RSUD Pandega Pangandaran dalam penyelenggaraan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dibina dan bertanggung jawab kepada Dinas Kesehatan.

Pasal 4

UPTD RSUD Pandega Pangandaran merupakan Rumah Sakit Umum Kelas C yang memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang melayani rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat beserta pelayanan penunjangnya.

Pasal 5

- (1) Visi UPTD RSUD Pandega Pangandaran adalah Menjadi Rumah Sakit yang Profesional, Aman dan Bermutu.
- (2) Misi UPTD RSUD Pandega Pangandaran adalah:
 - a. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu;
 - b. Menyediakan alat kesehatan dan sarana prasarana sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; dan
 - c. Meningkatkan kompetensi sumber daya manusia yang berkarakter di Rumah Sakit.
- (3) Tujuan UPTD RSUD Pandega Pangandaran adalah:
 - a. Meningkatnya pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu di rumah sakit;
 - b. Tersedianya alat kesehatan dan sarana prasarana sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; dan
 - c. Meningkatnya kompetensi sumber daya manusia yang berkarakter.

Pasal 6

- (1) Nilai-nilai UPTD RSUD Pandega Pangandaran adalah:
 - a. Ceria:
Bekerja dengan senyum, hangat, ceria dan berpenampilan menarik.

- b. Empati:
Bekerja dengan menumbuhkan rasa peduli terhadap pasien sehingga menumbuhkan rasa nyaman.
 - c. Profesional:
 - Bekerja sesuai dengan Standar Operasional Prosedur;
 - SOP mengacu kepada Standar Pelayanan Minimal (SPM).
 - d. Aman:
Selalu mengutamakan keselamatan pasien dalam melaksanakan tugas dan fungsinya. dan
 - e. Tanggungjawab:
Bekerja dengan penuh rasa tanggung jawab dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.
- (2) Moto UPTD RSUD Pandega Pangandaran adalah Pelayanan yang Aman dan Bermutu Prioritas Kami.
- (3) Logo RSUD Pandega Pangandaran adalah:



BAB III DEWAN PENGAWAS

Pasal 7

- (1) Dewan Pengawas UPTD RSUD Pandega Pangandaran dibentuk oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas UPTD RSUD Pandega Pangandaran adalah suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit.

Pasal 8

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas UPTD RSUD Pandega Pangandaran berjumlah 4 (empat) orang, terdiri dari 1 (satu) orang Ketua dan 3 (tiga) orang Anggota.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas Rumah Sakit dapat terdiri atas unsur-unsur:
 - a. Pemilik Rumah Sakit;
 - b. Organisasi Profesi;
 - c. Asosiasi Rumah Sakit; dan
 - d. Tokoh masyarakat ahli perumahsakit.

Pasal 9

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Masa jabatan Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun.

Pasal 10

Persyaratan untuk dapat diangkat sebagai anggota Dewan Pengawas adalah meliputi:

- a. Orang perorangan;
- b. Berkewarganegaraan Indonesia;
- c. Memiliki dedikasi, memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan Rumah Sakit dan dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya; dan
- d. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota Pengelola, Komisaris atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu rumah sakit dinyatakan pailit, atau orang yang tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan negara.

Pasal 11

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur UPTD RSUD Pandega Pangandaran dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas sebagai pendukung administratif bagi kegiatan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas mengikuti masa jabatan Dewan Pengawas.

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. Melakukan pengawasan terhadap perencanaan UPTD RSUD Pandega Pangandaran yang meliputi pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategis Bisnis jangka panjang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. Memberikan pendapat dan saran kepada Bupati atau pejabat yang ditunjuk Bupati mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh UPTD RSUD Pandega Pangandaran;
 - c. Mengikuti perkembangan kegiatan UPTD RSUD Pandega Kabupaten Pangandaran dan memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan UPTD RSUD Pandega Pangandaran; dan
 - d. Memberikan laporan kepada Bupati apabila terdapat gejala menurunnya kinerja UPTD RSUD Pandega Pangandaran.

- (2) Dewan Pengawas secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan/atau sewaktu-waktu melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati.

Pasal 13

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:

1. Meminta penjelasan dari Pengelola dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengurusan dan pengelolaan UPTD RSUD Pandega Pangandaran;
2. Meminta Pengelola dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas; dan
3. Menghadiri rapat Direktur dan memberikan pandangan-pandangan terhadap hal-hal yang dibicarakan.

Pasal 14

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Bupati sebagai representasi pemilik rumah sakit.

Pasal 15

Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada dana pendapatan rumah sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Rumah Sakit.

Pasal 16

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasehat kepada Pengelola.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri atas:
 - a. Rapat Rutin/Bulanan;
 - b. Rapat Tahunan; dan
 - c. Rapat Khusus/ Sewaktu-waktu.

Pasal 17

Setiap rapat dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 18

Setiap rapat, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas juga dihadiri oleh Direktur dan pihak lain yang ada di lingkungan rumah sakit dan/ atau di luar lingkungan rumah sakit apabila diperlukan.

Pasal 19

- (1) Keputusan Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh Ketua dan $\frac{1}{2}$ (setengah) dari jumlah anggota Dewan Pengawas.
- (3) Keputusan rapat diputuskan dengan musyawarah mufakat atau pemungutan suara.
- (4) Keputusan rapat dengan pemungutan suara dinyatakan sah apabila disetujui oleh lebih dari $\frac{1}{2}$ (setengah) anggota yang hadir.
- (5) Keputusan rapat bersifat kolektif kolegial.
- (6) Risalah rapat dibuat dan menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (7) Risalah rapat ditandatangani oleh seluruh peserta rapat.
- (8) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal ini.

BAB IV MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Pasal 20

Manajemen UPTD RSUD Pandega Pangandaran terdiri atas Direktur, Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian, dan Kepala Seksi.

Pasal 21

- (1) Direktur adalah pimpinan tertinggi UPTD RSUD Pandega Pangandaran yang memiliki tugas memimpin, membuat perencanaan, melaksanakan kegiatan, membina pelaksanaan kegiatan, mengawasi pelaksanaan kegiatan dan mengkoordinasikan UPTD RSUD Pandega Pangandaran sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku.
- (2) Direktur diangkat oleh Bupati dari pejabat fungsional dokter/ dokter gigi yang memiliki pendidikan tambahan manajemen/ administrasi rumah sakit atau memiliki pengalaman bekerja di rumah sakit.
- (3) Direktur bertanggung jawab kepada Bupati melalui Kepala Dinas Kesehatan.

Pasal 22

- (1) Kepala Bagian Tata Usaha adalah Pejabat Struktural yang bertugas memberikan dukungan administratif kepada Direktur.
- (2) Kepala Bagian Tata Usaha diangkat oleh Bupati dari Pejabat Struktural berdasarkan kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang umum dan keadministrasian.
- (3) Kepala Bagian Tata Usaha bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 23

- (1) Kepala Sub Bagian adalah Pejabat Struktural yang bertugas membantu Kepala Tata Usaha.
- (2) Kepala Sub Bagian terdiri atas:
 - a. Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
 - b. Kepala Sub Bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan; dan
 - c. Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset.
- (3) Kepala Sub Bagian diangkat oleh Bupati berdasarkan kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidangnya masing-masing.
- (4) Kepala Sub Bagian bertanggungjawab kepada Kepala Bagian Tata Usaha.

Pasal 24

- (1) Kepala Bidang adalah Pejabat Struktural yang bertugas membantu Direktur dalam membuat perencanaan, melaksanakan kegiatan, membina pelaksanaan kegiatan dan mengawasi pelaksanaan kegiatan.
- (2) Kepala Bidang terdiri atas:
 - a. Kepala Bidang Pelayanan; dan
 - b. Kepala Bidang Keperawatan.
- (3) Kepala Bidang diangkat oleh Bupati, dengan kualifikasi:
 - a. Dokter/ Dokter Gigi untuk Kepala Bidang Pelayanan; dan
 - b. Ners untuk Kepala Bidang Keperawatan.
- (3) Kepala Bidang bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 25

- (1) Kepala Seksi adalah Pejabat Struktural yang bertugas membantu Kepala Bidang.
- (2) Kepala Seksi dibawah Kepala Bidang Pelayanan terdiri atas:
 - a. Kepala Seksi Pelayanan Medis;
 - b. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medis; dan
 - c. Kepala Seksi Pelayanan Non Medis.
- (3) Kepala Seksi dibawah Kepala Bidang Keperawatan terdiri atas:
 - a. Kepala Seksi Asuhan Keperawatan;
 - b. Kepala Seksi Penunjang Non Medis; dan
 - c. Kepala Seksi Etika dan Mutu Keperawatan.
- (4) Kepala Seksi diangkat oleh Bupati berdasarkan kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidangnya masing-masing.
- (5) Kepala Seksi bertanggung jawab kepada Kepala Bidang.

BAB V
KOMITE - KOMITE

Pasal 26

- (1) Komite adalah wadah non struktural 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 UPTD RSUD Pandega Pangandaran disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang sekurang-kurangnya terdiri dari Komite Medik dan Komite Keperawatan.
- (3) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite dipimpin oleh seorang Ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Masa jabatan komite adalah sesuai dengan masa jabatan Direktur.

Pasal 27

Tiap-tiap Komite yang terdapat di UPTD RSUD Pandega Pangandaran mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 28

- (1) Komite Medik adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama 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 diangkat oleh Direktur melalui penunjukan Staf Medis dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (3) Komite Medik terdiri dari Subkomite Kredensial, Subkomite Mutu Profesi, Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- (4) Komite Medik dipimpin oleh seorang Ketua merangkap anggota dibantu seorang Sekretaris merangkap anggota serta Ketua Subkomite merangkap anggota.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc* yang diangkat oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.
- (6) Apabila dipandang perlu panitia *adhoc* dapat melibatkan mitra bestari yang berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Pasal 29

- (1) Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.

- (2) Komite Keperawatan diangkat oleh Direktur melalui penunjukan staf keperawatan dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (3) Komite Keperawatan terdiri dari Subkomite Kredensial, Subkomite Mutu Profesi, Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- (4) Komite Keperawatan dipimpin oleh seorang Ketua merangkap anggota dibantu seorang Sekretaris merangkap anggota serta Ketua Subkomite merangkap anggota.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia *ad hoc* yang diangkat oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Keperawatan.
- (6) Apabila dipandang perlu panitia *ad hoc* dapat melibatkan Mitra Bestari yang berasal dari rumah sakit lain, organisasi profesi perawat, organisasi profesi bidan dan/atau institusi pendidikan keperawatan dan institusi pendidikan kebidanan.

Pasal 30

- (1) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite lainnya ditetapkan oleh Direktur atas persetujuan Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Struktur komite, anggota, tugas dan fungsi ditetapkan oleh Direktur setelah disetujui oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (3) Persetujuan oleh Pemilik Rumah Sakit ditetapkan dengan Keputusan Bupati berdasarkan pertimbangan dari Kepala Dinas atas permohonan secara tertulis dari Direktur.
- (4) Permohonan dari Direktur memuat materi minimal mengenai latar belakang, manfaat, tujuan, jumlah, jenis, keanggotaan, dan tugas fungsi dari komite lainnya yang dimohonkan.

BAB VII

SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

Pasal 31

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal adalah unit kerja pemeriksa internal rumah sakit
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal terdiri dari Ketua dan Anggota yang terdiri dari pejabat fungsional dokter/tenaga kesehatan atau auditor.

Pasal 32

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal diangkat oleh Bupati.
- (2) Masa jabatan Satuan Pemeriksaan Internal sama dengan masa jabatan 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 UPTD RSUD Pandega Pangandaran;

- d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan RSUD Pandega Pangandaran; atau
- e. Mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan UPTD RSUD Pandega Pangandaran.

Pasal 33

Satuan Pemeriksaan Internal bertugas melakukan pemeriksaan dan audit kinerja internal untuk dilaporkan kepada Direktur dan Dewan Pengawas.

Pasal 34

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada Pasal 31, Satuan Pemeriksaan Internal berfungsi:
 - a. Merancang sistem pemeriksaan dan sistem pengendalian intern;
 - b. Melaksanakan pemeriksaan/ audit keuangan dan audit manajemen operasional;
 - c. Melakukan identifikasi risiko sebagai upaya membantu Direksi mencegah terjadinya penyimpangan;
 - d. Memberikan konsultasi dan pembinaan tentang manajemen risiko terkait dengan pengendalian intern; dan
 - e. Melakukan hubungan dengan Eksternal Auditor.
- (2) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur.

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

BAB VIII STAF MEDIS

Pasal 35

Tujuan dari peraturan internal Staf Medis (*medical staff bylaws*) adalah:

- 1. Memberikan landasan hukum bagi Komite Medik guna melaksanakan tugas dan fungsinya dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- 2. Pengorganisasian Staf Medis di RSUD Pandega Pangandaran dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap kebutuhan pasien dan peningkatan mutu layanan, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas dan bertanggung jawab.

Pasal 36

- (1) Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis) yang bergabung dalam salah satu kelompok staf medis yang dinamakan Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF).
- (2) Staf Medis dapat berstatus sebagai dokter purna waktu, dokter paruh waktu, dokter tamu atau dokter konsultan dengan segala jenis status kepegawaian atau hubungan kerja.

- (3) Staf Medis dalam melaksanakan keprofesiannya wajib mengikuti Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) di tingkat KSMF dan tingkat UPTD RSUD Pandega Pangandaran.

Pasal 37

- (1) Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) adalah kelompok dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis berdasarkan kesamaan jenis Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP).
- (2) Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) dan organisasinya dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) terdiri atas minimal 2 (dua) dokter dengan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP) yang sejenis.
- (4) Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF) yang terdiri dari kurang dari 2 (dua) dokter, maka dokter tersebut dapat bergabung dengan Kelompok Staf Medis Fungsional lain.

Pasal 38

- (1) Kelompok Staf Medis Fungsional dipimpin oleh Ketua KSMF.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua KSMF dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan yang sama dengan masa jabatan Direktur dengan mempertimbangkan masukan dari anggota Kelompok Staf Medis Fungsional.
- (3) Ketua KSMF bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Tugas Ketua KSMF adalah menyusun dan melaksanakan Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) berdasarkan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf Bylaws*), pendidikan dokter/dokter spesialis dan penelitian di tingkat Kelompok Staf Medis Fungsional.

Pasal 39

- (1) Mitra Bestari 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 ayat (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 fakultas kedokteran.
- (3) Direktur bersama Komite Medik dapat membentuk panitia *adhoc* yang terdiri dari mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.

BAB IX
KEWENANGAN KLINIS

Pasal 40

- (1) Kewenangan Klinis adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan Medis sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Tanpa Kewenangan Klinis maka seorang dokter/ dokter gigi tidak dapat menjadi anggota Kelompok Staf Medis Fungsional.
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan pertimbangan antara lain:
 - a. *Clinical Appraisal* (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
 - b. Standar Profesi dari organisasi profesi;
 - c. Standar Pendidikan; dan
 - d. Standar Kompetensi dari Kolegium.

Pasal 41

- (1) Kewenangan Klinis dimohonkan oleh Staf Medis kepada Direktur pada saat masuk di UPTD RSUD Pandega Pangandaran, pada saat habis masa berlaku Kewenangan Klinis sebelumnya atau menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas.
- (2) Sesuai dengan permohonan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) maka Direktur akan meminta Komite Medik untuk melakukan rekredensial.
- (3) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan Rekomendasi Komite Medik.

Pasal 42

- (1) Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis rumah sakit diberikan Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik, dengan ketentuan:
 - a. Penentuan Kewenangan Klinik didasarkan atas jenis ijazah/ sertifikat yang diakui oleh masing-masing organisasi profesi;
 - b. Berdasarkan hasil kredensial Subkomite Kredensial Komite Medik;
 - c. Dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinis maka Komite Medik dapat meminta informasi atau pendapat dari Mitra Bestari.
- (1) Rekomendasi Kewenangan Klinis diberikan oleh Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial dan akan dievaluasi setiap 2 (dua) tahun untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut oleh Direktur.
- (2) Setiap permohonan kewenangan klinis yang dikabulkan dituangkan pada Penugasan Klinis dalam bentuk Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.
- (3) Apabila permohonan kewenangan klinis ditolak dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditandatangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.

Pasal 43

Dalam kondisi negara dinyatakan dalam kondisi darurat, terjadi bencana, kerusuhan, perang yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis rumah sakit lama/ baru maupun tenaga medis relawan diberikan Kewenangan Klinis Otomatis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar Kewenangan Klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

BAB X PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

Pasal 44

- (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 ayat (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).

Pasal 45

- (1) Terhadap pemberian Surat Penugasan Klinis pada seorang Staf Medis secara terus menerus dilakukan evaluasi sebagai berikut:
 - a. Memenuhi syarat sebagai Staf Medis berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain, termasuk didalamnya keberlakuan Sertifikat Kompetensi, Surat Tanda Registrasi dan Surat Ijin Praktik;
 - 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 UPTD RSUD Pandega Pangandaran diisi dengan lengkap, benar dan tuntas dalam jangka waktu sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - d. Memperhatikan segala permintaan UPTD RSUD Pandega Pangandaran yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinik (PPK), *Clinical Pathway* dan prosedur operasional/ manajerial/ administrasi yang berlaku; dan
 - e. Mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat maupun diri sendiri.

- (2) Terhadap Staf Medis yang berdasarkan hasil evaluasi pada ayat (1) tidak memenuhi syarat dapat dilakukan pencabutan Surat Penugasan Klinis.

Pasal 46

Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada Pasal 45 ayat (1) berlaku selama 2 (dua) tahun.

Pasal 47

- (1) Penugasan klinis diterbitkan kepada seorang staf keperawatan/kebidanan setelah melalui proses kredensial dan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat kewenangan klinis yang diberikan kepada seorang staf keperawatan/kebidanan dan tempat yang bersangkutan untuk dapat melaksanakan tugas.
- (3) Penugasan klinis ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama.

Pasal 48

- (1) Penugasan klinis seorang staf keperawatan/kebidanan hanya dapat ditetapkan apabila:
 - a. mempunyai Surat Izin Praktek dan Surat Tanda Registrasi (STR) sesuai ketentuan perundang-undangan;
 - b. memenuhi syarat sebagai staf keperawatan/kebidanan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - c. bersedia memenuhi segala permintaan rumah sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan keperawatan/kebidanan dengan mengacu pada standar prosedur operasional (SPO), dan standar administrasi yang berlaku di rumah sakit; dan
 - d. bersedia mematuhi etika keperawatan/kebidanan yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri.
- (2) Penugasan klinis berlaku selama 2 (dua) tahun.
- (3) Penugasan klinis dapat berakhir sebelum jangka waktu berakhirnya dalam hal:
 - a. izin praktek yang bersangkutan sudah tidak berlaku;
 - b. kondisi fisik atau mental staf keperawatan/kebidanan yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan keperawatan/kebidanan;
 - c. staf keperawatan/kebidanan tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis yang dicantumkan dalam penugasan klinis;
 - d. staf keperawatan/kebidanan telah melakukan tindakan yang tidak profesional atau perilaku menyimpang lainnya;

- e. staf keperawatan/kebidanan diberhentikan oleh Direktur Utama karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
- f. staf keperawatan/kebidanan diberhentikan oleh Direktur Utama karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan rumah sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

Pasal 49

- (1) Pelimpahan wewenang tindakan medis dapat berupa pelimpahan wewenang delegatif atau mandat.
- (2) Pelimpahan wewenang untuk melakukan tindakan medis harus dilakukan secara tertulis.
- (3) Pelimpahan secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada perawat/Bidan untuk melakukan suatu tindakan medis di bawah pengawasan tenaga medis yang melimpahkan wewenang.
- (4) Pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada perawat disertai pelimpahan tanggung jawab.
- (5) Pelimpahan wewenang secara delegatif hanya dapat diberikan kepada perawat profesi atau perawat vokasi terlatih.
- (6) Jenis tindakan dalam pelimpahan wewenang secara mandat meliputi tindakan:
 - a. Memberikan terapi parenteral;
 - b. Menjahit luka; dan
 - c. Tindakan medis lainnya sesuai kompetensi perawat/bidan;
- (7) Jenis tindakan dalam pelimpahan wewenang secara delegatif meliputi tindakan:
 - a. Memasang infus;
 - b. Menyuntik;
 - c. Imunisasi dasar; dan
 - d. Tindakan medis lainnya yang dilakukan sesuai dengan kompetensi perawat/bidan.
- (8) Jenis tindakan medis lainnya dalam pelimpahan wewenang secara mandat atau delegatif ditetapkan oleh Pimpinan rumah sakit bagi pelimpahan wewenang yang dilakukan oleh tenaga medis di rumah sakit atas usulan komite medik dan komite keperawatan.

Pasal 50

- (1) Dalam keadaan darurat untuk memberikan pertolongan pertama, perawat/bidan dapat melakukan tindakan medis dan pemberian obat sesuai dengan kompetensinya berdasarkan ketentuan perundang-undangan.
- (2) Pertolongan pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menyelamatkan nyawa klien dan mencegah kecacatan lebih lanjut.
- (3) Selain bertujuan sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), pemberian pertolongan pertama ditujukan untuk mengurangi rasa sakit dan menstabilkan kondisi klien.

- (4) Keadaan darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keadaan yang mengancam nyawa atau kecacatan klien.
- (5) Keadaan darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh perawat/bidan sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan keilmuannya.
- (6) Keadaan darurat yang ditetapkan oleh perawat/bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) merupakan penilaian terhadap keadaan klien.
- (7) Perawat wajib merujuk klien kepada dokter atau fasilitas pelayanan kesehatan setelah pertolongan pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selesai dilakukan.

BAB XI TATA KERJA

BAGIAN KESATU TATA KERJA KOMITE MEDIK

Pasal 51

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku serta 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 Komite Medik;
 - 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.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf 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.
- (4) 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.

Pasal 52

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.

Pasal 53

Komite Medik terdiri dari Subkomite Kredensial, Subkomite Mutu Profesi, Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

Pasal 54

- (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 ditetapkan oleh dan bertanggung jawab 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 kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, etika profesi;
 - c. Mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) 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.
- (4) Mekanisme proses kredensial:
- a. Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur dan terdokumentasi;
 - b. Proses kredensial dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan bentukan dari Subkomite Kredensial;
 - c. Setelah dilakukannya proses kredensial, Komite Medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis;
 - d. Kewenangan klinis sesuai ayat (3) huruf b diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (5) Subkomite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
- a. masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis telah habis masa berlakunya;
 - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (6) 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;
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (7) Subkomite Kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

Pasal 55

- (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.
- (2) Pengorganisasian Subkomite Mutu Profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab 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;
 - e. Memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan;
 - f. Memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.
- (4) Audit medis yang dilakukan oleh rumah sakit 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 ayat (4) berfungsi sebagai:
- a. sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
 - b. dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c. dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - d. 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 (6), subkomite mutu profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit maupun kasus langka.
- (8) Komite Medik berkoordinasi dengan Direktur dapat memberikan pendampingan (*proctoring*) pada Staf Medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.

Pasal 56

- (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.
- (2) Pengorganisasian Subkomite Etika dan Disiplin Profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (3) Tugas dan wewenang Subkomite Etika dan Disiplin Profesi adalah:
- a. Melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. Melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit;
 - 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 medis/klinik;
 - 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 Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
 - 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, atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur.
- (6) Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya dan sebagainya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, Komite Medik dan sebagainya.
- (7) Pertimbangan Keputusan Etis:
 - a. Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada Komite Medik;
 - b. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Pasal 57

- (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 oleh Direktur dalam Pedoman Rapat Pengambilan Keputusan Komite Medik.

BAGIAN KEDUA
TATA KERJA KOMITE PERAWAT
Pasal 58

- (1) Menyusun Standar Asuhan Keperawatan/Kebidanan (SAK) sesuai dengan Visi dan Misi Bidang Keperawatan Rumah Sakit serta memantau pelaksanaannya.
- (2) Menyusun sistem pelayanan keperawatan/kebidanan yang professional seiring dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Direksi Rumah Sakit.
- (3) Bekerja sama dengan Bidang Perawatan memantau dan membina perilaku etik dan profesionalisme Perawat/Bidan.
- (4) Memantau dan meningkatkan profesionalisme Perawat/Bidan, yang meliputi kompetensi, yaitu pengetahuan dan keterampilan serta sikap yang relevan dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan/kebidanan.
- (5) Bekerjasama dengan Bidang Keperawatan merencanakan suatu program untuk mengatur kewenangan profesi (*clinical privilege*) Perawat dalam melakukan Asuhan Keperawatan/Kebidanan.
- (6) Memberikan rekomendasi dalam rangka pemberian kewenangan profesi *clinical privilege* bagi Perawat/Bidan yang akan melakukan tindakan Asuhan Keperawatan/Kebidanan di Rumah Sakit.
- (7) Mengkoordinir kegiatan-kegiatan Perawat/Bidan, dan menyampaikan laporan kegiatan Komite Keperawatan secara berkala kepada seluruh Perawat/Bidan Rumah Sakit, serta memberikan tembusan kepada Direktur.

Pasal 59

- (1) Semua asuhan keperawatan/kebidanan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan/kebidanan yang telah diberi Kewenangan Klinis melalui proses Kredensial.
- (2) Kewenangan Klinis seorang staf keperawatan/kebidanan ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Keperawatan.
- (3) Penetapan kewenangan klinis oleh Direktur Utama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan melalui penerbitan penugasan klinis.
- (4) Kewenangan klinis setiap staf keperawatan/kebidanan dapat saling berbeda walaupun memiliki level jenjang karir perawat klinik /spesialisasi / sertifikasi yang sama.
- (5) Kewenangan klinis diberikan kepada staf keperawatan/kebidanan berdasarkan pertimbangan antara lain:
 - a. *clinical appraisal* (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
 - b. Hasil asesmen kompetensi seseui level Perawat Klinik dalam jenjang karir.

Pasal 60

- (1) Kewenangan klinis staf keperawatan/kebidanan terdiri atas:
 - a. Kewenangan klinis umum;
 - b. Kewenangan klinis khusus; dan
 - c. Kewenangan klinis istimewa.
- (2) Kewenangan klinis umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi yang dimiliki dan sesuai jenjang keperawatan klinis yang dimiliki.
- (3) Kewenangan klinis khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b diberikan kepada setiap tenaga keperawatan/kebidanan berdasarkan area kerja/penugasan yang ditetapkan oleh Kepala/Direktur Rumah Sakit.
- (4) Kewenangan klinis istimewa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c diberikan kepada tenaga keperawatan/kebidanan berdasarkan kompetensi tertentu yang dimiliki oleh tenaga keperawatan/kebidanan dengan mempertimbangkan resiko pelayanan dan teknologi yang digunakan.
- (5) Setiap tenaga keperawatan/kebidanan dapat memiliki lebih dari 1 (satu) jenis kewenangan klinis sesuai kompetensi dan kebutuhan pelayanan rumah sakit.

Pasal 61

Kewenangan klinis seorang staf keperawatan/kebidanan dapat dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut oleh Direktur utama.

BAB XII PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS (*CLINICAL GOVERNANCE*)

Pasal 62

- (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 disesuaikan dengan kebutuhan medis pasien;
 - c. Melakukan konsultasi kepada dokter umum, dokter gigi, dokter gigi spesialis dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien;
 - d. Merujuk pasien apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana pada rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

- (2) Kewajiban Staf Medis lainnya apabila dianggap perlu ditetapkan oleh Direktur.

BAB XIII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 63

Perubahan terhadap Peraturan Internal Rumah Sakit dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan.

- (1) Perubahan dapat dilakukan, apabila ada permohonan secara tertulis dari salah satu pihak yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit yaitu Pemilik Rumah Sakit, Direktur, Staf Medis dan Komite Medik.
- (2) Usulan untuk merubah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) hanya dapat dilaksanakan apabila ada pemberitahuan tertulis dari salah satu pihak kepada pihak lainnya yang disampaikan paling lambat 3 (tiga) minggu sebelumnya.
- (3) Perubahan dilakukan dengan menambah pasal baru (*Addendum*) dan/atau merubah pasal yang telah ada (*amandemen*) dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini.
- (4) *Addendum dan/atau Amandemen* sebagaimana dimaksud pada ayat (4), merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Rumah Sakit ini.

Pasal 64

Peraturan Internal Staf Medis ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

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

Ditetapkan di Parigi
pada tanggal 24 Februari 2020
BUPATI PANGANDARAN

Cap/Ttd

H. JEJE WIRADINATA

Diundangkan di Parigi
pada tanggal 24 Februari 2020
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PANGANDARAN

Cap/Ttd

H. KUSDIANA
BERITA DAERAH KABUPATEN PANGANDARAN
TAHUN 2020 NOMOR 16