



BUPATI BELITUNG TIMUR
PERATURAN BUPATI BELITUNG TIMUR
NOMOR 19 TAHUN 2013
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PERATURAN BUPATI BELITUNG TIMUR,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pengelolaan rumah sakit diperlukan suatu pedoman hukum dalam pembuatan kebijakan teknis operasional dengan memperhatikan aspek pemerataan, efisiensi, terjangkau dan perlindungan kepada masyarakat;
- b. bahwa dalam rangka mengatur hubungan antara pemilik atau yang mewakili, direktur rumah sakit dan staf medis di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur perlu ditetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal pada Rumah Sakit Umum Daerah;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Bangka Selatan, Kabupaten Bangka Tengah, Kabupaten Bangka Barat dan Kabupaten Belitung Timur di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4268);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana diubah dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 755/Menkes/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN:

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

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Belitung Timur.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati beserta Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Belitung Timur.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Belitung Timur.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya di sebut RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur.
6. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
7. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola korporasi rumah sakit (*corporate governance*) untuk meningkatkan dan menjaga kinerja rumah sakit.

8. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
9. Pemilik adalah pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur yaitu Bupati Belitung Timur.
10. Dewan Pengawas adalah dewan pengawas rumah sakit yang merupakan suatu unit non struktural yang bersifat independen dan keanggotaannya terdiri dari unsur pejabat dibidang Kesehatan, Pejabat dibidang Keuangan, Pejabat dibidang Pengawasan di Lingkungan Satuan Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Belitung Timur dan Pejabat di Lingkungan Sekretariat Daerah Kabupaten Belitung Timur.
11. Pengelola adalah pengelola rumah sakit, dalam hal ini adalah pimpinan/manajemen puncak rumah sakit yang menjalankan fungsi manajemen dan bertanggungjawab terhadap kinerja operasional rumah sakit, yaitu Direktur Rumah Sakit.
12. Direktur adalah pejabat struktural di Rumah Sakit, yaitu yang diangkat oleh Bupati untuk menjadi pimpinan dan bertanggung jawab atas pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah.
13. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
14. Komite Keperawatan adalah Komite Keperawatan Rumah Sakit, merupakan wadah kelompok profesional keperawatan yang mengkoordinasikan penegakan etika dan mutu keperawatan di Rumah Sakit.
15. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) adalah Satuan Kerja Fungsional yang bertugas melaksanakan Pemeriksaan Internal di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur.
16. Staf Medis adalah staf medis rumah sakit, yaitu dokter spesialis, dokter, dokter gigi yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional, melakukan pelayanan secara penuh waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di rumah sakit.
17. Kelompok Staf Medis (KSM) adalah satuan kerja fungsional di rumah sakit yang terdiri dari kelompok dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi yang memberikan pelayanan medis di rumah sakit.
18. Pelayanan Medis adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, yang dapat berupa pelayanan promotif, preventif, diagnostik, konsultatif, kuratif atau rehabilitatif.
19. Tindakan Medis adalah suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilakukan terhadap pasien, baik untuk tujuan preventif, diagnostik, terapeutik ataupun rehabilitatif.

20. Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
21. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
22. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
23. Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
24. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) adalah Dokter Penanggung Jawab Pasien Rumah Sakit merupakan dokter yang bertugas mengelola rangkaian tata kelola medis seorang pasien.
25. Peserta Didik adalah peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS), yaitu dokter dan dokter gigi yang sedang mengikuti pendidikan dokter atau dokter gigi spesialis di rumah sakit.
26. Pendidikan Sistem Magang adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di rumah sakit dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis, dimana peserta didik didampingi oleh tenaga pendidik dengan tanggung jawab sepenuhnya berada di tangan tenaga pendidik.

BAB II

NAMA DAN ALAMAT, KEDUDUKAN DAN KELAS RUMAH SAKIT

Pasal 2

- (1) RSUD ini bernama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur.
- (2) RSUD beralamat di Komplek Perkantoran Terpadu Manggarawan Jalan Raya Manggar-Gantung Desa Padang Kecamatan Manggar Kabupaten Belitung Timur.

Pasal 3

- (1) RSUD merupakan unsur pelaksana Pemerintah Kabupaten Belitung Timur yang merupakan pusat rujukan di wilayah Kabupaten Belitung Timur.

- (2) RSUD dipimpin oleh seorang Direktur dan berada di bawah dan bertanggungjawab langsung kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 4

RSUD merupakan Rumah Sakit Umum Kelas D.

BAB III

VISI, MISI, TUJUAN, DAN MOTTO

Pasal 5

- (1) Visi RSUD adalah Menjadi Rumah Sakit dengan Pelayanan Prima dan Terpercaya.
- (2) Misi RSUD adalah:
 - a. mengupayakan peningkatan kuantitas dan kualitas sumber daya manusia yang responsif terhadap kebutuhan, ilmu pengetahuan dan teknologi;
 - b. mengupayakan peningkatan manajemen kinerja secara konsisten, efisien, akuntabel, berdaya guna dan berhasil guna;
 - c. meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana yang responsif terhadap standarisasi layanan rumah sakit;
 - d. menyelenggarakan pengawasan mutu layanan secara berkesinambungan dan akuntabel; dan
 - e. meningkatkan upaya kemitraan, penguatan jejaring kerja dan pembentukan rumah sakit sebagai pusat riset.

Pasal 6

Tujuan yang ingin dicapai oleh RSUD adalah:

- a. mewujudkan layanan medis, keperawatan dan penunjang yang komprehensif dan profesional;
- b. mewujudkan peningkatan kuantitas dan kualitas SDM dalam mendukung layanan prima melalui *recruitment*, pendidikan, pelatihan formal dan informal secara berkesinambungan;
- c. mengembangkan metodologi dan keilmuan dalam penyelenggaraan/penatalaksanaan pelayanan bagi pelanggan melalui pengawasan melekat, survey kepuasan pelanggan dan riset;
- d. mewujudkan tata kelola perencanaan, penganggaran, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian secara efisien dan efektif; dan
- e. mewujudkan koordinasi lintas sektor, perjanjian kerja sama dengan institusi pendidikan kesehatan dan sektor swasta.

Pasal 7

Motto RSUD adalah “**Setia Melayani Anda**”.

BAB IV
DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu
Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 8

- (1) Susunan Dewan Pengawas Rumah Sakit dibentuk oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas Rumah Sakit adalah suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggungjawab kepada Pemilik Rumah Sakit.

Pasal 9

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas Rumah Sakit berjumlah maksimal 5 (lima) orang yang terdiri dari 1 (satu) orang Ketua merangkap Anggota dan 4 (empat) orang Anggota.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas Rumah Sakit terdiri dari Pejabat di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Belitung Timur yang dianggap mampu dan cakap dalam melaksanakan tugas sebagai Anggota Dewan Pengawas.
- (3) Anggota Dewan Pengawas yang ditunjuk oleh Pemilik Rumah Sakit sebagai Ketua yang bertugas:
 - a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
 - b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tata cara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal Rumah Sakit melalui Rapat Dewan Pengawas;
 - c. bekerja sama dengan Pengelola untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam Rapat Dewan Pengawas dan bilamana Rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka Ketua dapat memberikan kewenangan pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu; dan
 - d. melaporkan pada Rapat Rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud huruf c, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.
- (4) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur Rumah Sakit dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.

- (5) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas.
- (6) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) bukan merupakan Anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

Bagian Kedua Pengangkatan Dewan Pengawas

Pasal 10

- (1) Dewan Pengawas Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Bupati Belitung Timur selaku Pemilik Rumah Sakit dengan Surat Keputusan setelah mendapat masukan dari Sekretaris Daerah Kabupaten Belitung Timur.
- (2) Masa jabatan Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Bagian Ketiga Persyaratan Dewan Pengawas

Pasal 11

Dewan Pengawas Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (1) harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. berkewarganegaraan Indonesia;
- b. memiliki dedikasi, memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan Rumah Sakit dan dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya; dan
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan negara.

Bagian Keempat Pemberhentian Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (2) diberhentikan oleh Bupati sesuai kewenangannya, setelah masa jabatannya berakhir.
- (2) Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Bupati setelah mendapat pertimbangan dari Sekretaris Daerah, apabila pejabat tersebut terbukti:

- a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan dan peraturan/kebijakan tentang pendirian rumah sakit;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan rumah sakit; atau
 - e. berhalangan tetap.
- (3) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dan Anggota ditengah suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka dapat mengangkat seorang Ketua pengganti oleh Bupati untuk sisa masa jabatan hingga saat penetapan susunan Dewan Pengawas berikutnya.

Bagian Kelima Tugas Dewan Pengawas

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (1), mempunyai tugas sebagai berikut:
- a. melakukan pengawasan terhadap pengurusan Rumah Sakit yang meliputi pelaksanaan anggaran, rencana strategis yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - b. memantau kualitas pelayanan Rumah Sakit; dan
 - c. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Dewan Pengawas secara berkala, paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan/atau sewaktu-waktu melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati.

Bagian Keenam Kewajiban Dewan Pengawas

Pasal 14

- Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (1), dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk:
- a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai anggaran yang diusulkan oleh Direktur rumah sakit;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit, memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan rumah sakit;
 - c. memberikan nasihat kepada pengelola dalam melaksanakan pengurusan rumah sakit;
 - d. meminta keterangan kepada pengelola terhadap hasil pemeriksaan atau hasil pelaksanaan tugas satuan pemeriksaan internal rumah sakit;

- e. melaporkan dengan segera kepada Bupati apabila terjadi gejala menurunnya kinerja rumah sakit; dan
- f. melakukan hal-hal lain yang dianggap perlu sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Ketujuh
Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 15

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

- a. melihat buku-buku, surat-surat dan dokumen-dokumen lainnya, serta memeriksa kas untuk keperluan verifikasi dan memeriksa kekayaan Rumah Sakit;
- b. meminta penjelasan dari Direktur dan/atau Pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengurusan dan pengelolaan Rumah Sakit;
- c. meminta Direktur dan/atau Pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri Rapat Dewan Pengawas; dan
- d. menghadiri Rapat Manajemen Rumah Sakit dan memberikan pandangan-pandangan terhadap hal-hal yang dibicarakan.

Bagian Kedelapan
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah Rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasehat kepada Direktur.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari:
 - a. Rapat Rutin
 - b. Rapat Khusus
 - c. Rapat Tahunan

Pasal 17

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (2) huruf a, adalah setiap rapat terjadual yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat Rutin merupakan rapat koordinasi yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.
- (3) Rapat Rutin dilaksanakan paling sedikit 4 (empat) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.

- (4) Undangan Rapat Rutin disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 18

- (1) Rapat Khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (2) huruf b, adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk Rapat Khusus dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit tiga orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan Rapat Khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum Rapat Khusus diselenggarakan.
- (4) Undangan Rapat Khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat Khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 19

- (1) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (2) huruf c, adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

- (4) Undangan Rapat Tahunan disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum Rapat Tahunan diselenggarakan.

Pasal 20

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

Pasal 21

Setiap rapat, selain dihadiri oleh Ketua, Sekretaris dan Anggota Dewan Pengawas serta Direktur, juga dihadiri oleh Pejabat lainnya dan apabila diperlukan sesuai dengan agenda rapat, Komite Medik, Komite Keperawatan dan pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit atau dari luar lingkungan Rumah Sakit.

Bagian Kesembilan Pejabat Ketua

Pasal 22

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, Anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil Keputusan Rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Bagian Kesepuluh Kuorum

Pasal 23

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 3 (tiga) orang dari seluruh Anggota Dewan Pengawas.
- (3) Bila kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, hari dan jam yang sama minggu berikutnya.

- (4) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutnya dan segala Keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Bagian Kesebelas
Risalah Rapat

Pasal 24

- (1) Penyelenggaraan setiap Risalah Rapat Dewan Pengawas menjadi tanggungjawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah Rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu maksimal tujuh (7) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala Putusan dalam Risalah Rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh Anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Bagian Keduabelas
Pemungutan Suara

Pasal 25

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui Pemungutan Suara dalam Rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para Anggota Dewan Pengawas pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
- (2) Putusan Rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan Pemungutan Suara.
- (3) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan Pemungutan Suara Ulang.
- (4) Suara yang diperhitungkan hanyalah suara Anggota Dewan Pengawas yang hadir pada rapat tersebut.

Bagian Ketigabelas
Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 26

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap Putusan yang diambil pada Rapat Rutin atau Rapat Khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati ini.

- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi pada rapat berikutnya.

BAB V

DIREKTUR RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu
Pengangkatan, Masa Kerja, dan Pemberhentian

Pasal 27

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Lamanya masa jabatan Direktur Rumah Sakit merupakan kewenangan sepenuhnya dari Bupati.
- (3) Kedudukan sebagai Direktur berakhir dengan dikeluarkannya Keputusan pemberhentian oleh Bupati.

Bagian Kedua
Tanggungjawab, Tugas, Fungsi dan Wewenang Direktur

Pasal 28

- (1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit secara keseluruhan dilakukan oleh Direktur.
- (2) Direktur bertanggungjawab kepada Bupati dalam hal pengelolaan dan pengawasan Rumah Sakit beserta fasilitasnya, sumber daya manusia dan sumber daya terkait.
- (3) Direktur bertugas untuk melaksanakan kebijakan pengelolaan Rumah Sakit setelah ditetapkan oleh Bupati Belitung Timur sesuai dengan ketentuan dalam peraturan perundangan-undangan dan peraturan kebijakan serta segala ketentuan umum yang berlaku, dan berbagai aturan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini, serta memperhatikan hasil pelaksanaan tindakan/audit yang dilaksanakan oleh Komite Medik dan Satuan Pemeriksaan Internal di Rumah Sakit.
- (4) Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Direktur ditentukan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Belitung Timur dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit.
- (5) Direktur mempunyai tugas pokok membantu Bupati dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan masyarakat berdasarkan pedoman dan kebijakan yang ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (6) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), Direktur mempunyai fungsi sebagai berikut:
- a. pemimpin, penyusun rencana kebijakan pelaksanaan, pembina dan melakukan pengawasan serta evaluasi pelaksanaan tugas pelayanan kesehatan RSUD sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan
 - b. pembimbing, pengarahan dan pengoordinasian pelaksanaan kegiatan aparat pelaksana dan staf bawahan agar sesuai dengan standar mutu dan visi RSUD.

Bagian Ketiga Persyaratan Menjadi Direktur

Pasal 29

Yang dapat diangkat menjadi Direktur adalah Warga Negara Republik Indonesia dengan syarat-syarat:

- a. berkelakuan baik serta memiliki dedikasi untuk mengembangkan kinerja guna kemajuan rumah sakit; dan
- b. berstatus Pegawai Negeri Sipil dan tunduk kepada peraturan dibidang Kepegawaian.

Bagian Keempat Rapat Direktur

Pasal 30

- (1) Rapat Direktur adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan para Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Rapat Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali.
- (3) Dalam rapat sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan Rumah Sakit sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajiban masing-masing.
- (4) Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh salah seorang peserta rapat selaku notulis.

Bagian Keempat Rapat Direktur dengan Dewan Pengawas

Pasal 31

- (1) Rapat Direktur dengan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan Dewan Pengawas untuk membahas Keputusan yang perlu diambil oleh Direktur.

- (2) Undangan Rapat Direktur dengan Dewan Pengawas dari Direktur disampaikan secara tertulis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya.

Bagian Kelima
Rapat Direktur dengan Komite dan Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 32

Rapat Direktur dengan Komite adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direktur untuk pertemuan dengan Komite-Komite dan Satuan Pemeriksaan Internal, guna membahas segala urusan terkait, termasuk keprofesian medis dalam hubungannya dengan Rumah Sakit.

Bagian Keenam
Rapat Khusus

Pasal 33

Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direktur di luar jadwal rapat Direktur untuk mengambil putusan terhadap hal-hal yang dianggap khusus.

BAB VI
KOMITE DAN SATUAN PENGAWAS

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 34

- (1) Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan Komite di rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit yang terdiri dari Komite Medik dan Komite Keperawatan.
- (3) Komite berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (4) Komite dipimpin oleh seorang Ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.

Pasal 35

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

Bagian Kedua Komite Keperawatan

Pasal 36

- (1) Anggota Komite Keperawatan diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan tertentu.
- (2) Lamanya masa jabatan Anggota Komite Keperawatan adalah selama 2 (dua) tahun.
- (3) Anggota Komite Keperawatan dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataannya Anggota Komite Keperawatan:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan rumah sakit; atau
 - e. adanya kebijakan dari pemilik rumah sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada Anggota Komite Keperawatan yang bersangkutan.

Pasal 37

- (1) Komite Keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah sakit.

- (2) Tugas secara terperinci dari Komite Keperawatan adalah menyusun standar asuhan keperawatan, melalui:
 - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam pembinaan, pengawasan dan penilaian mutu pelayanan keperawatan;
 - b. menyusun program pengembangan dan penelitian keperawatan;
 - c. bertanggungjawab terhadap pelaksanaan mutu asuhan keperawatan secara profesional sesuai standar yang ditetapkan;
 - d. memberikan pertimbangan kepada Direktur tentang penerimaan tenaga keperawatan untuk berkerja di rumah sakit; dan
 - e. bertanggungjawab tentang pelaksanaan etika profesi.
- (3) Dalam menyelenggarakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Komite Komite Keperawatan mempunyai berfungsi:
 - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam pembinaan, pengawasan dan penilaian mutu pelayanan keperawatan;
 - b. menyusun program pengembangan dan penelitian keperawatan;
 - c. bertanggungjawab terhadap pelaksanaan mutu asuhan keperawatan secara profesional sesuai setandar yang ditetapkan;
 - d. memberikan pertimbangan kepada Direktur tentang penerimaan tenaga keperawatan untuk berkerja di rumah sakit; dan
 - e. bertanggungjawab tentang pelaksanaan etika profesi.
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan ayat (3) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (5) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan tugas Komite Keperawatan ditetapkan lebih lanjut oleh Direktur.

Bagian Ketiga Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)

Pasal 38

- (1) Anggota Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan tertentu.
- (2) Lamanya masa jabatan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal adalah selama 4 (empat) tahun.

- (3) Anggota Satuan Pemeriksa Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan anggota Satuan Pemeriksaan Internal:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit; atau
 - e. adanya kebijakan dari Bupati.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 39

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Tugas pokok Satuan Pemeriks Internal adalah melaksanakan pemeriksaan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di Rumah Sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Satuan Pemeriksaan Internal berfungsi:
 - a. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan audit manajemen operasional;
 - b. melakukan identifikasi risiko sebagai upaya membantu Direktur mencegah terjadinya penyimpangan;
 - c. memberikan konsultasi dan pembinaan tentang manajemen risiko terkait dengan pengendalian intern; dan
 - d. melakukan koordinasi dengan Eksternal Auditor.
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur.
- (5) Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan tugas Satuan Pemeriksaan Internal ditetapkan oleh Direktur.

BAB VI

PENGORGANISASIAN STAF MEDIS FUNGSIONAL

Bagian Kesatu
Kelompok Staf Medis

Pasal 40

Tujuan dan pengorganisasian Kelompok Staf Medis (KSM) adalah agar Staf Medis di Rumah Sakit dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas, efisien dan bertanggungjawab.

Pasal 41

Secara administratif manajerial, KSM berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 42

- (1) KSM merupakan organisasi Staf Medis yang terdiri dari Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi yang memberikan Pelayanan Medis di Rumah Sakit.
- (2) KSM dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur yang dikelompokkan berdasarkan keahlian dan/atau spesialisasi yang ada di Rumah Sakit.
- (3) Untuk Kelompok Dokter Umum, masuk dalam KSM Dokter Spesialis sesuai peminatan dan untuk Kelompok Dokter Gigi masuk dalam KSM Gigi dan Mulut.
- (4) Untuk Kelompok Dokter Spesialis, masuk dalam KSM sesuai dengan bidang spesialisasinya.
- (5) Untuk Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) masuk dalam KSM sesuai dengan spesialisasi yang sedang diikuti, sebagai anggota tidak tetap.
- (6) Pengorganisasian Staf Medis bertujuan untuk *self governing* dalam melakukan *self control* dan *self discipline* agar menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas, efisien dan bertanggung jawab.
- (7) KSM bukan merupakan organisasi otonom dalam menentukan kebijakan.

- (8) KSM Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur terdiri dari:
 - a. KSM Bedah;
 - b. KSM Ilmu Penyakit Dalam;
 - c. KSM Ilmu Kesehatan Anak;
 - d. KSM Kebidanan dan Penyakit Kandungan;
 - e. KSM Gigi dan Mulut; dan
 - f. KSM Lainnya, sesuai perkembangan.
- (9) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan KSM dapat dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan dituangkan dalam Keputusan Direktur.
- (10) Ketua KSM adalah Staf Medis yang dipilih dan diangkat untuk mengkoordinir Anggota KSM.
- (11) Ketua KSM diangkat oleh Direktur.

Pasal 43

- (1) Seluruh Staf Medis wajib menjadi Anggota KSM.
- (2) Anggota tetap KSM, yaitu Dokter dan Dokter Spesialis serta Dokter Gigi yang bekerja penuh waktu di Rumah Sakit.
- (3) Anggota tidak tetap KSM, yaitu Dokter dan Dokter Spesialis serta Dokter Gigi yang berstatus sebagai dokter paruh waktu, dokter tamu dan Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) di Rumah Sakit.
- (4) Setiap KSM beranggotakan minimal 2 (dua) orang staf medis, apabila kurang dari 2 (dua) orang, maka staf medis yang bersangkutan dapat bergabung dengan KSM lainnya.
- (5) Penempatan staf medis kedalam KSM ditetapkan dengan surat keputusan Direktur atas usulan Komite Medik dan KSM Terkait.
- (6) Setiap KSM dipimpin oleh seorang Ketua yang dijabat oleh Staf Medis.
- (7) Ketua KSM ditetapkan oleh Direktur dengan masa bakti 2 (dua) tahun.
- (8) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat memberhentikan Ketua KSM sebelum berakhirnya masa bakti.
- (9) Penetapan sebagai Ketua KSM disahkan dengan Surat Keputusan Direktur.

Pasal 44

- (1) Ketua KSM mempunyai tugas:
 - a. menyusun uraian tugas dan wewenang masing-masing Anggota KSM serta tata kerja kelompoknya.
 - b. mengkoordinir semua kegiatan anggota KSM dalam hal:
 - 1) menyusun Standar dan Prosedur Pelayanan yang berhubungan dengan bidang administrasi antara lain meliputi pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, tugas jaga, tugas rawat intensif, tugas kamar operasi, kamar bersalin, visite/ronde, pertemuan klinis, presentasi kasus, prosedur konsultasi dan lain-lain sesuai ketentuan yang berlaku, dibawah koordinasi Seksi Pelayanan;
 - 2) menyusun Standar Pelayanan Kedokteran dan Panduan Praktik Klinik yang berhubungan dengan bidang keilmuan/keprofesian, dibawah koordinasi Komite Medik dan Seksi Pelayanan;
 - 3) melakukan perbaikan Standar Pelayanan Kedokteran dan dokumen terkait yang perlu disempurnakan agar sesuai dengan situasi dan kondisi yang berkembang; dan
 - 4) membuat usulan program untuk meningkatkan keilmuan dan ketrampilan spesialis seluas-luasnya bagi semua anggota KSM.
 - c. membina anggota KSM dalam hal:
 - 1) melakukan pemantauan penampilan kinerja praktik anggota KSM berdasarkan data yang komprehensif; dan
 - 2) memberikan laporan secara teratur 6 (enam) bulan sekali kepada Direktur setelah melalui pembahasan bersama anggota KSM antara lain mengenai pemantauan indikator mutu klinis, hasil evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan pelayanan dan pengembangan anggota KSM.
- (2) Ketua KSM berwenang untuk:
 - a. memberikan masukan kepada Ketua Komite Medik mengenai hal-hal yang terkait dengan perkembangan ilmu, teknologi kedokteran, temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik kedokteran;
 - b. mengatur dan mengarahkan anggota KSM agar pelayanan medis berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku; dan
 - c. memberikan usulan kepada Direktur melalui Ketua Komite Medik mengenai penerimaan Staf Medis baru, pengangkatan anggota KSM dan pengangkatan kembali Anggota KSM.
- (3) Dalam melaksanakan tugas keprofesiannya Ketua KSM dapat dibantu oleh anggota KSM sebagai koordinator.

Pasal 45

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Anggota KSM merupakan kewenangan Direktur, ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas rekomendasi Komite Medik dan KSM terkait.
- (2) Pemberhentian Staf Medis dapat berupa pemberhentian tetap atau pemberhentian sementara.
- (3) Pemberhentian tetap dilakukan apabila:
 - a. kondisi fisik dan mental staf medis yang bersangkutan tidak mampu lagi secara tetap melakukan tindakan medis, berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh tim kesehatan yang berwenang;
 - b. melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - c. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh MKEK/MKDKI dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi secara tetap/selamanya; atau
 - d. berakhir masa perjanjian kerja dan tidak diperpanjang atau tidak disetujui untuk diangkat kembali sebagai anggota KSM.
- (4) Pemberhentian sementara dilakukan apabila:
 - a. kondisi fisik dan mental staf medis yang bersangkutan tidak mampu melakukan tindakan medis lebih dari 6 (enam) bulan sampai dengan 1 (satu) tahun;
 - b. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh MKEK/MKDKI dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi sementara;
 - c. berulang-ulang melakukan pelanggaran disiplin profesi kedokteran dan atau peraturan lain yang terkait;
 - d. dicabut penugasan klinisnya;
 - e. izin praktek di rumah sakit sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada;
 - f. tidak memenuhi standar kompetensi sesuai dengan profesinya;
 - g. staf medis purna waktu memasuki masa pensiun;
 - h. berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; atau
 - i. cuti diluar tanggungan negara sebagai PNS.
- (5) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian Anggota KSM diatur lebih lanjut dengan Keputusan Direktur.

Pasal 46

- (1) Pengangkatan kembali Anggota KSM diberlakukan bagi Staf Medis yang selesai menjalani pemberhentian sementara.
- (2) Calon Anggota KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyampaikan:

- a. Surat permohonan dari yang bersangkutan atau rekomendasi tertulis dari Ketua KSM terkait;
 - b. fotocopy Surat Tanda Registrasi dari Konsil Kedokteran Indonesia;
 - c. fotocopy Surat Izin Praktek;
 - d. Surat Keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP;
 - e. Surat Pernyataan sanggup mematuhi dan melaksanakan etika profesi; dan
 - f. Surat pernyataan sanggup mematuhi segala peraturan perundang-undangan yang berlaku di Lingkungan Rumah Sakit.
- (3) Bila diperlukan pengangkatan kembali Anggota KSM dilakukan kajian oleh Komite Medik dan KSM Terkait.
 - (4) Komite Medik menyampaikan rekomendasi kepada Direktur untuk pengangkatan kembali Anggota KSM.
 - (5) Direktur dengan waktu singkat harus mengeluarkan Keputusan persetujuan atau penolakan.
 - (6) Calon Anggota KSM yang ditolak, diberikan surat pemberitahuan oleh Direktur.
 - (7) Calon Anggota KSM yang disetujui untuk diangkat kembali diterbitkan Surat Keputusan pengangkatan sebagai Anggota KSM oleh Direktur.

Bagian Kedua Staf Medis

Pasal 47

- (1) Staf Medis dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran di Lingkungan Rumah Sakit bertanggungjawab profesi secara mandiri dan proporsional.
- (2) Hak dan kewajiban Staf Medis sebagai pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan status kepegawaiannya.
- (3) Hak dan kewajiban Staf Medis sebagai tenaga profesi di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kewenangan klinis yang diberikan.

Pasal 48

Syarat untuk menjadi Staf Medik Rumah Sakit adalah:

- a. mempunyai Ijazah dari Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi Pemerintah/Swasta yang diakui Pemerintah dan memiliki Surat Penugasan dan/atau Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku dari Pejabat yang berwenang;

- b. memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) dan/atau surat penugasan dari Kepala Program Studi bagi peserta program pendidikan Dokter Spesialis (PPDS);
- c. memiliki Surat Penugasan Klinis (*Clinical appointment*) sebagai anggota KSM, berupa Kewenangan Klinik (*Clinical Privilege*) dari Direktur Rumah Sakit;
- d. mengikuti kegiatan pembekalan yang disampaikan oleh Direktur dan Komite Medik Rumah Sakit; dan
- d. mematuhi ketentuan disiplin yang berlaku di Rumah Sakit.

Pasal 49

- (1) Tugas Staf Medis adalah:
 - a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan dan pemulihan penyakit yang diderita pasien;
 - b. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan/pelatihan berkelanjutan;
 - c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan kedokteran, panduan praktik klinik, serta etika dan disiplin kedokteran yang sudah ditetapkan; dan
 - d. menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.
- (2) Dalam menyelenggarakan tugasnya Staf Medis mempunyai Fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dibidang medis.

Pasal 50

- (1) Pencabutan Penugasan Klinis bagi Staf Medis di Rumah Sakit merupakan kewenangan Direktur yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (2) Pencabutan Penugasan Klinis bagi Staf Medis di Rumah Sakit dilakukan apabila:
 - a. telah memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - b. atas permintaan sendiri; atau
 - c. melakukan pelanggaran terhadap hukum, etika atau peraturan lain yang berlaku setelah melalui kajian Komite Medik dan Seksi Pelayanan.

BAB VII
MITRA BESTARI (PEER GROUP)

Pasal 51

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak terbatas dari Staf Medis yang ada di Rumah Sakit, tetapi dapat juga berasal dari luar Rumah Sakit yaitu Perhimpunan Dokter Spesialis (*kolegium*) atau Fakultas Kedokteran.
- (3) Direktur bersama Komite Medik dapat membentuk panitia *ad hoc* yang terdiri dari Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk menjalankan fungsi kredensial, penjaminan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di Rumah Sakit.

BAB VIII
KEWENANGAN KLINIS (CLINICAL PRIVILEGE)

Pasal 52

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh Staf Medis yang telah diberi kewenangan klinis melalui proses kredensial.
- (2) Kewenangan klinis adalah hak yang dimiliki oleh Staf Medis untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur melalui Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) atas Rekomendasi Komite Medik, sesuai dengan prosedur kredensial dan rekredensial.

Pasal 53

- (1) Lingkup kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk pelayanan medis tertentu diberikan berdasarkan rekomendasi Ketua KSM dan Komite Medik.
- (2) Kewenangan Klinis diberikan setelah melalui Proses Kredensial yang dilakukan oleh Komite Medik.

- (3) Pemberian kewenangan klinis seorang Staf Medis tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilan saja, akan tetapi juga mempertimbangkan kesehatan fisik, kesehatan mental dan perilaku (*behavior*) Staf Medis tersebut.
- (4) Dalam kondisi tertentu kewenangan klinis dapat di delegasikan kepada Dokter Spesialis, Dokter/Dokter Gigi, Perawat atau Bidan sesuai dengan kompetensinya.
- (5) Pendelegasian sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan atas usulan Komite Medik.

Pasal 54

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik, Komite Medik dapat memberi rekomendasi kepada Direktur untuk melakukan Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis Staf Medis.
- (2) Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dilakukan bila Staf Medis tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis yang berlaku dan atau tidak sesuai bila dipandang dari sudut kinerja klinis, sudut etik profesi dan sudut hukum.
- (3) Untuk menjaga mutu pelayanan Rumah Sakit, Direktur dapat melakukan Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis seorang staf medis tanpa adanya rekomendasi Komite Medik.

Pasal 55

Pemberian kembali kewenangan klinik dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik setelah Staf Medis yang dicabut, dicabut sementara atau dibatasi kewenangan klinisnya menjalankan seluruh ketentuan yang ditetapkan kepadanya.

BAB IX DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN/PASIEN (DPJP)

Pasal 56

- (1) Dokter Penanggungjawab Pelayanan merupakan Staf Medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggungjawab dalam pelayanan kepada pasien di Rumah Sakit.

- (2) Staf Medis yang dapat menjadi DPJP adalah Staf Medis dengan kriteria yang ditetapkan oleh Direktur.
- (3) DPJP ditentukan berdasarkan diagnosa utama terhadap pasien paling lambat 12 (dua belas) jam sesudah pasien masuk rawat inap.
- (4) DPJP wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sesudah pasien masuk rawat inap, dengan memperhatikan kendali biaya dan kendali mutu.
- (5) DPJP melaksanakan tugas:
 - a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnose penyakit dan pemberian terapi dan melakukan evaluasi keberhasilan terapi;
 - b. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada pasien, keluarga pasien dan tim pelayanan;
 - c. memberikan edukasi kepada pasien/keluarga; dan
 - d. melakukan presentasi kasus medis dihadapan Komite Medik.
- (6) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensi DPJP, maka Komite Medik dapat merekomendasikan kepada Direktur untuk mengalihkan DPJP.
- (7) Ketentuan teknis pelaksanaan DPJP ditetapkan oleh Direktur.

BAB X

PENUGASAN KLINIS

Pasal 57

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik maka semua pelayanan medis yang dilakukan oleh setiap Staf Medis di Rumah Sakit harus senantiasa didukung dengan mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi.
- (2) Untuk melaksanakan pelayanan medis di Rumah Sakit, Staf Medis harus memiliki penugasan klinis dari Direktur.
- (3) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh Direktur melalui penerbitan Surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*) kepada Staf Medis yang bersangkutan.
- (4) Surat penugasan klinis (*clinical appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diterbitkan oleh Direktur setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik.

- (5) Rekomendasi Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diberikan setelah dilakukan kredensial.
- (6) Dalam keadaan darurat Direktur dapat memberikan Surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*) tanpa rekomendasi Komite Medik.
- (7) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (6) harus ditinjau kembali melalui mekanisme kredensial setelah keadaan darurat teratasi/terlewati.

Pasal 58

- (1) Direktur menetapkan kriteria dan syarat-syarat penugasan setiap Staf Medis untuk suatu tugas atau jabatan klinis tertentu dan akan menyampaikan hal tersebut kepada setiap tenaga medis yang menghendaki penugasan klinis di Rumah Sakit.
- (2) Kriteria dan syarat-syarat penugasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur setelah disepakati oleh Komite Medik.
- (3) Surat Penugasan Klinis anggota tetap KSM diberikan untuk jangka waktu adalah 1 (satu) tahun.
- (4) Surat Penugasan Klinis anggota tidak tetap KSM diberikan untuk jangka waktu adalah 1 (satu) tahun.
- (5) Direktur dapat merubah atau mencabut Surat Penugasan Klinis sebelum berakhirnya jangka waktu yang telah ditentukan, dengan memperhatikan:
 - a. izin praktek yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada;
 - b. kondisi fisik atau mental tenaga medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan tindakan medis secara tetap;
 - c. tenaga medis telah mencapai usia pensiun atau habis masa kerja samanya dengan rumah sakit;
 - d. tidak memenuhi ketentuan dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kerja sama;
 - e. melakukan tindakan yang tidak profesional, kelalaian, atau perilaku menyimpang lainnya yang telah diklarifikasi oleh Komite Medik; atau
 - f. diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kerja sama dengan rumah sakit setelah mengajukan pemberitahuan 1 (satu) bulan sebelumnya.
- (6) Surat Penugasan Klinis diberikan kepada tenaga medis bila tenaga medis tersebut telah memenuhi syarat sebagai tenaga medis berdasarkan peraturan perundang-undangan dibidang kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam *Medical Staf By Laws* ini.

- (7) Selain memperhatikan syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (6), syarat lain yang harus dipertimbangkan pada penugasan klinis lanjutan (rekredensial) adalah:
- a. mengelola pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas rumah sakit;
 - b. membuat asuhan medis pasien untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di rumah sakit terpelihara dengan baik dan rekam medis pasien harus dilengkapi dalam waktu maksimal 3 x 24 jam setelah dilakukan pelayanan kesehatan;
 - c. memperhatikan segala permintaan rumah sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan tindakan di rumah sakit dengan mengacu pada ketentuan pelayanan yang berlaku di rumah sakit.
 - d. mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri; dan
 - e. memenuhi persyaratan umum praktek klinis yang berlaku di rumah sakit.

BAB XI KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu Keanggotaan Komite Medik

Paragraf I Umum

Pasal 59

- (1) Komite Medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Keanggotaan Komite Medik diangkat dan diberhentikan oleh Direktur, dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (3) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah 5 (lima) orang yang terdiri dari 1 (satu) orang Ketua, 1 (satu) orang Sekretaris, dan 3 (tiga) orang Anggota.

Pasal 60

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit oleh Direktur.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari Staf Medis.

Paragraf 2
Organisasi

Pasal 61

Susunan Organisasi Komite Medik Rumah Sakit terdiri dari:

- a. Ketua merangkap Anggota;
- b. Sekretaris merangkap Anggota; dan
- c. Anggota.

Pasal 62

Ketua dan Sekretaris Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis.

Paragraf 3
Tugas dan Wewenang

Pasal 63

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh Panitia *ad hoc*.
- (3) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.
- (4) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berasal dari Staf Medis yang tergolong sebagaimana Mitra Bestari.
- (5) Staf Medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat berasal dari rumah sakit lain, organisasi profesi, Kolegium Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Pasal 64

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik memiliki wewenang untuk:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan; dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 65

- (1) Untuk mendapatkan informasi langsung tentang keprofesionalan pelayanan medik yang diberikan Staf Medis terhadap pasien, Komite Medik memiliki kewenangan khusus untuk secara proaktif dalam hal:
 - a. memantau langsung pelayanan medik oleh seorang staf medis;
 - b. menghadiri konferensi klinik, konferensi kematian, joint converence atau sejenisnya; dan
 - c. meneliti rekam medis.
- (2) Kewenangan khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikeluarkan oleh Direktur.

Paragraf 4 Masa jabatan

Pasal 66

- (1) Masa bakti kepengurusan Komite Medik adalah 2 (dua) tahun.
- (2) Pengurus Komite Medik dapat diberhentikan oleh Direktur sebelum masa jabatan berakhir atas dasar pertimbangan tertentu dari Direktur atau bila hak klinisnya dicabut.

Bagian Kedua Rapat Komite Medik

Paragraf 1 Umum

Pasal 67

- (1) Rapat Anggota Komite Medik diselenggarakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali.

- (2) Setiap Anggota Komite Medik berkewajiban menghadiri rapat-rapat yang diselenggarakan oleh Komite Medik.
- (3) Keputusan Rapat dianggap sah dan mengikat apabila dihadiri lebih dari $\frac{1}{2}$ (satu per dua) dari jumlah Anggota.
- (4) Keputusan Rapat/pertemuan Anggota Komite Medik diambil atas dasar musyawarah dan mufakat.
- (5) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka Keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (6) Untuk setiap rapat dibuat risalah/notulen rapat sebagai bahan pertimbangan manajemen untuk membuat suatu kebijakan.

Paragraf 2
Rapat Rutin

Pasal 68

- (1) Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Komite Medik.
- (2) Rapat Rutin merupakan rapat koordinasi antara Komite Medik untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi, atau alternatif solusi berbagai masalah Rumah Sakit khususnya pelayanan kesehatan.
- (3) Rapat Rutin dilaksanakan paling sedikit 12 (dua belas) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang telah ditetapkan.
- (4) Sekretaris Komite Medik menyampaikan undangan kepada Direktur dan pihak terkait lainnya.
- (5) Setiap Undangan Rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Komite Medik harus melampirkan 1 (satu) salinan agenda dan 1 (satu) salinan risalah rapat sebelumnya.

Paragraf 3
Rapat Khusus

Pasal 69

- (1) Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Medik dengan Ketua KSM dan Direktur serta pihak terkait lainnya untuk menetapkan kebijakan hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam Rapat Rutin.

- (2) Sekretaris Komite Medik mengundang untuk Rapat Khusus dalam hal:
 - a. ada permasalahan kredensial, mutu profesi dan etika dan disiplin profesi yang harus segera diputuskan; atau
 - b. ada permintaan.
- (3) Undangan Rapat Khusus disampaikan oleh Sekretaris Komite Medik kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan Rapat Khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat Khusus yang diminta oleh anggota Komite Medik sebagaimana diatur dalam ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (6) Direktur berhak meminta klarifikasi terhadap permasalahan yang timbul khususnya konflik internal dan eksternal.

Paragraf 5 Kuorum dan Risalah Rapat

Pasal 70

- (1) Rapat Komite Medik hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memenuhi syarat apabila dihadiri lebih dari $\frac{1}{2}$ (satu per dua) dari jumlah Anggota.
- (3) Bila kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat dilanjutkan dan semua Keputusan dianggap sah.
- (4) Segala Keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam Rapat Komite Medik.

Pasal 71

Penyelenggaraan setiap risalah rapat Komite Medik menjadi tanggungjawab Sekretaris Komite Medik.

BAB XII

KREDENSIAL

Pasal 72

Dalam melaksanakan tugas Kredensial, Komite Medik menjalankan 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) 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 Direktur melalui Komite Medik; dan
- h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

Pasal 73

- (1) Komite Medik menyelenggarakan kredensial dan rekredensial.
- (2) Kredensial dan rekredensial dilaksanakan secara keterbukaan, adil dan objektif.
- (3) Kredensial dan rekredensial dilaksanakan sesuai prosedur yang telah ditetapkan.
- (4) Kredensial dan rekredensial dilakukan pada seluruh Dokter yang akan melakukan pelayanan medik di Rumah Sakit dan bagi Dokter yang habis masa berlaku penugasannya.
- (5) Rekomendasi hasil kredensial dan rekredensial oleh Komite Medik dapat berupa:
 - a. kewenangan klinis dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis ditambah;
 - c. kewenangan klinis dikurangi;
 - d. kewenangan klinis dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis diubah/dimodifikasi; atau
 - f. kewenangan klinis diakhiri.

Pasal 74

- (1) Bagi Staf Medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambahkan kewenangan yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Direktur.
- (2) Atas dasar pengajuan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur akan meminta Komite Medik untuk melakukan kredensial kepada Staf Medis tersebut.
- (3) Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan.

Pasal 75

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis adalah:

- a. pendidikan, yang meliputi:
 - 1) lulus sekolah kedokteran yang terakreditasi; dan
 - 2) menyelesaikan pendidikan konsultan.
- b. perizinan, yang meliputi:
 - 1) memiliki STR; dan
 - 2) memiliki Surat Izin Praktek.
- c. kegiatan penjagaan mutu profesi, meliputi:
 - 1) menjadi anggota profesi; dan
 - 2) berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. kualifikasi personel, meliputi:
 - 1) riwayat disiplin dan etik profesi, termasuk kepatuhan menjalankan peran sebagai DPJP dan penegakan layanan medik berorientasi keselamatan pasien (*patient safety*);
 - 2) keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
 - 3) keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat dalam penggunaan obat terlarang dan alkohol;
 - 4) riwayat keterlibatan dalam tindak kekerasan; dan
 - 5) memiliki asuransi proteksi profesi (*profesional indemnity insurance*).
- e. pengalaman dibidang keprofesian, meliputi:
 - 1) riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
 - 2) riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

BAB XIII PEMELIHARAAN MUTU PROFESI

Pasal 76

Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medis, Komite Medik menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

- a. pelaksanaan audit medis;
- b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit;

- c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit; dan
- d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.

Pasal 77

- (1) Pelaksanaan audit medis harus memenuhi 4 (empat) peran, yang meliputi:
 - a. sarana melakukan penilaian terhadap kompetensi staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
 - b. dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi;
 - c. dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
 - d. dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis staf medis.
- (2) Pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai berikut:
 - a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
 - b. penetapan standar dan kriteria;
 - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai dengan standar dan kriteria;
 - f. menerapkan perbaikan; dan
 - g. rencana audit.

Pasal 78

Pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis dilakukan dalam bentuk:

- a. Komite Medik menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang dilaksanakan oleh masing-masing kelompok Staf Medis, dapat berupa pembahasan kasus kematian, kasus sulit atau kasus langka;
- b. Komite Medik bersama-sama kelompok Staf Medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dibuat oleh Komite Medik yang melibatkan Staf Medis sebagai narasumber dan peserta aktif;
- c. Kelompok Staf Medis setiap tahunnya wajib melakukan minimal 1 (satu) kali kegiatan pertahun yang dilaksanakan dengan Komite Medik;
- d. Komite Medik bersama Kepala Urusan Diklat memfasilitasi kegiatan tersebut dengan mengusahakan satuan angka kredit dari Ikatan Profesi;
- e. Komite Medik menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun tanpa mengurangi cuti tahunannya; dan
- f. Komite Medik memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Direktur.

Pasal 79

Pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan dilakukan melalui :

- a. Komite Medik menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapat pengurangan *clinical privilege*; dan
- b. Komite Medik berkoordinasi dengan Direktur untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

BAB XIV PENEGAKAN DISIPLIN DAN ETIKA PROFESI

Pasal 80

Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi Staf Medis, Komite Medik menjalankan fungsi sebagai berikut:

- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin berdasarkan laporan, termasuk di dalamnya disiplin peran sebagai Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan pelayanan medik yang berorientasi kepada keselamatan pasien (*Patient Safety*);
- c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
- d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 81

- (1) Anggota Komite Medik berhak memperoleh insentif sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (2) Segala Biaya yang timbul akibat pelaksanaan Kegiatan Komite Medik didanai dengan Anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

BAB XV PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 82

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) diperlukan aturan-aturan profesi bagi Staf Medis (*medical staf rules and regulations*) secara tersendiri diluar *Medical Staf By Laws*.

- (2) Aturan profesi Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain mengatur:
 - a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
 - b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis lain dengan disiplin yang sesuai; dan
 - c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

Pasal 83

- (1) Pembinaan dan pengawasan kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi Staf Medis dilakukan oleh Komite Medik melalui Ketua Kelompok Staf Medis.
- (2) Pembinaan dan pengawasan disiplin pegawai dan motivasi kerja Staf Medis dilakukan oleh Direktur.
- (3) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tindakan korektif terkait dengan pembatasan kewenangan klinis dilakukan dengan investigasi.
- (4) Tindakan korektif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa:
 - a. teguran tertulis atau pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 3 (tiga) bulan untuk pelanggaran ringan;
 - b. pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 6 (enam) bulan untuk pelanggaran sedang; atau
 - c. pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 1 (satu) tahun untuk pelanggaran berat.
- (5) Pengawasan sebagaimana ayat (1) merupakan tindakan korektif terkait kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi dilakukan dengan audit medis.
- (6) Audit Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diarahkan untuk:
 - a. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh staf medis;
 - b. meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf medis; dan
 - c. melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf medis.
- (7) Pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap Staf Medis sebagai profesi berpedoman pada peraturan perundang-undangan dan peraturan Komite Medik.

BAB XVI
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 84

- (1) Peraturan Internal Staf Medis ini dapat dilakukan perubahan/disempurnakan dengan mekanisme yang disepakati oleh Direktur, Komite Medik beserta Staf Medis Rumah Sakit.
- (2) Mekanisme perubahan/penyempurnaan dilakukan melalui pemberitahuan dari Direktur dan dibahas bersama oleh Manajemen Rumah Sakit dan Komite Medik.

BAB XVII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 85

Peraturan Bupati ini mulai berlaku sejak tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Manggar
pada tanggal 2 April 2013

BUPATI BELITUNG TIMUR,

ttd

BASURI TJAHAJA PURNAMA

Diundangkan di Manggar
pada tanggal 3 April 2013

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BELITUNG TIMUR,

ttd

TALAFUDDIN

BERITA DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR TAHUN 2013 NOMOR 19

Salinan sesuai dengan aslinya
Plt. KEPALA BAGIAN HUKUM,

ttd

AMRULLAH, SH
Penata(III/c)
NIP. 19710602 200604 1 005