



SALINAN

BUPATI INDRAGIRI HILIR
PROVINSI RIAU

PERATURAN BUPATI INDRAGIRI HILIR
NOMOR 46 TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RAJA MUSA
KABUPATEN INDRAGIRI HILIR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI INDRAGIRI HILIR,

- Menimbang : a. bahwa agar penyelenggaraan Rumah Sakit dapat berjalan efektif, efisien, dan berkualitas, maka sesuai dengan ketentuan Pasal 9 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit Umum Daerah Raja Musa perlu menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati Indragiri Hilir tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Raja Musa Kabupaten Indragiri Hilir;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Indragiri Hilir dengan mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Daerah Kabupaten dalam lingkungan Propinsi Sumatra Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 2754);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang RSUD (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah beberapa kali diubah 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);
7. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 157);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RAJA MUSA KABUPATEN INDRAGIRI HILIR

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Indragiri Hilir.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur

penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom Daerah

3. Bupati adalah Bupati Indragiri Hilir.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Raja Musa yang selanjutnya disingkat RSUD adalah institusi pelayanan kesehatan milik Pemerintah Daerah yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
5. Direktur adalah Direktur RSUD.
6. Tenaga Keperawatan adalah tenaga yang terdiri dari perawat dan bidan.
7. Komite Keperawatan adalah sekelompok tenaga perawat dan bidan yang keanggotaannya dipilih dari dan oleh staf keperawatan fungsional yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
8. Peraturan Internal RSUD (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan RSUD meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola RSUD yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
9. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di RSUD .
10. Pemilik RSUD yang selanjutnya disebut pemilik adalah Pemerintah Daerah.
11. Komite Medik adalah perangkat RSUD untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di RSUD terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
12. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dan dokter spesialis, yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional, melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat secara purna waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di RSUD , serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku.
13. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
14. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan RSUD untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
15. Penugasan Klinis (*Clinical appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di RSUD berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
16. Tata Kelola Klinis yang Baik (*Good clinical governance*) adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, risiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi RSUD .
17. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*Clinical Privilege*).
18. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
19. Komite Farmasi dan Terapi adalah organ non-struktural yang anggotanya terdiri dari dokter dan apoteker yang bertugas di RSUD dengan tugas membantu Direktur dalam menentukan kebijakan-kebijakan penggunaan obat dan pengobatan.
20. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural RSUD yang

merupakan perwakilan kelompok profesi perawat yang bertugas membantu direksi untuk menerapkan tata kelola asuhan keperawatan (*clinical governance*).

21. Pegawai adalah setiap orang yang telah memenuhi persyaratan yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan digaji berdasarkan ketentuan yang berlaku guna memenuhi kebutuhan ketenagaan RSUD.

Pasal 2

Maksud ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah sebagai pengaturan internal yang mengatur hubungan antara pengelola dengan staf medis dalam hal untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan RSUD.

BAB II PERATURAN INTERNAL RSUD

Pasal 3

Uraian Peraturan Internal RSUD adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III KETENTUAN PENUTUP

Pasal 4

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Tembilahan
pada tanggal 12 Desember 2022
BUPATI INDRAGIRI HILIR,

ttd

H. MUHAMMAD WARDAN

Diundangkan di Tembilahan
pada tanggal 12 Desember 2022

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN INDRAGIRI HILIR,

ttd

AFRIZAL

BERITA DAERAH KABUPATEN INDRAGIRI HILIR TAHUN 2022 NOMOR 46



LAMPIRAN I
NOMOR 46 TAHUN 2022
TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
RAJA MUSA KABUPATEN INDRAGIRI HILIR

BAB I
IDENTITAS

A. Kedudukan RSUD

RSUD ini bernama RSUD Raja Musa.

Alamat RSUD berkedudukan di Jalan Tunas Harapan Sungai Guntung Kecamatan Kateman Kabupaten Indragiri Hilir Provinsi Riau. Kode Pos 29255

B. Visi, Misi, dan Tujuan

• Visi :

Kejayaan INHIL yang semakin maju, bermarwah dan bermartabat.

• Misi :

1. Memantapkan tata kelola pemerintahan yang makin responsif, partisipatif, inovatif, efektif dan berketepatan hukum
2. Memantapkan pembangunan SDM yang semakin berkualitas dan berdaya saing serta meningkatkan iman dan taqwa

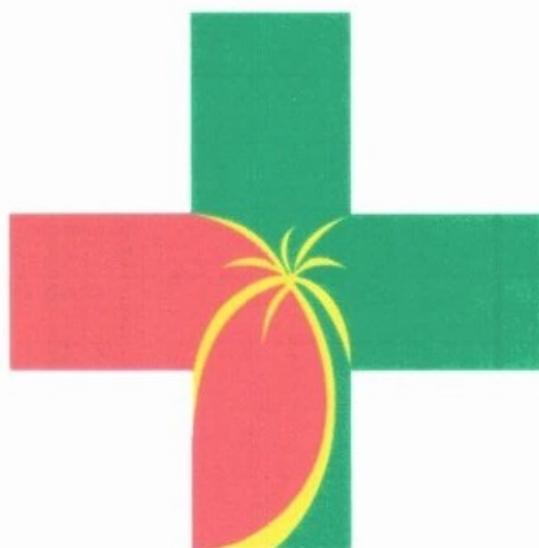
C. Tujuan

Tujuan RSUD Raja Musa adalah menyelenggarakan pemerintahan dibidang pelayanan kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan, pemulihan dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan serta dapat melaksanakan wewenang yang diserahkan oleh pemerintah kepada daerah dalam rangka desentralisasi.

D. Logo, Makna Logo dan nilai-nilai dasar

Logo

Logo RSUD adalah:



Makna Logo adalah:

a. Bentuk

1. Palang mengartikan bahwa bentuk/symbol yang digunakan pada pelayanan kesehatan

2. Ditengah bagian bawah terdapat gambar kelapa yang melambangkan bahwa sebagian besar penduduk sungai guntung berpenghasilan dan berprofesi sebagai petani kebun kelapa

b. Warna

Konsep pada Logo RSUD Raja Musa Sungai Guntung ini mengambil warna Hijau, merah, dan kuning. Dipakai tiga warna karena ingin membedakan bentuk satu dengan bentuk lainnya.

1. Warna merah melambangkan semangat dan perjuangan serta sasaran RSUD Raja Musa Sungai Guntung dalam memberikan pelayanan yang optimal kepada masyarakat sehingga dapat meningkatkan kepuasan masyarakat demi terwujudnya kesejahteraan kesehatan khususnya di kabupaten Indragiri Hilir.
2. Warna hijau melambangkan harapan, menerapkan konsep pelayanan optimal, memberikan pelayanan sesuai SOP, memenuhi sarana prasarana tersedianya tenaga ahli dalam meningkatkan kualitas pelayanan yang berdampak pada tingginya tingkat kesembuhan dan kepuasan masyarakat dalam menggunakan pelayanan kesehatan di RSUD Raja Musa Sungai Guntung.
3. Warna kuning/emas merupakan makna tujuan dan kebahagiaan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat RSUD Raja Musa selalu berupaya seoptimal mungkin memberikan pelayanan terbaiknya demi kesembuhan dan kepuasan masyarakat.

Nilai – nilai dasar pada RSUD adalah:

- a. Kejujuran;
- b. Kesetiaan;
- c. Kemitraan;
- d. Kasih sayang;
- e. Bekerja adalah ibadah.

BAB II STRUKTUR RSUD

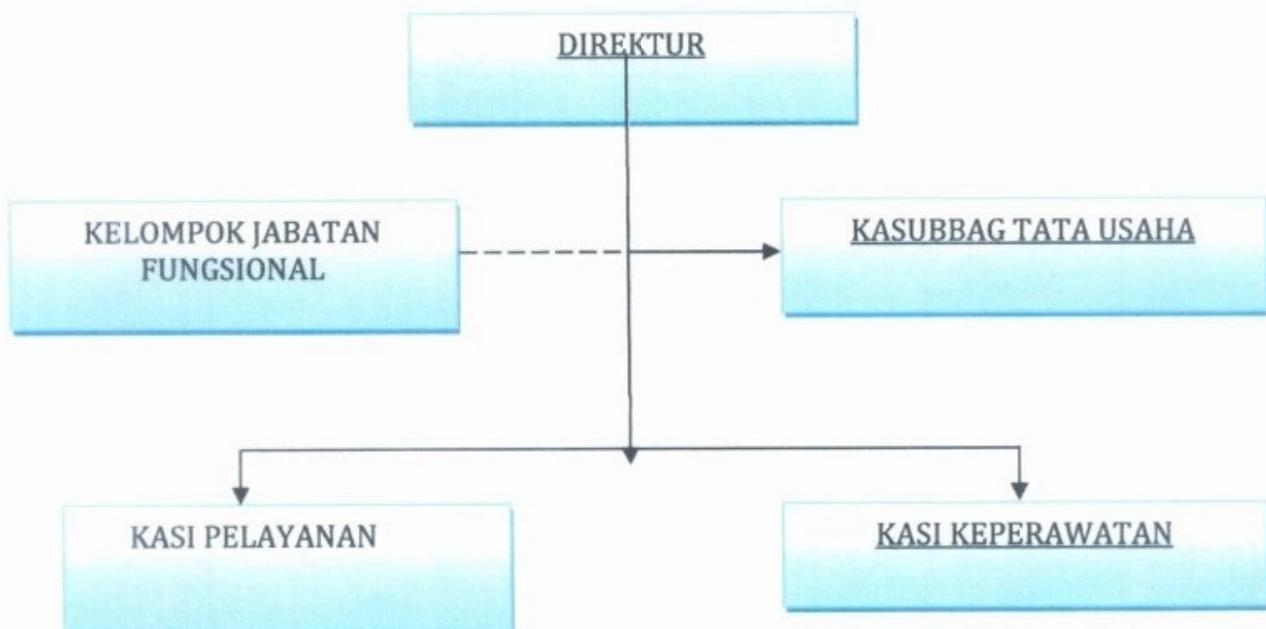
- A. Pengelolaan, Pengangkatan dan Pemberhentian
1. Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan RSUD secara keseluruhan dilakukan oleh 1 (satu) orang Direktur dan 1 (satu) orang Sub Bagian Tata Usaha, 2 (dua) orang Kepala Seksi.
 2. Struktur sebagaimana dimaksud dalam angka 1 adalah :
 - a. Direktur ;
 - b. Kepala Sub Bagian Tata Usaha;
 - c. Kepala Seksi.
 3. Direktur bertanggungjawab kepada Bupati.
 4. Direktur, Kepala Sub Bagian Tata Usaha dan Kepala Seksi diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
 5. Pengangkatan dan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada angka 5, dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- B. Tugas, Fungsi dan Wewenang :
- a. Direktur
Direktur RSUD Umum Daerah mempunyai tugas memimpin, merencanakan, membina mengkoordinasikan dan mengawasi serta mengevaluasi pelaksanaan tugas sesuai dengan peraturan perundangan-undangan yang berlaku.
 - b. Kepala Sub Bagian Tata Usaha
Kepala Sub Bagian Tata Usaha mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian tugas Direktur lingkup Ketatausahaan. Uraian Tugas Pokok Kepala Sub Bagian Tata Usaha terdiri dari :
 - a) Merencanakan kegiatan program kerja pertahun anggaran Sub Bagian Tata Usaha berdasarkan pada rencana dan priotas target sasaran yang akan dicapai sebagai pedoman pelaksanaan kegiatan.
 - b) Membagi Tugas kepada bawahan di lingkungan Sub Bagian Tata Usaha, baik secara lisan maupun tertulis agar tugas segera diproses lebih lanjut.
 - c) Memberi petunjuk kepada bawahan di lingkungan Sub Bagian Tata Usaha, baik secara lisan maupun tertulis untuk menghindari kesalahan dan penyimpangan dalam pelaksanaan tugas.
 - d) Memeriksa hasil pekerjaan para bawahan di lingkungan Sub Bagian tata Usaha dengan membandingkan antara hasil kerja dengan petunjuk kerja untuk penyempurnaan hasil kerja.
 - e) Menilai prestasikerja para bawahan dilingkungan Sub Bagian tata Usaha berdasarkan hasil kerja yang dicapai sebagai bahan dalam pembinaan dan penigkatan karier.
 - f) Menghimpun dan mempelajari peraturan perundang-undangan kebijakan teknis, pedoman dan petunjuk teknis serta bahan-bahan lainnya yang berhubungan dengan tugas pokok Sub Bagian Tata Usaha secara rutin maupun berkala untuk pengembangan wawasan pengetahuan dan kemampuan diri dan bawahan.
 - g) Memberikan saran pertimbangan kepada Direktur tentang langkah-langkah atau tindakan yang perlu diambil dalam pelaksanaan tugas Sub Bagian Tata Usaha baik secara tertulis dan maupun lisan sebagai alternative pilihan dalam pengambilan keputusan.

- h) Menginventarisasi permasalahan-permasalahan berkaitan dengan pelaksanaan tugas Sub Bagian Tata Usaha serta menyiapkan bahan-bahan dalam rangka pemecahan masalah.
 - i) Membuat konsep naskah dinas berkaitan dengan tugas dan fungsi Sub Bagian Tata Usaha.
 - j) Mengevaluasi hasil kegiatan per tahun Anggaran sub Bagian tata Usaha berdasarkan capaian pelaksanaan kegiatan sebagai bahan penyempurnaannya.
 - k) Melaksanakan tugas-tugas teknis lainnya
- c. Kepala Seksi
- 1. Kepala Seksi Keperawatan
Kepala Seksi Keperawatan Mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Direktur lingkup Penyelenggaraan Keperawatan. Uraian tugas pokok terdiri dari :
 - a) Merencanakan Program kegiatan per tahun anggaran Seksi Keperawatan berdasarkan pada renstra dan prioritas target sasaran yang akan dicapai sebagai pedoman dalam pelaksanaan kegiatan.
 - b) Membagi tugas kepada bawahan dilingkungan Seksi Keperawatan baik secara lisan maupun tertulis agar tugas segera di proses lebih lanjut.
 - c) Memberi petunjuk kepada bawahan di lingkungan Seksi Keperawatan, baik secara lisan maupun tertulis untuk menghindari kesalahan dan penyimpangan dalam pelaksanaan tugas.
 - d) Memeriksa hasil pekerjaan para bawahan di lingkungan Seksi Keperawatan dengan membandingkan antara hasil kerja dengan petunjuk kerja untuk penyempurnaan hasil kerja.
 - e) Menilai prestasi kerja para bawahan dilingkungan Seksi Keperawatan berdasarkan hasil kerja yang dicapai sebagai bahan dalam pembinaan dan peningkatan karier.
 - f) Menghimpun dan mempelajari peraturan perundang-undangan kebijakan teknis, pedoman dan petunjuk teknis serta bahan-bahan lainnya yang berhubungan dengan tugas pokok Seksi Keperawatan secara rutin maupun berkala untuk pengembangan wawasan pengetahuan dan kemampuan diri dan bawahan.
 - g) Memberikan saran pertimbangan kepada Direktur tentang langkah-langkah atau tindakan yang perlu diambil dalam pelaksanaan tugas Seksi Keperawatan baik secara tertulis dan maupun lisan sebagai alternative pilihan dalam pengambilan keputusan.
 - h) Menginventarisasi permasalahan-permasalahan berkaitan dengan pelaksanaan tugas Seksi Keperawatan serta menyiapkan bahan-bahan dalam rangka pemecahan masalah.
 - i) Membuat konsep naskah dinas berkaitan dengan tugas dan fungsi Seksi Keperawatan.
 - j) Mengevaluasi hasil kegiatan per tahun Anggaran Seksi Keperawatan berdasarkan capaian pelaksanaan kegiatan sebagai bahan penyempurnaannya.
 - k) Melaksanakan tugas-tugas teknis lainnya.

2. Kepala Seksi Pelayanan

- a) Merencanakan Program kegiatan per tahun anggaran Seksi Pelayanan berdasarkan pada renstra dan prioritas target sasaran yang akan dicapai sebagai pedoman dalam pelaksanaan kegiatan.
- b) Membagi tugas kepada bawahan dilingkungan Seksi Pelayanan baik secara lisan maupun tertulis agar tugas segera di proses lebih lanjut.
- c) Memberi petunjuk kepada bawahan di lingkungan Seksi Pelayanan, baik secara lisan maupun tertulis untuk menghindari kesalahan dan penyimpangan dalam pelaksanaan tugas.
- d) Memeriksa hasil pekerjaan para bawahan di lingkungan Seksi Pelayanan dengan membandingkan antara hasil kerja dengan petunjuk kerja untuk penyempurnaan hasil kerja.
- e) Menilai prestasikerja para bawahan dilingkungan Seksi Pelayanan berdasarkan hasil kerja yang dicapai sebagai bahan dalam pembinaan dan peningkatan karier.
- f) Menghimpun dan mempelajari peraturan perundang-undangan kebijakan teknis, pedoman dan petunjuk teknis serta bahan-bahan lainnya yang berhubungan dengan tugas pokok Seksi Pelayanan secara rutin maupun berkala untuk pengembangan wawasan pengetahuan dan kemampuan diri dan bawahan.
- g) Memberikan saran pertimbangan kepada Direktur tentang langkah-langkah atau tindakan yang perlu diambil dalam pelaksanaan tugas Seksi Pelayanan baik secara tertulis dan maupun lisan sebagai alternative pilihan dalam pengambilan keputusan.
- h) Menginventarisasi permasalahan-permasalahan berkaitan dengan pelaksanaan tugas Seksi Pelayanan serta menyiapkan bahan-bahan dalam rangka pemecahan masalah.
- i) Membuat konsep naskah dinas berkaitan dengan tugas dan fungsi Seksi Pelayanan.
- j) Mengevaluasi hasil kegiatan per tahun Anggaran Seksi Pelayanan berdasarkan capaian pelaksanaan kegiatan sebagai bahan penyempurnaannya.
- k) Melaksanakan tugas-tugas teknis lainnya.

Bagan Struktur Organisasi RSUD Raja Musa Sungai Guntung



BAB III KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

A. Umum

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

B. Komite Farmasi dan Terapi.

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

- f. mensosialisasikan formularium RSUD dan standar/pedoman yang digunakan di RSUD ;
 - g. melakukan evaluasi untuk menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh ketua Satuan Medis Fungsional (SMF) dan Anggota Staf Medis;
 - h. menyusun pengelolaan obat yang digunakan di RSUD dan obat yang termasuk dalam kategori khusus;
 - i. mengkoordinir pembuatan pedoman diagnosis dan terapi, pedoman penggunaan antibiotika dan pedoman lainnya;
 - j. bersama Kepala Instalasi Farmasi mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan mengenai penggunaan obat di RSUD sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional;
 - k. melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di RSUD dengan mengkaji rekam medis dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi serta pedoman-pedoman lainnya, dengan maksud untuk mendorong peningkatan secara penggunaan obat secara rasional;
 - l. mengumpulkan dan meninjau laporan mengenai Monitoring Efek Samping Obat (MESO);
 - m. melaksanakan pendidikan dan pelatihan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap staf farmasi, medis dan perawat berkoordinasi dengan instalasi diklat; dan
 - n. melaksanakan pengawasan, pengendalian dan evaluasi penulisan resep, penggunaan dan pengelolaan obat dan memberikan umpan balik atas hasil tersebut.
6. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada angka 5 Komite Farmasi dan Terapi dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain;
 7. Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam angka 6 disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
 8. Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada angka 7 adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.
- C. Komite Keperawatan
1. Ketua dan Anggota Komite Keperawatan diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun;
 2. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan bertanggungjawab langsung kepada Direktur;
 3. Ketua dan Anggota Komite Keperawatan dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan RSUD ; dan
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik RSUD .
 4. Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada angka 3 diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
 5. Tugas pokok dan fungsi Komite Keperawatan adalah :
 - a. menyusun dan menetapkan Standar Asuhan Keperawatan di RSUD;
 - b. memantau pelaksanaan Asuhan Keperawatan;
 - c. menyusun model Praktek Keperawatan Profesional;
 - d. memantau dan membina perilaku etik dan profesional tenaga keperawatan;
 - e. meningkatkan mutu asuhan keperawatan melalui peningkatan

pengetahuan dan keterampilan seiring kemajuan IPTEK yang terintegrasi dengan perilaku yang baik;

- f. bekerja sama dengan Direktur /Bidang Keperawatan dalam merencanakan program untuk mengatur kewenangan profesi tenaga keperawatan dalam melakukan Asuhan Keperawatan sejalan dengan rencana strategis RSUD ;
 - g. memberi rekomendasi dalam rangka pemberian kewenangan profesi bagi tenaga keperawatan yang akan melakukan tindakan asuhan keperawatan;dan
 - h. mengkoordinir kegiatan-kegiatan tenaga keperawatan, menyampaikan laporan kegiatan Komite Keperawatan secara berkala (setahun sekali) kepada seluruh tenaga keperawatan RSUD.
6. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada angka 5 Komite Keperawatan dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain;
 7. Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam angka 6 disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
 8. Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada angka 7 adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

D. Satuan Pemeriksaan Internal

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

BAB IV
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BY LAWS*)

A. Tujuan

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

B. Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

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

C. Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF)

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

D. Mitra Bestari

1. Mitra Bestari (*Peer group*) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis;

2. Staf medis dalam mitra bestari pada angka 1 tidak terbatas dari staf medis yang ada di RSUD , tetapi dapat juga berasal dari luar RSUD yaitu perhimpunan dokter spesialis (*kolegium*) atau dari fakultas kedokteran.
3. Direktur dapat membentuk panitia ad hoc yang terdiri dari mitra bestari sebagaimana dimaksud pada angka 2 untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakan disiplin dan etika profesi di RSUD berdasarkan permohonan Komite Medik.

E. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)

1. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggungjawab dalam pelayanan kepada pasien di RSUD .
2. Syarat DPJP adalah dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang di usulkan oleh KSMF terkait dan ditetapkan oleh Direktur.
3. Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan Staf medis yang dapat menjadi DPJP ditetapkan oleh Direktur.
4. DPJP terdiri dari DPJP pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.
5. DPJP pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis yang bertugas pada Unit Gawat Darurat saat itu dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
6. DPJP pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
7. DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
8. Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan DPJP ditetapkan oleh Direktur.

BAB V
KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)

1. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan Medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
2. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) seorang staf medis ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik.
3. Penetapan kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada angka 2, diberikan melalui penerbitan penugasan klinis (*clinical appointment*).
4. Tanpa penugasan klinis (*clinical appointment*) maka seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis tidak dapat melakukan tindakan medis.
5. Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan pertimbangan *Clinical Appraisal* (Tinjauan atau Telaah hasil proses kredensial dan atau rekredensial) berupa surat rekomendasi dari Komite Medik, dengan mengacu pada:
 - a. Standar Profesi dari organisasi profesi;
 - b. Standar Pendidikan; dan
 - c. Standar Kompetensi dari Kolegium.
6. Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis RSUD diberikan kewenangan klinis (*Clinical privilege*) setelah memperhatikan rekomendasi dari komite medik, terkait dengan:
 - a. penentuan kewenangan klinis didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang diakui oleh masing - masing organisasi profesi;
 - b. berdasarkan hasil kredensial sub komite kredensial di RSUD ; dan
 - c. dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinik maka komite medik dapat meminta informasi atau pendapat dari mitra bestari.
7. Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa ijazah/sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
8. Sesuai dengan yang dimaksud pada angka 7, maka Direktur akan meminta Komite Medik untuk melakukan rekredensial.
9. Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam angka 7, setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
10. Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan dituangkan pada penugasan klinis dalam bentuk Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.
11. Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak maka dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditandatangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.
12. Dalam keadaan tertentu Direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical appointment*) untuk Dokter konsultan/ Dokter tamu yang diperlukan sementara oleh RSUD .
13. Direktur dapat memperluas, mempersempit, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.
14. Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*Clinical appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di RSUD .
15. Dalam keadaan bencana alam, kegawatdaruratan akibat bencana massal,

kerusakan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis RSUD dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

BAB VI
PENUGASAN KLINIS
(*CLINICAL APPOINTMENT*)

1. Setelah melalui proses Kredensial Direktur menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis Fungsional.
2. Kewenangan Klinis yang terhimpun dalam Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada angka 1, ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi yang diberikan oleh Komite Medik.
3. Surat Penugasan Klinis hanya dapat diberikan kepada Staf Medis yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran/ Kedokteran Gigi Indonesia.
4. Surat Penugasan Klinis di RSUD 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 RSUD ini;
 - b. menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas RSUD ;
 - c. mencatat seluruh pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di RSUD diisi dengan lengkap, benar dan tuntas dalam jangka waktu sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - d. memperhatikan segala permintaan RSUD yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis di RSUD dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinik (PPK), *Clinical Pathway* dan prosedur operasional/ manajerial/ administrasi yang berlaku di RSUD ;
 - e. mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri berdasarkan kode etik kedokteran Indonesia; dan
 - f. memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di RSUD .
5. Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada angka 1, berlaku selama 5 (lima) tahun.
6. Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam angka 5 dapat berakhir sebelum jangka waktu 5 (lima) tahun dalam hal:
 - a. ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku; atau
 - b. kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan Medis secara menetap; atau
 - c. staf medis telah berusia 60 tahun atau dokter pendidik klinis telah berusia 65 tahun. Namun yang bersangkutan masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan/ pertimbangan Direktur; atau
 - d. staf medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) atau kontrak; atau
 - e. staf medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelalaian, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik; atau
 - f. staf medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
 - g. staf medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan RSUD setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

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

BAB VII KOMITE MEDIK

A. Umum

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

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

B. Rapat

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

BAB VIII
PENGORGANISASIAN SUB KOMITE

1. Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh sub komite, yang terdiri dari:
 - a. Sub komite Kredensial;
 - b. Sub komite Mutu Profesi;
 - c. Sub komite Etika dan Disiplin Profesi.

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

3. Susunan organisasi sub komite terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Anggota.

BAB IX
SUBKOMITE KREDENSIAL

1. Subkomite kredensial di RSUD terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di RSUD .
2. Pengorganisasian subkomite kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua Komite Medik.
3. Tugas dan wewenang sub komite kredensial adalah:
 - a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis;
 - b. melakukan pemeriksaan dan pengkajian :
 - 1) Kompetensi;
 - 2) Kesehatan fisik dan mental;
 - 3) Perilaku; dan
 - 4) Etika profesi.
 - c. mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/ P3KGB) tenaga medis;
 - d. mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
 - e. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
 - f. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - g. memberikan rekomendasi kepada Komite Medik untuk melibatkan mitra bestari (*peer group*) dalam hal melakukan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku dan etika profesi terhadap staf medis dan calon staf medis.
3. Proses kredensial yang dilakukan oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:
 - a. Kompetensi:
 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh pemerintah dan lembaga yang berwenang;
 2. kognitif/keilmuan;
 3. afektif/attitude; dan
 4. psikomotor/keterampilan.
 - b. Kompetensi fisik;
 - c. Kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. Perilaku etis (*ethical standing*).
4. Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
5. Proses kredensial dapat dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan permintaan dari Komite Medik melalui rekomendasi dari subkomite kredensial.
6. Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
7. Kewenangan klinis sesuai ayat (3) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.
8. Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
 - a. 2 (dua) bulan sebelum habis masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis;
 - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;

- d. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan tindakan pelanggaran etika profesi; dan
 - e. staf medis yang bersangkutan telah menyelesaikan pendidikan profesi lanjutan.
9. Dalam proses rekredensial sub komite kredensial dapat memberikan rekomendasi :
- a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
10. Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (proctoring) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

BAB X
SUBKOMITE MUTU PROFESI

1. Subkomite mutu profesi di RSUD terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di RSUD dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
2. Pengorganisasian subkomite mutu profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua komite medik.
3. Tugas dan wewenang subkomite mutu profesi adalah :
 - a. berperan menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*);
 - b. melakukan audit medis;
 - c. mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis;
 - d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis RSUD ;dan
 - e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan.
4. Audit medis yang dilakukan oleh sub komite mutu profesi adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di RSUD.
5. Hasil dari Audit medis sebagaimana pada angka 4 berfungsi :
 - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di RSUD ;
 - b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*Clinical Privilege*); dan
 - d. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.
6. Sub komite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis.
7. Selain pertemuan ilmiah sebagaimana disebutkan pada ayat (1), sub komite mutu profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
8. Sub komite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh sub komite mutu profesi yang melibatkan staf medis RSUD sebagai narasumber dan peserta aktif.
9. Sub komite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan & penelitian RSUD memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
10. Sub komite mutu profesi merekomendasikan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
11. Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian mutu profesi.

12. Pelaksanaan pendampingan (*proctoring*) dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi staf medis yang dijatuhi sanksi disiplin, pembatasan kewenangan klinis, penambahan kewenangan klinis dan/atau permohonan pendampingan dari staf medis yang bersangkutan dalam rangka peningkatan kewenangan klinis (*Clinical Privilege*).
13. Komite medik berkoordinasi dengan kepala seksi Pelayanan RSUD untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.
14. Staf medis yang akan memberikan pendampingan (*proctoring*) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
15. Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin / mendapatkan pengurangan kewenangan klinis (*Clinical Privilege*).

BAB XI
SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

1. Subkomite etika dan disiplin profesi di RSUD terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di RSUD dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
2. Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua komite medik.
3. Tugas subkomite etika dan disiplin profesi :
 - a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di RSUD ;dan
 - c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.
4. Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:
 - a. pedoman pelayanan kedokteran di RSUD ;
 - b. prosedur kerja pelayanan di RSUD ;
 - c. daftar kewenangan klinis di RSUD ;
 - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di RSUD ;
 - e. kode etik kedokteran Indonesia;
 - f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
 - g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
 - h. pedoman pelayanan medik/klinik;dan
 - i. standar prosedur operasional asuhan medis.
5. Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;dan
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam RSUD atau luar RSUD, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan Direktur RSUD atau Direktur RSUD terlapor.
6. Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar RSUD.
7. Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar RSUD mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh RSUD berdasarkan rekomendasi Komite Medik.
8. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dan sebagainya yang dilakukan oleh unit kerja RSUD terkait seperti bagian pendidikan dan penelitian, komite medik, dan unit terkait lainnya.
9. Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di RSUD melalui kelompok profesinya kepada komite medik.
10. Subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus etik dan/atau disiplin profesi dengan mengikutsertakan pihak- pihak terkait yang berkompetensi untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis maupun disiplin profesi.

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

1. Guna melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) di RSUD maka setiap Staf Medis berkewajiban untuk :
 - a. melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis yang diberikan;
 - b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang sesuai dengan kebutuhan medis pasien;
 - c. melakukan konsultasi kepada dokter, dokter gigi, dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan indikasi medis; dan
 - d. merujuk pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan lain apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.
2. Dalam melaksanakan tata kelola RSUD dan tata kelola klinis maka RSUD wajib menyusun Kebijakan, Pedoman dan Standar Prosedur Operasional sesuai dengan bidang tugas masing-masing.
3. Seluruh aturan-aturan sebagaimana dimaksud pada angka 2, ditetapkan oleh Direktur.

BUPATI INDRAGIRI HILIR,

ttd

H. MUHAMMAD WARDAN