



BUPATI CIANJUR
PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN BUPATI CIANJUR

NOMOR 18 TAHUN 2019

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PAGELARAN KABUPATEN CIANJUR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI CIANJUR,

- Menimbang : a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subjek hukum, maka perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi masing-masing yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
- b. bahwa untuk mengatur hubungan hukum, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan hubungan medis fungsional, maka perlu dibuatkan peraturan internal (*Hospital Bylaws*) rumah sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran Kabupaten Cianjur;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
2. 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 beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

3. Peraturan Bupati Cianjur Nomor 87 Tahun 2016 tentang Pedoman Teknis Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran Kabupaten Cianjur (Berita Daerah Kabupaten Cianjur Tahun 2016 Nomor 87);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PAGELARAN KABUPATEN CIANJUR.

Pasal 1

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran Kabupaten Cianjur meliputi:
- Peraturan Internal Korporasi; dan
 - Peraturan Internal Staf Medis.
- (2) Uraian Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian 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 Cianjur.

Ditetapkan di Cianjur
pada tanggal **23 Mei 2019**
PELAKSANA TUGAS
BUPATI CIANJUR,



HERMAN SUHERMAN

Diundangkan di Cianjur
pada tanggal **23 Mei 2019**

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN CIANJUR,



ABAN SUBANDI

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI CIANJUR
NOMOR : **18 Tahun 2019**
TENTANG : PERATURAN INTERNAL RUMAH
SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH PAGELARAN KABUPATEN
CIANUR

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

1. Menjabarkan latar belakang penyusunan HBL yang dikaitkan dengan perubahan paradigma bisnis rumah sakit yang menuntut layanan yang mengedepankan keselamatan pasien dan kepuasan terhadap layanan rumah sakit.
 2. Menjabarkan kekhususan bidang layanan rumah sakit yang membedakan dengan rumah sakit lainnya.
- B. Tujuan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran
- C. Fungsi/Manfaat Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran

BUKU KESATU
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(*CORPORATE BY LAWS*)

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran ini yang dimaksud dengan :

1. **Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*)** adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis;
2. **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 Medis di rumah sakit;
3. **Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*)** adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.;
4. **Pemilik** adalah pemilik **Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran** yaitu Pemerintah Daerah Kabupaten Cianjur ;
5. **Badan Layanan Umum (BLU)** adalah instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/ atau jasa

Paraf	:	
Paraf	:	

yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas;

6. **Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU)** adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya;
7. **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;
8. **Komite Medik** adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;
9. **Satuan Pemeriksaan Intern** adalah wadah non-struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan intern di Rumah Sakit ;
10. **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 purna waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku.
11. **Mitra Bestari** (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
12. **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*);
13. **Penugasan Klinis** (*Clinical appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis dirumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan;
14. **Kredensial** adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*);

Paraf	:	
Paraf	:	K

15. **Rekredensial** adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.

BAB II
IDENTITAS
Bagian Pertama
Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 1

- (1) Rumah sakit ini bernama Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran (selanjutnya cukup disingkat dengan RSUD Pagelaran)
- (2) Alamat Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran adalah di Jalan Raya Pagelaran No 18 Kecamatan Pagelaran, Kabupaten Cianjur

Pasal 2

Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran adalah Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Cianjur yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Bupati Kabupaten Cianjur (PPK-BLU).

Pasal 3

Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran merupakan Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran **Tipe D** yang memberikan Pelayanan Kesehatan Rujukan / Faskes TK II

Bagian Kedua
Visi, Misi, Falsafah, dan Tujuan

Pasal 4

- (1) **Visi Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran** adalah :
“Menjadikan Rumah Sakit Pagelaran sebagai Rumah Sakit Terakreditasi dan Sebagai Pusat Pelayanan Rujukan Kesehatan Untuk Wilayah Cianjur Selatan.”
- (2) **Misi Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran** adalah :
 - a. Mempersiapkan Sarana dan Prasarana Kesehatan sesuai standar yang telah ditentukan.
 - b. Mempersiapkan Sumber Daya Manusia yang sesuai kompetensi.
 - c. Memberikan Pelayanan Kesehatan Prima kepada Masyarakat.
 - d. Meningkatkan Upaya Komunikasi, Informasi, dan Edukasi kepada Masyarakat.

Paraf	
Paraf	

Pasal 5

Tujuan Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran adalah :

Mewujudkan Visi Misi Kota Cianjur yaitu "*Cianjur Lebih Maju dan Agamis*"

Bagian Ketiga

Nilai-nilai, Motto, Logo dan Warna Institusi
Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran

Pasal 6

(3) **Pedoman** yang dimiliki Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran adalah :

- a. Bersih dan Sehat Lingkunganku
- b. Rapi dan Nyaman Ruanganku
- c. Bersih dan Sehat Jiwa Ragaku
- d. Luas Pikiran dan Wawasanku
- e. Sopan Santun Perilakuku
- f. Jujur Tujur Kataku
- g. Amanah Tanggung Jawabku
- h. Iman Dasarku
- i. Taat Beribadah Penolongku
- j. Profesional Pelayananku
- k. Efektif dan Efisien Etos Kerjaku
- l. Tepat dan Akurat Diagnosaku
- m. Terjangkau Tarif dan Biayaku
- n. Sembuh dan Sehat Pasienku

(4) **Motto** Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran adalah :

"Rumah Sakit Bersih, Sehat dan Ramah Lingkungan"

Paraf	
Paraf	

Pasal 7

(1) Logo Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran adalah sebagai berikut :

LOGO RUMAH SAKIT



(2) Deskripsi logo sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:

- lingkaran sebagai simbol gong dalam gamelan yang menjadi patokan nada, sehingga RSUD pagelaran menjadi rujukan utama masyarakat Pagelaran dan sekitarnya. dalam memperoleh layanan kesehatan. Gong melambangkan pertunjukan atau pagelaran yang menggambarkan nama daerah dimana RS ini berdiri
- lambang padi di kanan dan di kiri secara estetika memisahkan tulisan RSUD Pagelaran dengan Kabupaten Cianjur. Lambang ini mengadopsi dari logo asli kabupaten cianjur yang menegaskan bahwa ciri khas dari kabupaten Cianjur adalah Padi.
- lambang tangan di atas dan dibawah seolah-olah sedang memeluk tanda + sebagai simbol dari kesehatan yang berarti RSUD pagelaran akan melayani semua kalangan untuk memperoleh hak nya untuk sehat.
- tanda + di tengah logo dipisahkan simbol detak jantung (dalam kardiograf) yang menggambarkan detak jantung atau ciri kehidupan sekaligus bisa diasosiasikan sebagai pegunungan di Cianjur dengan warna atas biru melambangkan cerah nya langit cianjur dan warna hijau yang menggambarkan sawah di cianjur yang terbentang luas dan makmur

Paraf	:	
Paraf	:	

BAB III
PEMILIK DAN KEWENANGAN PEMILIK

Bagian Kesatu

Pemilik

Pasal 1

RSUD Pagelaran adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsure pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan, dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Bagian Kedua

Kewenangan Pemilik

Pasal 7

Pemilik Berwenang :

- a. melakukan pembinaan teknis kepada BLUD – RSUD Pagelaran melalui Sekretaris Daerah;
- b. membentuk tim penilai untuk meneliti serta menilai usulan penerapan, peningkatan, penurunan, dan pencabutan status PPK - BLUD RSUD Pagelaran;
- c. berdasarkan pertimbangan hasil penilaian tim penilai, berwenang dalam hal penerapan, peningkatan, penurunan, dan pencabutan status PPK – BLUD RSUD Pagelaran;
- d. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola BLUD RSUD Pagelaran dan membentuk Dewan Pengawas atas usulan Pemimpin BLUD RSUD Pagelaran dan mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas dewan pengawas;
- e. menetapkan tarif layanan BLUD – RSUD Pagelaran dan menyampaikannya kepada Pimpinan DPRD untuk mendapatkan persetujuan;
- f. sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan dapat melakukan perubahan atas tarif layanan BLUD RSUD Pagelaran;
- g. menyediakan modal serta dana operasional dan menilai, menyetujui dan menandatangani DPA – BLUD Pagelaran sebagai perjanjian kerja dengan Pemimpin BLUD RSUD Pagelaran;
- h. dapat mengambil alih penagihan piutang yang sulit ditagihkan oleh Pemimpin BLUD RSUD Pagelaran dan melakukan penghapusan piutang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan;
- i. memberikan persetujuan kepada Pemimpin BLUD RSUD Pagelaran untuk melakukan investigasi jangka panjang dan memberikan persetujuan atas ketentuan pengadaan barang dan/ atau jasa yang ditetapkan oleh Pemimpin BLUD RSUD Pagelaran;

Paraf	:	
Paraf	:	

- j. memberikan persetujuan melalui Sekretaris Daerah atas penggunaan asset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi BLUD RSUD Pagelaran;
- k. melakukan evaluasi kinerja Direktur atas pelaksanaan pengelolaan Rumah Sakit sebanyak 2 (dua) kali dalam setahun melalui Sekretaris Daerah; dan
- l. mendelegasikan wewenang penuh kepada Pemimpin BLUD RSUD Pagelaran atas kebijakan operasional Rumah Sakit, penetapan prosedur, serta panduan dan pedoman teknis kegiatan Rumah Sakit;
- m. menetapkan struktur organisasi Rumah Sakit;
- n. memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit dan menetapkan visi dan misi Rumah Sakit serta memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi Rumah Sakit serta mereview secara berkala;
- o. menilai dan menyetujui rencana anggaran dan rencana strategis;
- p. mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;
- q. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
- r. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- s. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan di Rumah Sakit;
- t. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang – undangan.

BAB IV DEWAN PENGAWAS

Bagian Pertama Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 1

- (1) Dewan Pengawas Rumah Sakit dibentuk oleh Pemilik Rumah Sakit RSUD Pagelaran;
- (2) Dewan Pengawas Rumah Sakit adalah suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit;

Pasal 2

Ketua dan Anggota Dewan Pengawas

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran berjumlah 5 (lima) orang, terdiri dari 1 (satu) orang Ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang

Paraf	:	
Paraf	:	

Anggota, dan 1 (satu) orang sekretaris. >>> Jumlah anggota Dewas ditentukan oleh jumlah Omzet dan Aset yang terdapat di Rumah Sakit

- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas Rumah Sakit dapat terdiri dari unsur-unsur :
- a. Pemilik Rumah Sakit adalah Pejabat Dinas Kesehatan Kab.Cianjur yang secara teknis membawahi Rumah Sakit;
 - b. Pejabat Dinas Pendapatan dan Aset Daerah (DPKAD)
 - c. Pejabat Inspektorat Daerah
 - d. Pejabat Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah Kab. Cianjur
 - e. Pejabat Pemerintah Daerah Kabupaten Cianjur (Sie Hukum dan Organisasi
 - f. Tenaga ahli/ tokoh masyarakat yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - g. Asosiasi perumahsakitian;
 - h. Organisasi profesi; IDI,PPNI,PDGI,IBI,PPGI dsb

Pasal 3

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati Cianjur dengan Surat Keputusan setelah mendapat persetujuan Dinas Kesehatan Kab.Cianjur
- (2) Masa jabatan Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun.

Pasal 4

Persyaratan menjadi Dewan Pengawas adalah orang- perorangan yang :

- a. Berkewarganegaraan Indonesia;
- b. Memiliki dedikasi, memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan Rumah Sakit dan dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- c. 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 5

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur Rumah Sakit dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas :
 1. Membantu Tugas dari ketua Dewan Pengawas

Paraf	:	
Paraf	:	

- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas mengikuti masa jabatan Dewan Pengawas.

Bagian Kedua
Tugas dan Kewajiban

Pasal 6

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. Melakukan pengawasan terhadap pengurusan Badan layanan Umum (BLU) yang meliputi pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategis Bisnis jangka panjang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. Memberikan pendapat dan saran kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola BLU;
 - c. Mengikuti perkembangan kegiatan BLU dan memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan BLU;
 - d. Memberikan laporan kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan apabila terdapat gejala menurunnya kinerja BLU;
 - e. Memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola BLU dalam melaksanakan pengurusan BLU.
- (2) Dewan Pengawas secara berkala, paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan/atau sewaktu-waktu melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan RI.

Pasal 7

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 Rumah Sakit;
2. Meminta Pengelola dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
3. Menghadiri rapat Direktur dan memberikan pandangan-pandangan terhadap hal-hal yang dibicarakan;

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 8

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Bupati Kabupaten Cianjur.

Pasal 9

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.

Bagian Ketiga
Rapat

Pasal 10

- (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 dari :
 - a. Rapat Rutin/Bulanan
 - b. Rapat Tahunan
 - c. Rapat Khusus (rapat yang diadakan diluar rapat rutin dan tahunan)

Pasal 11

Rapat Rutin/Bulanan

- (1) Rapat Management Selasa Minggu Ke 1
- (2) Rapat Struktural Selasa Minggu Ke 2
- (3) Rapat Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dan Dokter Rabu Minggu Ke 3
- (4) Rapat Evaluasi Laporan Bulanan Kamis Minggu Ke 4

Pasal 12

Rapat Tahunan

- (1) Evaluasi dan laporan semua Instalasi
- (2) Evaluasi dan laporan Management

Pasal 13

Rapat Khusus

- (1) Evaluasi setiap ada permasalahan yang sifatnya insidental

Pasal 14

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.

Paraf	
Paraf	

- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh Ketua dan Anggota (jumlah minimal anggota Dewas yang hadir) orang dari seluruh anggota Dewan Pengawas.

Pasal 15

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.

BAB V
DIREKSI RUMAH SAKIT

Bagian Pertama

Pengelolaan, Pengangkatan, Fungsi, Tugas, Wewenang, Tanggung Jawab dan Pemberhentian

Pasal 1

Pengelolaan

- (1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit secara keseluruhan dilakukan oleh satu orang Direktur
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), terdiri dari satu (satu) orang
- (3) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan rumah sakit.
- (4) Direktur dan para Kasi bertanggung jawab kepada Bupati Kabupaten Cianjur
- (5) Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Direktur dan para Direktur ditentukan oleh Bupati Kabupaten Cianjur dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit.
- (6) Penilaian Kinerja Direktur dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kab.Cianjur serta Lintas sektor terkait yaitu : BAPEDA, IPDA,DPKAD
- (7) Direktur mempunyai tugas dan wewenang untuk :
- a. Menetapkan rencana strategis (Renstra) RSUD Pagelaran;
 - b. Menetapkan kebijakan teknis operasional RSUD Pagelaran;
 - c. Menetapkan rencana bisnis RSUD Pagelaran;
 - d. Menetap rencana anggaran pendapatan dan belanja;
 - e. Menetapkan unit kelengkapan khusus yang diperlukan untuk pencapaian tujuan pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Pagelaran;
 - f. Mengusulkan pejabat pengguna anggaran dan barang daerah kepada bupati;
 - g. Menetapkan kebijakan pengangkatan dan pemberhentian pegawai non PNS dengan persetujuan Bupati;

Paraf	:	
Paraf	:	

- h. Menetapkan staf khusus dan/ staf ahli yang bersifat fungsional untuk diperbantukan pada semua tingkat manajemen dengan persetujuan Bupati;
- i. Menetapkan kerja sama kemitraan dengan para pihak dalam rangka pengembangan RSUD Pagelaran sesuai dengan kebutuhan.

Pasal 2

Tugas Pokok dan Fungsi Direktur

- (1) Direktur mempunyai tugas pokok membantu Bupati dalam menyelenggarakan sebagian tugas pemerintahan daerah di bidang pelayanan kesehatan yang meliputi upaya penyembuhan, pemulihan, pencegahan dan peningkatan kesehatan, pelayanan rujukan serta memimpin dan mengkoordinasikan seluruh kegiatan RSUD Pagelaran sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur mempunyai fungsi:
 - a. pengoordinasian pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Pagelaran;
 - b. penetapan kebijakan penyelenggaraan RSUD Pagelaran sesuai dengan kewenangannya;
 - c. penyelenggaraan tugas dan fungsi RSUD Pagelaran;
 - d. pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Pagelaran;
 - e. pelaksanaan evaluasi, pencatatan, dan pelaporan RSUD Pagelaran;
 - f. pelaksanaan tugas lain yang diberikan Oleh Bupati sesuai dengan bidang tugasnya.
- (3) Untuk menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur mempunyai rincian tugas sebagai berikut:
 - a. menetapkan rencana strategis RSUD Pagelaran berdasarkan rencana pembangunan jangka menengah daerah kabupaten dan kebijakan Bupati serta masukan dari komponen masyarakat untuk mewujudkan sistem pelayanan yang profesional;
 - b. menetapkan rencana kerja tahunan/program kerja RSUD Pagelaran berdasarkan rencana strategis dan masukan dari komponen masyarakat untuk digunakan sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
 - c. menetapkan laporan pencapaian standar pelayanan minimal secara tepat pada penetapan kinerja RSUD Pagelaran sesuai ketentuan dan prosedur yang berlaku untuk digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas;
 - d. merumuskan dan menetapkan kebijakan pembinaan dan petunjuk teknis pengelolaan kegiatan RSUD Pagelaran berdasarkan prosedur dan ketentuan yang berlaku untuk digunakan sebagai pedoman pelaksanaan tugas; e. merencanakan, menetapkan dan

Paraf	:	
Paraf	:	

mengevaluasi penerimaan dan pendapatan daerah bidang pengelolaan RSUD Pagelaran berdasarkan ketentuan dan peraturan yang berlaku untuk meningkatkan pendapatan asli daerah;

- f. memantau dan mengawasi pelaksanaan pelayanan medis, penunjang medis dan non medis, asuhan keperawatan, dan rujukan kepada pasien melalui rapat koordinasi, monitoring dan evaluasi untuk mengetahui perkembangan pelaksanaan pelayanan dan merumuskan upaya penanganannya;
- g. mengkoordinasikan penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan dengan mengikutsertakan tenaga medis maupun non medis sesuai spesifikasi keilmuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan sumberdaya manusia baik medis maupun non medis;
- h. memantau dan mengawasi kegiatan penyelenggaraan program pelayanan keluarga berencana rumah sakit, imunisasi dan penyuluhan kesehatan masyarakat melalui sosialisasi dan monitoring untuk mengetahui sejauh mana tingkat pemahaman masyarakat akan keluarga berencana dan imunisasi;
- i. mengendalikan penyusunan rumusan dan menetapkan laporan pelaksanaan budaya kerja, pengawasan melekat, akuntabilitas kinerja pemerintahan, laporan keterangan pertanggungjawaban, laporan penyelenggaraan pemerintahan daerah, laporan keuangan dan laporan kinerja daerah sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku untuk digunakan sebagai bahan pertanggungjawaban pelaksanaan kinerja;
- j. mengevaluasi pelaksanaan tugas RSUD Pagelaran sesuai dengan petunjuk dan rencana kerja yang telah ditetapkan untuk mengetahui keberhasilan dan permasalahan serta menyusun alternatif pemecahan masalah;
- k. membina dan memotivasi bawahan melalui pendekatan kemanusiaan, menasehati dan pelatihan teknis untuk meningkatkan produktivitas kerja, pengembangan karier serta menjadi teladan dan otivator bagi masyarakat; l. melaksanakan pembinaan disiplin terhadap bawahan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku agar terciptanya aparatur sipil negara yang handal, profesional dan bermoral;
- l. mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan melalui penilaian sasaran kerja pegawai untuk mengetahui prestasi kerjanya dan sebagai bahan pembinaan serta upaya tindak lanjut;
- m. menyampaikan hasil pelaksanaan tugas bulanan dan tahunan RSUD Pagelaran serta laporan tugas kedinasan lainnya berdasarkan sumber data dan kegiatan yang telah dilakukan untuk dipergunakan sebagai bahan masukan atasan; dan

Paraf	:	
Paraf	:	

- n. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan baik secara lisan maupun tertulis sesuai tugas dan fungsinya untuk kelancaran pelaksanaan tugas.

Pasal 3

Tugas Pokok dan Fungsi Kasubag Umum dan Kepegawaian

- (1) Sub Bagian Tata Usaha dipimpin Oleh seorang Kasubbag TU.
- (2) Kasubbag TU sebagaimana dimaksud pada (1), mempunyai tugas pokok merencanakan, melaksanakan, mengendalikan, evaluasi dan pelaporan, pelayanan teknis administratif ketatausahaan yang meliputi umum dan kepegawaian, keuangan dan perlengkapan serta perencanaan, evaluasi dan pelaporan.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kasubbag TU mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan rencana kegiatan Sub Bagian Tata Usaha;
 - b. pengoordinasian pelaksanaan kegiatan tugas jabatan Kasubbag
 - c. pelaksanaan kegiatan tugas jabatan Kasubbag TU ;
 - d. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan ketatausahaan RSUD Pagelaran;
 - e. pelayanan administratif dan pembinaan aparatur sipil negara di lingkungan RSUD Pagelaran; dan
 - f. pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan Oleh Direktur yang berkaitan dengan tugas dan fungsinya.
- (4) Untuk menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kasubbag TU mempunyai rincian tugas:
 - a. menyusun rencana kegiatan Sub Bagian Tata Usaha sesuai dengan rencana kerja tahunan/program kerja RSUD serta ketentuan yang berlaku untuk pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. membagi tugas kepada bawahan di lingkungan Sub Bagian Tata Usaha sesuai dengan beban kerja dan tanggung jawabnya masing-masing untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - c. membimbing pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan Sub Bagian Tata Usaha setiap saat sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya agar pekerjaan berjalan tertib dan lancar;
 - d. memeriksa hasil kerja bawahan di lingkungan Sub Bagian Tata Usaha sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku agar terhindar dari kesalahan;
 - e. melaksanakan penyusunan rencana strategis, rencana kerja tahunan, rencana strategis bisnis,

Paraf	
Paraf	K

- f. laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah, indikator kinerja utama, penetapan kinerja, standar operasional prosedur, standar pelayanan serta dokumendokumen perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, penilaian dan pelaporan kinerja lainnya mengkoordinasikan penyiapan penelitian dan koreksi rencana kegiatan dan anggaran, rencana bisnis anggaran, perubahan rencana kegiatan dan anggaran serta rancangan dokumen pelaksanaan anggaran dan dokumen pelaksanaan anggaran perubahan;
- g. mengkoordinasikan penyiapan pengusulan program dan kegiatan RSUD Pagelaran ke dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah Ketetapan Umum Anggaran — Plafon Prioritas Anggaran Sementara (KUA PPAS);
- h. melaksanakan pengelolaan ketatausahaan, urusan umum, kepegawaian, keuangan, perlengkapan, rumah tangga dan hubungan masyarakat serta keprotokolan RSUD Pagelaran; i. melaksanakan pelayanan umum dan kepegawaian yang meliputi urusan surat-menyurat, perlengkapan dan rumah tangga, pengorganisasian serta ketatalaksanaan, keuangan, perencanaan, monitoring, evaluasi dan pelaporan; j. melaksanakan fasilitas pengukuran indeks kepuasan masyarakat dan/ atau pelaksanaan pengumpulan pendapat pelanggan secara periodik yang bertujuan untuk memperbaiki kualitas layanan;
- i. menyiapkan bahan dan melaksanakan pengurusan pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, inventarisasi dan penghapusan barang/ aset RSUD Pagelaran;
- j. melaksanakan pembinaan, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas dan pelayanan umum, kepegawaian dan rumah tangga serta keuangan, perencanaan, evaluasi dan pelaporan;
- k. menyiapkan kebutuhan naskah dinas Yang diperlukan dan menilai konsep tata naskah dinas dari staf/bawahan berdasarkan pedoman dan ketentuan peraturan perundang-undangan Yang berlaku;
- l. mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan melalui penilaian sasaran kerja pegawai untuk mengetahui prestasi kerjanya dan sebagai bahan pembinaan serta upaya tindak lanjut;
- m. mengevaluasi pelaksanaan tugas di lingkungan Sub Bagian Tata Usaha dengan cara mengidentifikasi hambatan Yang ada dalam rangka perbaikan kinerja dimasa mendatang;
- n. menyusun laporan pelaksanaan kegiatan di lingkungan Sub Bagian Tata Usaha sesuai dengan prosedur dan peraturan Yang berlaku untuk pertanggungjawaban kinerja dan pertimbangan pimpinan; dan
- o. melaksanakan tugas kedinasan lain Yang diperintahkan pimpinan baik lisan maupun tertulis.

Paraf	
Paraf	

Pasal 4

Tugas pokok dan Fungsi Kasi Pelayanan dan Penunjang Medik

(1) Bidang Pelayanan, terdiri dari :

1. Sub bidang Pelayanan Medik;
2. Sub bidang Penunjang Medik;

(1) Seksi Pelayanan Penunjang Medis dipimpin Oleh seorang Kasi.

(2) Kasi Pelayanan Penunjang Medis sebagaimana dimaksud pada (1), mempunyai tugas pokok memimpin penyusunan rencana kegiatan, pengorganisasian, pelaksanaan, evaluasi dan pelaporan kegiatan Seksi Pelayanan Penunjang Medis sesuai ketentuan dan prosedur yang berlaku.

(3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Kasi Pelayanan Penunjang Medis mempunyai fungsi:

- a. penyusunan rencana pemberian pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan gawat darurat dan pelayanan spesialis penunjang medik;
- b. pengoordinasian dan pelaksanaan pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan gawat darurat dan pelayanan spesialis penunjang medik;
- c. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien dibidang pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan gawat darurat dan pelayanan spesialis penunjang medik;
- d. pemantauan dan evaluasi pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan gawat darurat dan pelayanan spesialis penunjang medik; dan
- e. pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Direktur Yang berkaitan dengan tugas dan fungsinya.

(4) Untuk menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kasi Pelayanan Penunjang mempunyai rincian tugas:

- a. melaksanakan pembinaan, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas dan pelayanan umum, kepegawaian dan rumah tangga serta keuangan, perencanaan, evaluasi dan pelaporan;
- b. menyiapkan kebutuhan naskah dinas Yang diperlukan dan menilai konsep tata naskah dinas dari staf/bawahan berdasarkan pedoman dan ketentuan peraturan perundang-undangan Yang berlaku;
- c. mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan melalui penilaian sasaran kerja pegawai untuk mengetahui prestasi kerjanya dan sebagai bahan pembinaan serta upaya tindak lanjut;
- d. mengevaluasi pelaksanaan tugas di lingkungan Sub Bagian Tata Usaha dengan cara

Paraf	:	
Paraf	:	

mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja dimasa mendatang;

- e. menyusun laporan pelaksanaan kegiatan di lingkungan Sub Bagian Tata Usaha sesuai dengan prosedur dan peraturan Yang berlaku untuk pertanggungjawaban kinerja dan pertimbangan pimpinan; dan
- f. melaksanakan tugas kedinasan lain Yang diperintahkan pimpinan baik lisan maupun tertulis.

- (1) Seksi Pelayanan Penunjang Medis dipimpin Oleh seorang Kasi.
- (2) Kasi Pelayanan Penunjang Medis sebagaimana dimaksud pada (1), mempunyai tugas pokok memimpin penyusunan rencana kegiatan, pengorganisasian, pelaksanaan, evaluasi dan pelaporan kegiatan Seksi Pelayanan Penunjang Medis sesuai ketentuan dan prosedur Yang berlaku.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kasi Pelayanan Penunjang Medis mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan rencana pemberian pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan gawat darurat dan pelayanan spesialis penunjang medik;
 - b. pengoordinasian dan pelaksanaan pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan gawat darurat dan pelayanan spesialis penunjang medik;
 - c. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien dibidang pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan gawat darurat dan pelayanan spesialis penunjang medik;
 - d. pemantauan dan evaluasi pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan gawat darurat dan pelayanan spesialis penunjang medik; dan
 - e. pelaksanaan tugas kedinasan lain Yang diberikan oleh Direktur Yang berkaitan dengan tugas dan fungsinya.
- (4) Untuk menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kasi Pelayanan Penunjang mempunyai rincian tugas:
 - a. merencanakan kegiatan Seksi Pelayanan Penunjang Medis sesuai dengan rencana kerja tahunan/ program kerja RSUD Pagelaran serta ketentuan yang berlaku untuk pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. membagi tugas kepada bawahan di lingkungan Seksi Pelayanan Penunjang Medis sesuai dengan beban kerja dan tanggung jawabnya masing-masing untuk kelancaran pelaksanaan tugas; membimbing pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan Seksi

Paraf	:	
Paraf	:	

- Pelayanan Penunjang setiap saat sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya agar pekerjaan berjalan tertib dan lancar;
- c. memeriksa hasil kerja bawahan di lingkungan Seksi Pelayanan Penunjang sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku agar terhindar dari kesalahan;
 - d. menyiapkan bahan dan menyusun rancangan standar operasional prosedur dan standar pelayanan medis, dan penunjang medis sebagai pedoman kerja;
 - e. menyiapkan bahan dan melaksanakan pelayanan medis pada Instalasi-Instalasi yang berada di bawah koordinasi Seksi Pelayanan Penunjang Medis;
 - f. menyiapkan bahan dan melaksanakan supervisi pelayanan medik secara berkala ke Instalasi,
 - g. menyiapkan bahan dan melaksanakan pengurusan, penyimpanan, pemanfaatan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan penunjang medis lain serta pemeliharaannya;
 - h. menyiapkan bahan dan melaksanakan pengawasan, pengendalian dan penilaian pendayagunaan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan penunjang medis lainnya secara efektif dan efisien;
 - i. menyiapkan bahan dan mengusulkan kebutuhan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan penunjang medis lainnya;
 - j. menyiapkan bahan dan melaksanakan promosi kesehatan sesuai dengan ketentuan dan prosedur yang berlaku;
 - k. menyiapkan bahan usulan pemenuhan kebutuhan tenaga medis dan tenaga penunjang medis sesuai dengan ketentuan dan prosedur yang berlaku;
 - m. menyiapkan bahan usulan peningkatan mutu sumberdaya tenaga medis dan penunjang medis sesuai dengan ketentuan dan prosedur yang berlaku;
 - n. menyiapkan bahan dan melaksanakan pelayanan rujukan sesuai dengan ketentuan dan prosedur yang berlaku;
 - o. melaksanakan pembinaan disiplin terhadap bawahan sesuai peraturan perundang undangan yang berlaku agar terciptanya aparatur sipil negara yang handal, profesional dan bermoral;

Pasal 5

Tugas Pokok dan Fungsi Kasi Keperawatan

(1) Seksi Keperawatan dipimpin Oleh seorang Kasi.

Paraf	
Paraf	

- (2) Kasi Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai tugas pokok memimpin penyusunan rencana kegiatan, pengorganisasian, pelaksanaan, evaluasi dan pelaporan kegiatan Seksi Keperawatan sesuai ketentuan dan prosedur yang berlaku.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kasi Keperawatan mempunyai fungsi:
- a. penyusunan rencana pemberian pelayanan keperawatan dan kebidanan, penunjang klinik dan penunjang non klinik;
 - b. pengoordinasian dan pelaksanaan kegiatan pelayanan keperawatan dan kebidanan, penunjang klinik dan penunjang non
 - c. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di bidang pelayanan keperawatan dan kebidanan, penunjang klinik dan penunjang non klinik;
 - d. pemantauan dan evaluasi kegiatan pelayanan keperawatan dan kebidanan, penunjang klinik dan penunjang non klinik; dan
 - e. pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan Oleh Direktur Yang berkaitan dengan tugas dan fungsinya.
- (4) Untuk menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kasi Keperawatan mempunyai rincian tugas:
- a. merencanakan kegiatan Seksi Keperawatan sesuai dengan rencana kerja tahunan/program kerja RSUD Pagelaran serta ketentuan Yang berlaku untuk pedoman pelaksanaan tugas;
 - b. membagi tugas kepada bawahan di lingkungan Seksi Keperawatan sesuai dengan beban kerja dan tanggung jawabnya masing-masing untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
 - c. membimbing pelaksanaan tugas bawahan di lingkungan Seksi Keperawatan setiap Saat sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya agar pekerjaan berjalan tertib dan lancar;
 - d. memeriksa hasil kerja bawahan di lingkungan Seksi Keperawatan sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku agar terhindar dari kesalahan;
 - e. menyiapkan bahan dan menyusun rancangan standar operasional prosedur dan standar pelayanan bidang keperawatan sebagai pedoman kerja;
 - f. menyiapkan bahan dan melaksanakan pelayanan keperawatan pada instalasi-instalasi di bawah koordinasi Seksi Keperawatan;
 - g. menyiapkan bahan dan melaksanakan supervisi pelayanan keperawatan secara insidentil maupun berkala ke instalasiinstalasi sesuai dengan ketentuan dan prosedur Yang berlaku;
 - h. menyiapkan bahan dan melaksanakan pengawasan serta pengendalian asuhan keperawatan sesuai dengan ketentuan dan prosedur Yang berlaku

Paraf	:	
Paraf	:	

- i. menyiapkan bahan usulan pemenuhan kebutuhan tenaga paramedis sesuai dengan ketentuan dan prosedur yang berlaku;
- j. menyiapkan bahan usulan peningkatan mutu sumber daya tenaga paramedis sesuai dengan ketentuan dan prosedur yang berlaku;
- k. melaksanakan pembinaan disiplin terhadap bawahan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku agar terciptanya aparatur sipil negara yang handal, profesional dan bermoral;
- l. mengevaluasi pelaksanaan tugas staf melalui penilaian Sasaran Kerja Pegawai untuk mengetahui prestasi kerjanya dan. sebagai bahan pembinaan serta upaya tindak lanjut;
- m. mengevaluasi pelaksanaan tugas di lingkungan Seksi Keperawatan dengan cara mengidentifikasi hambatan yang ada dalam rangka perbaikan kinerja dimasa mendatang;
- n. menyusun laporan pelaksanaan kegiatan di lingkungan Seksi Keperawatan sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku untuk pertanggungjawaban kinerja dan pertimbangan pimpinan;
- o. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diperintahkan pimpinan baik lisan maupun tertulis.

Pasal 6

- (1) Direktur dalam menjalankan tugasnya dapat bertindak atas nama Pengelola berdasarkan persetujuan Kasubag dan Kasi lainnya.
- (2) Para Kasi berhak dan berwenang bertindak atas nama Pengelola untuk masing-masing bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya berdasarkan persetujuan Direktur lainnya.
- (3) Dalam menjalankan tugas dan kewenangan Direktur dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada :
 - a. Seorang atau beberapa Kasubag dan Kasi;
 - b. Seorang atau beberapa orang Pejabat Rumah Sakit, baik secara sendiri maupun bersama-sama; atau
 - c. Orang atau badan lain, yang khusus ditunjuk untuk hal tersebut.

Bagian Kedua
RAPAT

Pasal 7

- (1) Rapat Direksi adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan para Kasi dan Kasubag untuk membahas hal - hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.

Paraf	:	
Paraf	:	

- (2) Rapat Direksi terdiri dari :
 - a. Rapat Rutin/Bulanan
 - b. Rapat Tahunan
 - c. Rapat Khusus (rapat yang diadakan diluar rapat rutin dan tahunan)
- (3) Keputusan Rapat Direktur diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat .

Pasal 8

Rapat Rutin/Bulanan

- (1) Rapat Management Selasa minggu ke 1
- (2) Rapat Struktural Selasa minggu ke 2
- (3) Rapat Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dan Dokter Rabu minggu ke 3
- (4) Rapat Evaluasi laporan bulanan Kamis minggu ke 4

Pasal 9

Rapat Tahunan

- (1) Evaluasi semua Instalasi
- (2) Evaluasi Management

Pasal 10

Rapat Khusus

- (1) Evaluasi setiap ada permasalahan yang bersifat Insidental

BAB VI

KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 1

- (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 rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari Komite Medik , serta komite lainnya yang dibutuhkan oleh rumah sakit.
- (3) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur rumah sakit.
- (4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur rumah sakit.

Paraf	:	
Paraf	:	

- (5) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur.

Pasal 2

- (1) Tiap-tiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Komite akan dijabarkan dalam Bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya pada Buku Kesatu Peraturan Internal Korporasi.
- (3) Pengaturan mengenai Komite Medik akan diatur secara khusus dalam bab tersendiri pada Buku Kedua Peraturan Internal Staf Medis.

Bagian Kedua Komite Etik dan Hukum

Pasal 3

- (1) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran untuk masa jabatan lima (5) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab langsung kepada Direktur Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit;
- (3) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan;

Pasal 4

- (1) Tugas secara terperinci dari Komite Etik dan Hukum adalah:
 - a. Memberikan pertimbangan dan saran kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan kebijakan dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran

Paraf	:	
Paraf	:	

- b. Membantu Direktur dalam penyelesaian masalah yang terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran
 - c. Membantu Direksi melakukan pembinaan dan pemeliharaan dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran dalam penyelenggaraan fungsi rumah sakit yang terkait dengan *hospital bylaws* Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran Berkoordinasi dengan Bagian Hukum Rumah Sakit dalam penanganan masalah hukum di Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Komite Etik dan Hukum berfungsi:
- a. Menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran baik internal maupun eksternal Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran
 - b. Menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan tentang aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran bagi petugas di Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran
 - c. Menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (2) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Ketiga
Komite Medik

Pasal 5

- (1) Ketua dan Anggota Komite **Medik** diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama Rumah Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran untuk masa jabatan lima (5) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite **Medik** bertanggung jawab langsung

Paraf	:	
Paraf	:	

kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran

- (3) Ketua dan Anggota Komite **Medik** dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
- Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit
 - Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit;
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 6

Tugas Komite Medik

- Membantu direktur rumah sakit menyusun standar pelayanan medis dan memantau pelaksanaannya.
- Melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi.
- Mengatur kewenangan profesi antar kelompok staf medis.
- Membantu direktur menyusun medical staff bylaws dan memantau pelaksanaannya.
- Membantu direktur rumah sakit menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan mediko-legal.
- Membantu direktur rumah sakit menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan etiko-legal.
- Melakukan koordinasi dengan kepala bidang pelayanan medik dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas kelompok staf medis.
- Meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis.
- Melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis antara lain melalui monitoring dan evaluasi kasus bedah, penggunaan obat, farmasi dan terapi, ketepatan, kelengkapan dan keakuratan rekam medis, tissue review, mortalitas dan morbidity, medical care review/peer review/audit medis melalui pembentukan sub komite-sub komite.
- Memberikan laporan kegiatan kepada direktur rumah sakit

Bagian Keempat

Komite Medik

Pasal 7

Ketua dan Anggota Komite Medik

Insipit di bawah ini adalah Pagar...

Page 20 of 43

Paraf	:	
Paraf	:	

- (1) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran untuk masa jabatan Lima (5) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite **Medik** bertanggung jawab langsung kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran
- (3) Ketua dan Anggota Komite **Medik** dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit;
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan;

Bagian Kelima
Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)

Pasal 9

- (1) Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Intern diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran untuk masa jabatan lima (5) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pemeriksaan Intern bertanggungjawab langsung kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran
- (3) Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Intern dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. Mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit;
 - f. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Menteri Kesehatan kepada yang bersangkutan;

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 10

- (1) Tugas pokok Satuan Pemeriksaan Intern adalah melaksanakan pemeriksaan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan di Rumah Sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku;
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Satuan Pemeriksaan Intern 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;
 - e. Melakukan hubungan dengan Eksternal Auditor;
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (2) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur Utama.

BUKU KEDUA
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
(MEDICAL STAFF BYLAWS)
(Acuannya Permenkes 755 tahun 2011)

BAB VII
STAF MEDIS

Bagian Kesatu
Tujuan

Pasal 1

Tujuan dari peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) diantaranya 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 KSMF agar Staf Medis di Rumah Sakit dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap kebutuhan pasien dan peningkatan mutu layanan, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas dan bertanggung jawab.

Paraf	
Paraf	

Pasal 2

- (1) Staf Medis adalah dokter (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis) yang bergabung dalam salah satu kelompok staf medis yang dinamakan Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF).
- (2) Staf Medis dalam melaksanakan keprofesiannya wajib mengikuti Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) di tingkat KSMF dan tingkat Rumah Sakit.

Bagian Kedua Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF)

Pasal 3

- (1) Kelompok Staf Medis Fungsional yang selanjutnya disingkat (KSMF) adalah kelompok dokter (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis) berdasarkan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP).
- (2) (KSMF) dan organisasinya dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur Utama.
- (3) (KSMF) terdiri dari minimal 3 (tiga) dokter dengan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP) yang sama.
- (4) (KSMF) yang terdiri dari kurang dari 3 (tiga) dokter, maka dokter tersebut dapat bergabung dengan Kelompok Staf Medis Fungsional lain.
- (5) Staf Medis Fungsional (KSMF) di Rumah Sakit Umum Daerah Pagelaran terdiri dari:
 1. KSMF ilmu anak;
 2. KSMF ilmu anastesi;
 3. KSMF ilmu bedah;
 4. KSMF ilmu patologi klinis;
 5. KSMF ilmu radiologi;
 6. KSMF dokter umum;
 7. KSMF dokter gigi.

Pasal 4

- (1) Kelompok Staf Medis Fungsional dipimpin oleh Ketua KSMF.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua KSMF dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan lima (5) tahun dengan mempertimbangkan masukan dari anggota Kelompok Staf Medis Fungsional.
- (3) Ketua KSMF bertanggung jawab kepada Direktur melalui (Kasie Pelayanan Medik)

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 5

- (1) 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.
- (2) KSMF mempunyai fungsi menyelenggarakan tugas dan fungsi SMF, penyiapan bahan kebijakan Direktur, wadah pembinaan pengawasan, pengendalian, dan evaluasi pelaksanaan tugas dan fungsi SMF, dan pelaksanaan pencatatan dan pelaporan SMF.
- (3) KSMF mempunyai wewenang; mengusulkan kewenangan klinis, merumuskan panduan praktik klinis dan *clinical pathway*, melakukan audit medis internal, mengusulkan sumber daya manusia, sarana, serta prasarana, dan mengusulkan daftar usulan penilaian angka kredit (DUPAK) kepada Tim Penetapan Angka Kredit (PAK).

Pasal 6

Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional

Kepala SMF mempunyai tanggung jawab terhadap :

- (1) Kebenaran usulan dalam kebijakan teknis dibidang pelayanan kesehatan
- (2) Kebenaran usulan rekomendasi pengembangan pelayanan kesehatan;
- (3) Kebenaran usulan rekomendasi atas penempatan dokter baru dalam proses *kredensial*
- (4) Kebenaran usulan rekomendasi pengembangan sumber daya manusia , saran, dan prasarana;
- (5) Kebenaran usulan rekomendasi kenaikan pangkat;
- (6) Kebenaran usulan rekomendasi draf Pandiuan Praktik Klinis (PPK) dan *clinical pathway*;
- (7) Kebenaran usulan rekomendasi usulan kewenangan klinis; dan
- (8) Kebenaran usulan rekomendasi tindak lanjut audit medis.

Pasal 7

Mitra Bestari (*Peer Group*)

- (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, penjaminan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.

BAB VIII
KEWENANGAN KLINIS

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 1

- (1) Kewenangan Klinis adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan Medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Tanpa Kewenangan Klinis maka seorang dokter / dokter gigi tidak dapat menjadi anggota Kelompok 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
 - d. Standar Kompetensi dari Kolegium

Pasal 2

Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinis (*Clinical privilege*) oleh Direktur Utama setelah memperhatikan rekomendasi dari komite medik:

- a. Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang diakui oleh masing - masing organisasi profesi;
- b. Berdasarkan hasil kredensial subkomite kredensial di rumah sakit;
- c. Dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinik maka komite medik dapat meminta informasi atau pendapat dari mitra bestari.

Pasal 3

Kewenangan klinis diberikan oleh Komite medik melalui sub Komite Kredensial dan akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut oleh Direktur.

Pasal 4

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Sesuai dengan permohonan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) maka Direktur akan meminta Komite Medik untuk melakukan rekredensial.

Paraf	
Paraf	

- (3) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (4) 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.
- (5) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditanda tangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.

Pasal 5

Dalam keadaan bencana alam, kegawat daruratan akibat bencana massal, kerusakan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis rumah sakit dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

BAB IX PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)

Pasal 1

- (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) dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran/ Kedokteran Gigi Indonesia.
- (4) Surat Penugasan Klinis di Rumah Sakit pada seorang Staf Medis hanya dapat ditetapkan bila yang bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut :
 - a. Memenuhi syarat sebagai Staf Medis berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
 - b. Menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur Utama setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas Rumah Sakit;

Paraf	:	
Paraf	:	

- 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;
 - f. Memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di rumah sakit;
- (5) Staf Medis yang mendapat Penugasan Klinis di Rumah Sakit dapat berstatus sebagai dokter purna waktu, dokter paruh waktu, dokter tamu atau dokter konsultan.
- (6) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (7) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dapat berakhir sebelum jangka waktu 3 (tiga) tahun dalam hal:
- a. Ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku; atau
 - b. Kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan Medis secara menetap; atau
 - c. Staf Medis telah berusia 60 tahun atau dokter pendidik klinis telah berusia 65 tahun namun yang bersangkutan masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan/ pertimbangan Direktur Utama; atau
 - d. Staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) atau kontrak; atau
 - e. Staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelainan, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik; atau
 - f. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur Utama karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
 - g. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur Utama karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan Rumah Sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

Paraf	:	
Paraf	:	

- (8) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketentuan dan/atau kontrak kerja yang berlaku (bagi tenaga kontrak, tenaga honorer, tamu dan konsultan).

BAB X KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu Umum

Pasal 1

- (1) Komite Medik adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur Utama.
- (2) Tugas Komite Medik adalah meningkatkan profesionalisme staf medis dengan:
 - a. Melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis
 - b. Memelihara mutu profesi staf medis dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian
 - c. Menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis
- (3) Komite Medik dipimpin oleh seorang ketua dan disebut sebagai Ketua Komite Medik dengan susunan perangkat organisasinya sebagai berikut:
 - a. Ketua Komite Medik
 - b. Sekretaris Komite Medik
 - c. Anggota terdiri dari:
 1. Sub Komite Kredensial
 2. Sub Komite Mutu Profesi Medis
 3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi
- (4) Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh Personalia Komite Medik oleh Direktur Utama
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana ayat (2) di atas Komite Medik menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur Utama.

Bagian Kedua Rapat

Pasal 2

- (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.

Paraf	:	
Paraf	:	

- (3) Mekanisme jenis rapat dan pelaksanaan rapat tersebut diatur lebih lanjut dalam Pedoman Rapat Pengambilan Keputusan Komite Medik.

Pasal 3

- (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:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat.
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada 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.

Paraf	
Paraf	

- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 4

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

- memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
- memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
- memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

BAB XI

PENGORGANISASIAN SUB KOMITE

Pasal 1

Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh sub komite, yang terdiri dari:

- Sub komite Kredensial;
- Sub komite Etika dan Disiplin Profesi;
- Sub komite Mutu Profesi.

Pasal 2

Pembentukan sub komite ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun atas usulan ketua Komite Medik setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medik.

Pasal 3

Susunan organisasi sub komite terdiri dari :

- Ketua;
- Sekretaris;
- Anggota.

Paraf	:	
Paraf	:	

BAB XII
SUBKOMITE KREDENSIAL

Pasal 1

- (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

Pasal 2

Tugas dan wewenang sub komite kredensial adalah:

- a. Menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staff Medis;
- b. Melakukan pemeriksaan dan pengkajian :
 - 1) Kompetensi;
 - 2) Kesehatan fisik dan mental;
 - 3) Perilaku;
 - 4) Etika profesi.
- c. Mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/ P3KGB) tenaga medis;
- d. Mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
- e. Melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
- f. Melakukan proses re-kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

Pasal 3

Proses kredensial yang dilakukan oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:

- a. Kompetensi:
 - 1) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang;
 - 2) kognitif;
 - 3) afektif;
 - 4) psikomotor.
- b. Kompetensi fisik;
- c. kompetensi mental/perilaku;
- d. perilaku etis (*ethical standing*).

Paraf	
Paraf	

Pasal 4

Mekanisme Kredensial

- (1) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (2) Direktur Rumah memastikan praktek non diskriminatif dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien menyangkut suku, agama, ras dan gender dengan mengingat norma hukum dan budaya.
- (3) Proses kredensial dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan bentukan dari Subkomite Kredensial.
- (4) Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada kepala/direktur rumah sakit tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
- (5) Kewenangan klinis sesuai ayat (3) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

Pasal 5

- (1) 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 kelalain terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) 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.
- (3) Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

Paraf	:	
Paraf	:	

BAB XIII
SUBKOMITE MUTU PROFESI

Pasal 1

Keanggotaan

- (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 tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite mutu profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 2

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.

Pasal 3

Audit Medis

- (1) 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.
- (2) Hasil dari Audit medis sebagaimana pada ayat (1) berfungsi sebagai:
 - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;

Paraf	:	
Paraf	:	

- 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*);
- d. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

Pasal 4
Pertemuan Ilmiah

- (1) subkomite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis.
- (2) Selain pertemuan ilmiah sebagaimana disebutkan pada huruf a, subkomite mutu profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
- (3) 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 peserta aktif.
- (4) Subkomite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan & penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (5) Subkomite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
- (6) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

Pasal 5
Proses Pendampingan (*Proctoring*) Staf Medis

- (1) Komite medik berkoordinasi dengan Direktur rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.
- (2) Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.

Paraf	
Paraf	

BAB XIV
SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 1

Keanggotaan

- (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 tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (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.

Pasal 2

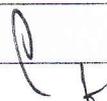
Tugas subkomite etika dan disiplin profesi :

- 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.

Pasal 3

Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:

- b. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
- c. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
- d. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
- e. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;
- f. kode etik kedokteran Indonesia;
- g. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
- h. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- i. pedoman pelayanan medik/klinik;
- j. standar prosedur operasional asuhan medis.

Paraf	
Paraf	

Pasal 4

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
 - 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.
- (2) Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
- (3) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik

Pasal 5

Pembinaan Profesionalisme Kedokteran

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dsb yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, komite medik, dan sebagainya.

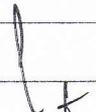
Pasal 6

Pertimbangan Keputusan Etis

- (1) Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.
- (2) Subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis

Pasal 7

Tiap-tiap sub komite bertanggungjawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.

Paraf	
Paraf	

BAB XV
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS (CLINICAL GOVERNANCE)

Pasal 1

Guna melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) di rumah sakit maka setiap Staf Medis berkewajiban untuk :

1. melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis yang diberikan.
2. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang disesuaikan dengan kebutuhan medis pasien.
3. Melakukan konsultasi kepada dokter umum, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Merujuk pasien apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana pada rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

BAB XVI
AMANDEMEN/ PERUBAHAN DAN PENUTUP

Pasal 1

Amandemen/ Perubahan

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Rumah Sakit dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Perubahan dapat dilakukan, apabila ada permohonan secara tertulis dari salah satu pihak yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, yaitu Pemilik Rumah Rumah Sakit, Direksi Rumah Sakit, Staf Medis, dan Komite Medik.
- (3) 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.
- (4) Perubahan dilakukan dengan menambah pasal baru (*Addendum*) dan/atau merubah pasal yang telah ada (*amandemen*) dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini.
- (5) *Addendum dan/atau Amandemen* sebagaimana dimaksud pada ayat (4), merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Rumah Sakit ini.

Paraf	
Paraf	

LAMPIRAN PEDOMAN:

1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
2. 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 beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
3. Permenkes Nomor: 73 Tahun 2013
4. Permenkes 755 tahun 2011

Paraf	:	
Paraf	:	

BAB XVII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 1

- (1) Peraturan Internal Staf Medis ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.
- (2) Semua peraturan rumah sakit yang dilaksanakan sebelum berlakunya Peraturan Internal Rumah Sakit ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit.

Ditetapkan di Cianjur
pada tanggal **23 Mei 2019**

PELAKSANA TUGAS
BUPATI CIANJUR,



HERMAN SUHERMAN

Direktur

Paraf	:	
Paraf	:	