



SALINAN

BUPATI INDRAGIRI HILIR
PROVINSI RIAU

PERATURAN BUPATI INDRAGIRI HILIR
NOMOR 32 TAHUN 2023

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PURI HUSADA

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 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Undang-Undang Kesehatan, Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada perlu menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati Indragiri Hilir tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada;
- 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 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 beberapa kali diubah terakhir 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);

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
5. 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);
6. 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 : RANCANGAN PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PURI HUSADA.

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.

3. Bupati adalah Bupati Indragiri Hilir.
4. Rumah Sakit Umum adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada 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.
6. Direktur adalah Direktur RSUD.
7. Tenaga yang memberikan pelayanan Keperawatan/Kebidanan adalah tenaga yang terdiri dari perawat dan bidan.
8. Komite Keperawatan adalah sekelompok tenaga perawat dan bidan yang keanggotaannya dipilih dari dan oleh staf keperawatan fungsional yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
9. Peraturan Internal RSUD 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 dan tata kelola klinis yang baik.
10. Peraturan Internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme staf medis di RSUD.
11. Pemilik RSUD yang selanjutnya disebut pemilik adalah Pemerintah Daerah.
12. Komite Medik adalah perangkat RSUD untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medis di RSUD terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
13. 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.
14. Mitra Bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
15. Kewenangan Klinis adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan RSUD untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis.
16. Kewenangan Klinis adalah kewenangan yang diberikan kepada tenaga perawat dan/atau tenaga bidan dan/atau tenaga penunjang medis lainnya sesuai dengan uraian intervensi masing-masing tenaga profesi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan di area praktiknya.

17. Penugasan Klinis 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.
18. Penugasan klinis adalah penugasan yang diberikan kepada tenaga perawat dan/atau tenaga bidan dan/atau tenaga penunjang medis lainnya
19. Tata Kelola Klinis yang Baik adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, risiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitoring, evaluasi serta tindak lanjut hasil pelayanan, pengembangan profesional dan akreditasi RSUD.
20. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis dan tenaga Kesehatan lainnya untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
21. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis dan tenaga Kesehatan lainnya yang telah memiliki kewenangan klinis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
22. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural RSUD yang merupakan perwakilan kelompok profesi perawat dan bidan yang bertugas membantu direktur untuk menerapkan tata kelola asuhan keperawatan.
23. Komite Farmasi dan Terapi adalah organisasi 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.
24. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah organisasi non-struktural yang anggotanya terdiri dari tenaga Kesehatan lainnya pada RSUD dengan tugas membantu Direktur dalam menjaga profesionalisme melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi keteknisan kesehatan, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi masing-masing.

Pasal 2

Maksud dan tujuan 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 21 November 2023

BUPATI INDRAGIRI HILIR,

ttd

H. MUHAMMAD WARDAN

Diundangkan di Tembilahan
pada tanggal 21 November 2023

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN INDRAGIRI HILIR,

ttd

AFRIZAL

BERITA DAERAH KABUPATEN INDRAGIRI HILIR TAHUN 2023 NOMOR 32

SALINAN SESUAI DENGAN ASLINYA

KEPALA BAGIAN HUKUM
SETDA KAB. INHIL


EKO HERI PURWANTO, SH. MH
Pembina Tingkat I (IV/b)
NIP.19780406 200501 1 009

LAMPIRAN
NOMOR 32 TAHUN
TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN INDRAGIRI HILIR

BAB I
IDENTITAS

- A. Kedudukan RSUD
RSUD ini bernama RSUD.
Alamat RSUD berkedudukan di Jalan Jalan Veteran Nomor 52
Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir Provinsi Riau. Kode Pos 29212
- B. Visi, Misi, dan Motto
1. Visi :
Kejayaan Inhil yang semakin maju, bermarwah, dan bermartabat.
 2. Misi :
 - a. Memantapkan tata kelola pemerintahan yang makin responsif, partisipatif, inovatif, elektif dan berkeadilan hukum.
 - b. Memantapkan pembangunan SDM yang semakin berkualitas, dan berdaya saing serta meningkatkan iman dan taqwa.
 3. Motto
Motto RSUD adalah pelayanan cepat dan ramah
- C. Logo, Makna Logo dan nilai-nilai dasar
1. Logo RSUD adalah:



2. Makna Logo adalah:
 - a. Warna merah yang membentuk hati mempunyai makna bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dilakukan dengan kepedulian serta semangat sepenuh hati.
 - b. Warna biru menggambarkan ketulusan dan kejujuran
 - c. Warna hijau bergaris runcing menggambarkan tangkas atau cepat dan professional.
 - d. Warna kuning menggambarkan kehangatan dan keramahan

Dari keseluruhan bentuk logo secara utuh dapat dimaknakan bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat baik pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis dan penunjang non medis mengedepankan pelayanan yang dilakukan secara cepat, peduli, tulus, ramah dan professional serta dapat berkembang secara seimbang dan bertahap

dalam mewujudkan Visi Rumah Sakit 'Menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Terdepan dan Terpercaya di Provinsi Riau Tahun 2025.

3. Nilai – nilai dasar pada RSUD adalah:

- a. Kejujuran;
- b. Kesetiaan;
- c. Kemitraan;
- d. Kasih sayang; dan
- 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, 1 (satu) orang Bagian Tata Usaha, dan 3 (tiga) orang Kepala Bidang. Pada Bagian Tata Usaha membawahi 3 Sub Bagian dan pada masing-masing Kepala Bidang membawahi 2 (dua) Kepala Seksi.
2. Struktur sebagaimana dimaksud dalam angka 1 adalah :
 - a. Direktur ;
 - b. Kepala Bagian Tata Usaha;
 - 1) Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
 - 2) Kepala Sub Bagian Keuangan dan Perlengkapan
 - 3) Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Pengendalian
 - c. Kepala Bidang Keperawatan
 - 1) Kepala Seksi Keperawatan
 - 2) Kepala Seksi Etika dan Mutu Keperawatan
 - d. Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Penunjang Medis
 - 1) Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medis
 - 2) Kepala Seksi Pelayanan Medis Dan Pencegahan
 - e. Kepala Bidang Pelayanan Penunjang Non Medik
 - 1) Kepala Seksi Instalasi dan Pemeliharaan
 - 2) Kepala Seksi Rekam Medik dan Pelaporan
3. Direktur bertanggungjawab kepada Bupati.
4. Direktur, Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian 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 :

1. Direktur

Direktur RSUD mempunyai tugas melaksanakan penyelenggaraan pemerintahan daerah di bidang pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan, pemulihan dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan.

2. Kepala Bagian Tata Usaha

Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan administrasi umum dan kepegawaian, pengelolaan keuangan dan perlengkapan, penyusunan program, pengawasan dan evaluasi.

a. Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

Sub Bagian Umum dan Kepegawaian mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas melaksanakan sebagian tugas Sekretariat dalam penyelenggaraan administrasi umum dan pengelolaan administrasi kepegawaian. Untuk melaksanakan tugas pokok Sub Bagian Umum dan Kepegawaian mempunyai fungsi :

- 1) Penyusunan rencana program dan kegiatan pada Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
- 2) Pengelolaan administrasi umum yang meliputi ketatausahaan, surat menyurat, ketatalaksanaan, kearsipan dan kepastakaan;

- 3) Penyelenggaraan urusan rumah tangga, protokol, perjalanan dinas dan kehumasan;
 - 4) Pengelolaan administrasi kepegawaian yang meliputi absensi dan pengelolaan data kepegawaian dan pelaksanaan pelayanan administrasi kepegawaian;
 - 5) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan lingkup tugas dan fungsinya
- b. Kepala Sub Bagian Keuangan dan Perlengkapan
- Kepala Sub Bagian Keuangan dan Perlengkapan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Kepala Bagian Tata Usaha lingkup keuangan dan perlengkapan. Kepala Sub Bagian Keuangan dan Perlengkapan menyelenggarakan fungsi :
- 1) penyusunan program dan kegiatan pada sub bagian keuangan dan perlengkapan;
 - 2) penyusunan anggaran dan kebutuhan perlengkapan;
 - 3) penyelenggaraan dan pengelolaan administrasi keuangan dan perlengkapan;
 - 4) pengelolaan dan penatausahaan keuangan dan perlengkapan;
 - 5) penyusunan laporan keuangan dan perlengkapan; dan
 - 6) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan lingkup tugas dan fungsinya
- c. Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Pengendalian
- Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Pengendalian mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Sekretaris lingkup perencanaan dan pengendalian. Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Pengendalian menyelenggarakan fungsi :
- 1) penyusunan program dan kegiatan pada Sub Bagian Perencanaan dan Pengendalian;
 - 2) pelaksanaan pengoordinasian penyelenggaraan tugas-tugas bidang;
 - 3) pengoordinasian penyusunan program dan kegiatan bidang-bidang;
 - 4) penyelenggaraan pengawasan dan evaluasi pelaksanaan program dan kegiatan bidang-bidang;
 - 5) penyusunan dan pengoordinasian pelaporan yang meliputi laporan kinerja dinas, laporan akuntabilitas, laporan pelaksanaan program dan kegiatan dinas;
 - 6) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan lingkup tugas dan fungsinya.
- d. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan
- Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Direktur lingkup Pelayanan Keperawatan. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan menyelenggarakan fungsi :
- 1) penyusunan kebijakan teknis lingkup pelayanan keperawatan, etika dan mutu keperawatan;
 - 2) pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan lingkup pelayanan keperawatan, etika dan mutu keperawatan;
 - 3) pembinaan dan pelaksanaan tugas lingkup pelayanan keperawatan, etika dan mutu keperawatan;
 - 4) pengawasan, monitoring, evaluasi, pelaporan lingkup pelayanan keperawatan dan etika dan mutu keperawatan;

- 5) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan lingkup tugas dan fungsinya.
- e. Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan lingkup Pelayanan Keperawatan. Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan menyelenggarakan fungsi :
- 1) penyiapan bahan kebijakan teknis lingkup pelayanan keperawatan;
 - 2) pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan lingkup pelayanan keperawatan;
 - 3) pembinaan dan pelaksanaan tugas lingkup pelayanan keperawatan meliputi pengelolaan logistik dan tenaga keperawatan, asuhan keperawatan;
 - 4) pengawasan, monitoring, evaluasi dan pelaporan lingkup pelayanan keperawatan;
 - 5) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan lingkup tugas dan fungsinya.
- f. Kepala Seksi Etika dan Mutu Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan lingkup Etika dan Mutu Keperawatan. Kepala Seksi Etika dan Mutu Keperawatan menyelenggarakan fungsi :
- 1) penyiapan bahan kebijakan teknis lingkup etika dan mutu keperawatan;
 - 2) pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan lingkup etika dan mutu keperawatan meliputi pendidikan dan pelatihan tenaga keperawatan, koordinasi transfer pasien, koordinasi klinikal instruktur, pengembangan jenjang karir tenaga keperawatan, penyusunan standar prosedur tetap pelayanan keperawatan;
 - 3) pembinaan dan pelaksanaan tugas lingkup etika dan mutu keperawatan;
 - 4) pengawasan, monitoring, evaluasi dan pelaporan lingkup pelayanan keperawatan; dan
 - 5) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan lingkup tugas dan fungsinya.
3. Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Penunjang Medis mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Direktur lingkup Pelayanan Medis dan Penunjang Medis. Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Penunjang Medis menyelenggarakan fungsi :
- 1) penyusunan kebijakan teknis lingkup pelayanan medis dan pencegahan, dan pelayanan penunjang medis;
 - 2) pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan lingkup pelayanan medis dan pencegahan, dan pelayanan penunjang medis;
 - 3) pembinaan dan pelaksanaan tugas lingkup medis dan pencegahan, dan pelayanan penunjang medis;
 - 4) pengawasan, monitoring, evaluasi dan pelaporan lingkup medis dan pencegahan, dan pelayanan penunjang medis;
 - 5) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan lingkup tugas dan fungsinya.
- a. Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Pencegahan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Penunjang Medis lingkup Pelayanan Medis dan Pencegahan. Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Pencegahan menyelenggarakan

fungsi:

- 1) penyiapan bahan kebijakan teknis lingkup pelayanan medis dan pencegahan meliputi penyusunan standar prosedur tetap pelayanan medis;
- 2) pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan lingkup pelayanan medis dan pencegahan meliputi kebutuhan tenaga pelayanan medis, kebutuhan peralatan dan bahan kesehatan, pelaksanaan kesehatan dan keselamatan kerja, pencegahan infeksi nosokomial dan penyakit menular, surveilans;
- 3) pembinaan dan pelaksanaan tugas lingkup pelayanan medis dan pencegahan;
- 4) pengawasan, monitoring, evaluasi dan pelaporan lingkup pelayanan medis dan pencegahan;
- 5) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan lingkup tugas dan fungsinya.

b. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medis mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Penunjang Medis lingkup Pelayanan Penunjang Medis. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medis menyelenggarakan fungsi :

- 1) bahan kebijakan teknis lingkup pelayanan penunjang medis meliputi kebutuhan tenaga pelayanan medis, peralatan dan bahan kesehatan, pelaksanaan kesehatan dan keselamatan kerja, pencegahan infeksi nosokomial dan penyakit menular, surveilans;
- 2) pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan lingkup pelayanan medis dan pencegahan meliputi kebutuhan tenaga pelayanan medis, peralatan dan bahan kesehatan, pelaksanaan kesehatan dan keselamatan kerja, pencegahan infeksi nosokomial dan penyakit menular, surveilans;
- 3) pembinaan dan pelaksanaan tugas lingkup pelayanan medis dan pencegahan;
- 4) pengawasan, monitoring, evaluasi dan pelaporan lingkup pelayanan medis dan pencegahan;
- 5) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan lingkup tugas dan fungsinya.

4. Kepala Bidang Penunjang Non Medik mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Direktur lingkup Penunjang Non Medik. Kepala Bidang Penunjang Non Medik menyelenggarakan fungsi :

- a) penyusunan kebijakan teknis lingkup Rekam Non Medik, Instalasi dan Pemeliharaan;
- b) pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan lingkup Penunjang Non Medik, Instalasi dan Pemeliharaan;
- c) pembinaan dan pelaksanaan tugas lingkup Penunjang Non Medik meliputi Kebutuhan, Pengelolaan dan Pemeliharaan Instalasi dan Pemeliharaan;
- d) pengawasan, pemantauan, monitoring, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan Bidang Penunjang Non Medik; dan
- e) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan lingkup tugas dan fungsinya.

a. Kepala Seksi Rekam Medik dan Pelaporan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Kepala Bidang Penunjang Non Medik lingkup Perencanaan Kebutuhan, Rujukan Pasien,

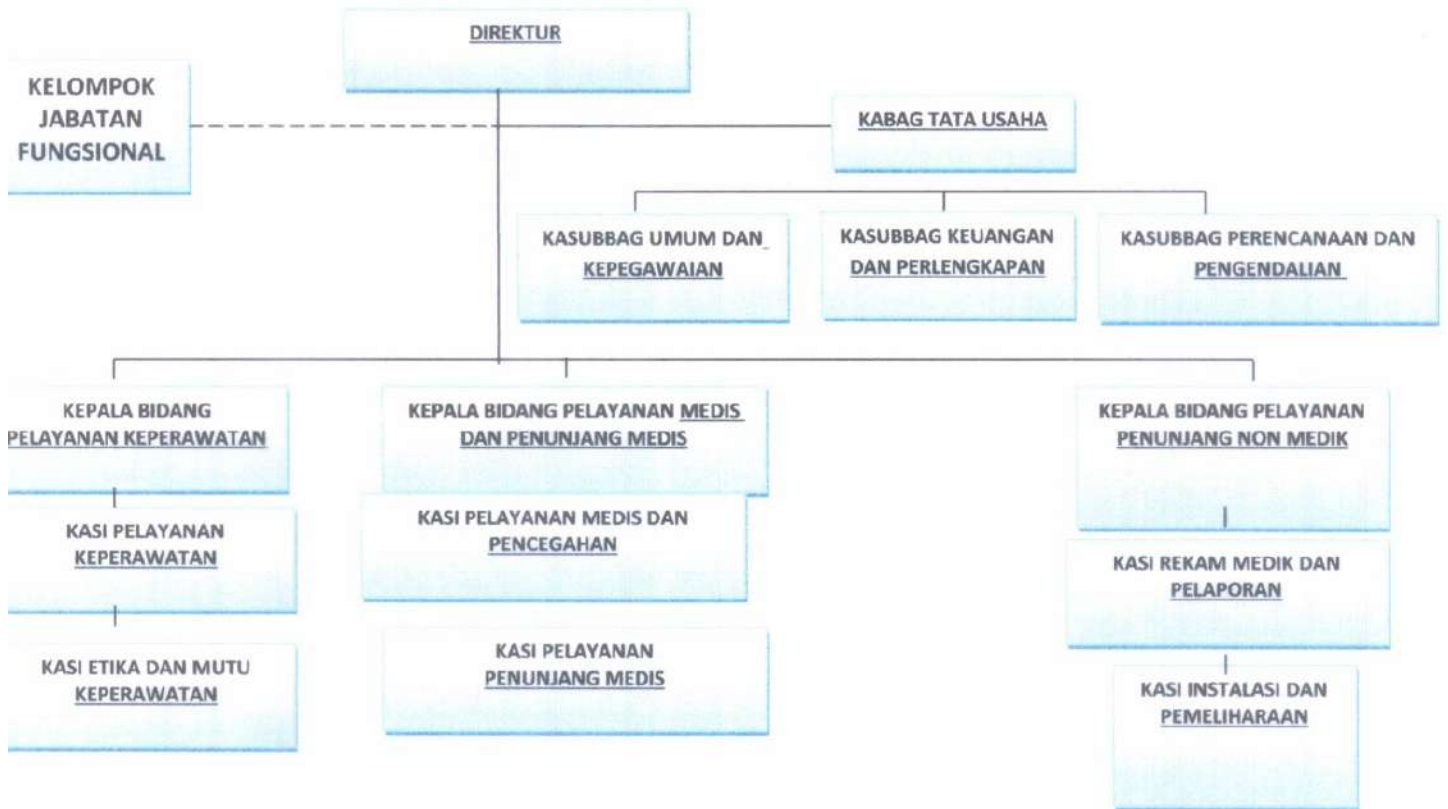
Registrasi dan Kir Kesehatan, Visum Et Repertum dan Registrasi, dan Pelaporan. Kepala Seksi Rekam Medik dan Pelaporan menyelenggarakan fungsi :

- 1) penyiapan bahan kebijakan teknis lingkup perencanaan kebutuhan, rujukan pasien, legislasi dan kir kesehatan, visum et repertum dan registrasi,
- 2) pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan lingkup perencanaan kebutuhan, rujukan pasien, legislasi dan kir kesehatan, visum et repertum dan registrasi;
- 3) pembinaan dan pelaksanaan tugas lingkup perencanaan kebutuhan, rujukan pasien, legislasi dan kir kesehatan, visum et repertum dan registrasi;
- 4) pengawasan, monitoring, evaluasi dan pelaporan lingkup perencanaan kebutuhan, rujukan pasien, legislasi dan kir kesehatan, visum et repertum dan registrasi;
- 5) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan lingkup tugas dan fungsinya.

b. Kepala Seksi Instalasi dan Pemeliharaan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Kepala Bidang Penunjang Non Medik lingkup Perencanaan Kebutuhan dan Pemeliharaan Instalasi Sarana dan Prasarana, Peralatan Kesehatan, Cleaning Service dan Kesehatan Lingkungan, serta Peralatan Kesehatan. Kepala Seksi Instalasi dan Pemeliharaan menyelenggarakan fungsi:

- 1) penyiapan bahan kebijakan teknis lingkup perencanaan kebutuhan dan pemeliharaan instalasi sarana dan prasarana, peralatan kesehatan, cleaning service dan kesehatan lingkungan, serta peralatan kesehatan;
- 2) pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan lingkup perencanaan kebutuhan dan pemeliharaan instalasi sarana dan prasarana, peralatan kesehatan, cleaning service dan kesehatan lingkungan, serta peralatan kesehatan;
- 3) pembinaan dan pelaksanaan tugas lingkup pelayanan medis dan pencegahan;
- 4) pengawasan, monitoring, evaluasi dan pelaporan lingkup perencanaan kebutuhan dan pemeliharaan instalasi sarana dan prasarana, peralatan kesehatan, cleaning service dan kesehatan lingkungan, serta peralatan kesehatan;
- 5) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan lingkup tugas dan fungsinya.

STRUKTUR ORGANISASI RSUD TEMBILAHAN



BAB III KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

A. Umum

1. Komite adalah organisasi 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 regimen, 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

A. Tujuan

1. Tujuan dari peraturan internal staf medis diantaranya adalah:
 - a. memberikan landasan hukum bagi komite medik guna melaksanakan tugas dan fungsinya dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik di RSUD ;
 - b. memberikan landasan hukum bagi Staf Medis agar dapat memberikan pelayanan secara professional; dan
 - c. memberikan landasan hukum bagi mitra bestari 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 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 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

1. Kewenangan Klinis adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan Medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
2. Kewenangan Klinis seorang staf medis ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik.
3. Penetapan kewenangan klinis oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada angka 2, diberikan melalui penerbitan penugasan klinis.
4. Tanpa penugasan klinis maka seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis tidak dapat melakukan tindakan medis.
5. Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan pertimbangan (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 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 untuk Dokter konsultan/ Dokter tamu yang diperlukan sementara oleh RSUD .
13. Direktur dapat memperluas, mempersempit, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.
14. Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di RSUD .
15. Dalam keadaan bencana alam, kegawatdaruratan akibat bencana massal, kerusuhan 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 ampunan untuk melakukannya.

BAB VI PENUGASAN KLINIS

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;
 - b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
 - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
 - d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis;

- 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 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.
4. Proses kredensial yang dilakukan oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:
 - a. Kompetensi:
 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh pemerintah dan lembaga yang berwenang;
 2. kognitif/keilmuan;
 3. afektif/attitude; dan
 4. psikomotor/keterampilan.
 - b. Kompetensi fisik;
 - c. Kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. Perilaku etis (*ethical standing*).
5. Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
6. Proses kredensial dapat dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan permintaan dari Komite Medik melalui rekomendasi dari subkomite kredensial.
7. Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
8. Kewenangan klinis sesuai ayat (3) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.
9. Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
 - a. 2 (dua) bulan sebelum habis masa berlaku surat penugasan klinis 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.
10. 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.
11. 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 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;
 - 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 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 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 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.
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.

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 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. Tolak 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 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 berkompentensi untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis maupun disiplin profesi.

BAB XII
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

1. Guna melaksanakan tata kelola klinis 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