



WALI KOTA LUBUKLINGGAU  
PROVINSI SUMATERA SELATAN

PERATURAN WALI KOTA LUBUKLINGGAU  
NOMOR 64 TAHUN 2022  
TENTANG  
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
SITI AISYAH (*HOSPITAL BY LAWS*)


DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA LUBUKLINGGAU,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka melakukan pengawasan terhadap Rumah Sakit dan sebagai acuan bagi Pimpinan Rumah Sakit dalam mengelola Rumah Sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis operasional, serta sebagai sarana perlindungan hukum, menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu layanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit, diperlukan pedoman bagi pelaksana Pelayanan Kesehatan yaitu Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
- b. bahwa Peraturan Wali Kota Nomor 8 Tahun 2017 tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) RSUD Siti Aisyah Kota Lubuklinggau sudah tidak relevan dengan kondisi saat ini maka perlu dicabut;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah (*Hospital By Laws*);

1. Mengingat.....

- Mengingat : 1. Pasal 18 Ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2001 tentang Pembentukan Kota Lubuklinggau (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 87, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4114);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 6573);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
6. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);



7. Undang-undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Tenaga Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perumahsakitian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
9. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
12. Peraturan Daerah Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Lubuklinggau (Lembaran Daerah Kota Lubuklinggau Tahun 2016 Nomor 7) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Daerah Nomor 12 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Lubuklinggau (Lembaran Daerah Kota Lubuklinggau Tahun 2021 Nomor 12);
13. Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2021 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kota Lubuklinggau Tahun 2021 Nomor 10);


MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SITI AISYAH (*HOSPITAL BY LAWS*)

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Kota adalah Kota Lubuklinggau.
2. Pemerintah Kota adalah Pemerintah Kota Lubuklinggau.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Lubuklinggau.
4. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau.
6. Unit Pelaksana Teknis Dinas yang selanjutnya disingkat UPTD adalah Unit Organisasi yang melaksanakan kegiatan teknis operasional di bidang kesehatan pada Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau.
7. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Daerah yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
8. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
9. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate by law*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, komite medik, komite keperawatan, dan komite tenaga kesehatan lainnya di Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah.
10. Peraturan.....

10. Peraturan Internal Staf Medis (Medical by laws) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (klinikal governance) untuk menjaga profesionalisme staf medis di Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah.
11. Direktur adalah pejabat tertinggi di RSUD dan sebagai unsur pelaksana Pemerintah Kota Lubuklinggau di bidang Kesehatan.
12. Pegawai adalah Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya di singkat ASN dan Pegawai Non ASN.
13. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
14. Instalasi adalah unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan/atau penelitian rumah sakit.
15. Komite adalah satuan organisasi non struktural sebagai wadah tenaga medis dan non medis dimana tugas dan fungsinya disesuaikan dengan maksud pembentukannya.
16. Satuan Pemeriksa Internal adalah unit kerja internal rumah sakit yang bersifat independen dan dalam menjalankan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada Direktur Rumah Sakit.
17. Jabatan Fungsional adalah sekelompok jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan fungsional yang berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.
18. Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah kelas C yang selanjutnya disebut RSUD Siti Aisyah adalah Unit Kerja bersifat khusus yang melaksanakan kegiatan teknis operasional di bidang kesehatan yang memberikan layanan secara profesional pada Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau.

19. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
20. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah Pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
21. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi, 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 Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku.
22. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
23. 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*).

24. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis dirumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
25. Tata Kelola Klinis yang Baik (*Good Clinical Governance*) adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, risiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit.
26. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
27. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.

## MAKSUD DAN TUJUAN

### Pasal 2

- (1). Maksud Peraturan Walikota ini adalah:
  - a. Sebagai acuan pemilik dan/ atau Dewan Pengawas RSUD Siti Aisyah dalam melakukan pengawasan;
  - b. Sebagai acuan bagi direktur dan para direksi dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional;
  - c. Sebagai acuan dalam menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik;
  - d. Sebagai sarana menjamin efektivitas, efisien, mutu dan keselamatan pasien;
  - e. Sebagai sarana dalam perlindungan hukum; dan
  - f. Sebagai acuan penyelesaian konflik.

(2). Tujuan Peraturan Walikota ini adalah:

- a. secara umum, peraturan internal (*Hospital Bylaws*) RSUD Siti Aisyah adalah merupakan peraturan dasar yang bertujuan mengatur melalui organ yang ditempatkan di rumah sakit (Dewan Pengawas), Direksi Rumah Sakit (selaku pengelola), Komite-komite serta staf terkait yang bekerja dirumah sakit, sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat berjalan secara efektif, efisien dan berkualitas.
- b. Sedangkan secara khusus, dengan adanya peraturan internal rumah sakit (*hospital bylaws*) tersebut, diharapkan dapat dipakai sebagai pedoman dalam penyelenggaraan kegiatan di RSUD Siti Aisyah, baik yang berhubungan dengan kebijakan teknis operasional maupun pengaturan Staf Medis.

Nama rumah sakit ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah Kota Lubuklinggau.

## BAB II

### RUANG LINGKUP.

#### Pasal 3

(1) Peraturan Internal Korporasi, meliputi:

- a. identitas dan kedudukan RSUD;
- b. visi dan Misi, Filosofi, Motto, Budaya, Logo;
- c. kewenangan dan Tanggung Jawab Pemilik RSUD;
- d. direksi/ Pejabat Pengelola;
- e. prosedur Kerja;
- f. rapat;
- g. kelompok Jabatan Fungsional; dan
- h. instalasi

(2) Komite/ Satuan Pengawas Internal.

(3) Peraturan Internal Staf Medis.

(4) Kewenangan Klinis.

(5) Penugasan.....

- (5) Penugasan Klinis.
- (6) Pengorganisasian sub komite. dan
- (7) Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis.

BAB III  
PERATURAN INTERNAL KORPORASI

Bagian Kesatu

Identitas dan Kedudukan RSUD

Pasal 4

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah.
- (2) Rumah Sakit berkedudukan di Jalan Letkol Sukirno Nomor 20 RT. 01 Kelurahan Air Kuti Kecamatan Lubuklinggau Timur I Kota Lubuklinggau.
- (3) Rumah Sakit sebagaimana di maksud pada ayat (1) merupakan Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C.
- (4) Rumah Sakit sebagaimana di maksud pada ayat (1) merupakan organisasi bersifat khusus dengan menerapkan BLUD.

Bagian Kedua

Visi dan Misi, Filosofi, Motto, Budaya, Logo

Pasal 5

- (1) Visi RSUD adalah Rumah sakit unggulan yang bermutu dan berkualitas.
- (2) Misi RSUD adalah :
  - a. meningkatkan profesionalisme SDM Rumah Sakit.
  - b. pengembangan sarana dan prasarana rumah sakit sesuai standar yang berlaku.
  - c. memberikan pelayanan kesehatan yang cepat, tepat dan komprehensif dengan mengutamakan kepuasan dan keselamatan pasien.
  - d. mempunyai layanan unggulan rumah sakit.

Pasal...

Pasal 6

Filosofi RSUD merupakan Rumah Sakit Umum Daerah berorientasi sosial dengan tetap memberikan pelayanan kesehatan paripurna yang berkualitas, dan memuaskan kepada pasien/ pelanggan serta meningkatkan kesejahteraan seluruh pegawai.

Pasal 7

Motto dari RSUD adalah "Layanan Prima Bersahabat".

Pasal 8

Budaya / Tata Nilai pada RSUD adalah sebagai berikut :

(1) *First, do no harm*

Suatu filosofi yang terkenal dalam bahasa latin yaitu "*Primum, Non Nocere*" (*First, do no harm*), RSUD harus berkemampuan dalam memberikan pelayanan dengan pendekatan *patient safety, employee* dan *employer safety* serta *owner safety*.

(2) Kemitraan

RSUD selalu akan membangun kemitraan sejajar lintas profesi yang bermartabat dan beretika. RSUD selalu akan membangun suasana dan etos kerja yang kondusif, dengan menciptakan persaingan yang sehat yang berorientasi pada pelanggan.

(3) Sumber Daya Manusia Berkualitas dan Manusiawi

Sumber Daya Manusia RSUD akan selalu berusaha untuk mengembangkan diri (*Self-development*). Sumber Daya Manusia RSUD bukan "mesin" yang menjadi alat pekerja, tapi Sumber Daya Manusia yang handal, jujur, *altruistic* dan berkualitas.

(4) Sarana dan Prasarana yang mendukung Kinerja

RSUD berupaya untuk memenuhi kebutuhan sarana, prasarana dan peralatan yang sesuai dengan standar dan mendukung peningkatan kinerja dalam memberikan pelayanan.

(5) Sustainable...

(5) *Sustainable development*

RSUD dalam memberikan pelayanan berusaha untuk mengembangkan pelayanan yang berkelanjutan, imajinatif, inovatif dan kreatif, serta berwawasan lingkungan.

Pasal 9

(1) Logo Rumah Sakit adalah:



(2) Arti dari logo tersebut yaitu:

- a. logo bulan sabit mempunyai arti yaitu sinar/pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit menyentuh ke seluruh lapisan masyarakat; dan
- b. atap menara masjid yang dililit oleh ular mempunyai arti bahwa pengobatan yang dilakukan oleh rumah sakit harus selaras dan sesuai dengan kaidah agama.

Bagian Ketiga

Kewenangan dan tanggung Jawab Pemilik RSUD

Pasal 10

RSUD Siti Aisyah merupakan rumah sakit milik Pemerintah Kota Lubuklinggau yang merupakan unsur pendukung tugas Walikota di bidang pelayanan kesehatan, yang merupakan Unit Organisasi bersifat khusus yang berada pada Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Dinas.

Pasal 11

Pemerintah Kota Lubuklinggau, berdasarkan kewenangan yang dimilikinya, bertanggungjawab terhadap kemajuan dan perkembangan rumah sakit sesuai yang diharapkan dan diinginkan masyarakat.

Bagian .....  


Bagian Keempat  
Direksi/Pejabat Pengelola

Pasal 12

Direksi/ Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah Pimpinan Rumah Sakit yang bertanggungjawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit, terdiri atas :

- a. direktur;
- b. kepala Bagian Tata Usaha;
- c. kepala Bidang Pelayanan Medis;
- d. kepala Bidang Bidang Penunjang Medis dan Non Medis; dan
- e. kepala Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit.


Pasal 13

Pengangkatan Direktur, Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis dan Kepala Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12, dilakukan sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 14

Tugas dan Wewenang Pejabat Pengelola/Direksi sebagai berikut :

- a. direksi mempunyai tugas pokok memimpin dan mengelola pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit sesuai dengan visi, misi dan tujuan rumah sakit.
- b. Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada huruf a, direksi menyelenggarakan fungsi menyusun kebijakan operasional, perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan di bidang pelayanan medik , Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit, Bidang Penunjang Medis dan Non Medis, dan bagian Tata Usaha

c. dalam.....

- c. Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya Direksi mempunyai wewenang dan tanggung jawab:
1. menyusun dan menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
  2. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh pemilik rumah sakit;
  3. menyusun rencana strategis dan rencana bisnis anggaran rumah sakit;
  4. menyusun dan menetapkan organisasi dan tata laksana setiap satuan kerja dilingkungan rumah sakit lengkap dengan susunan jabatan, rincian tugas dan tata hubungan kerja;
  5. mewakili rumah sakit, baik di dalam maupun dalam hubungan kerja sama dengan pihak lain;
  6. mengusulkan perencanaan dan penempatan ASN sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
  7. melakukan pembinaan dan mengusulkan pemberhentian ASN sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  8. mengadakan, mengangkat, menempatkan, menugaskan, atau memberhentikan Pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  9. menetapkan Peraturan Kepegawaian bagi Pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  10. mengelola seluruh kekayaan rumah sakit, berupa sarana prasarana dan peralatan serta sumber daya lainnya;
  11. bertanggungjawab terhadap pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku;
  12. menetapkan laporan berkala dan tahunan tentang kinerja rumah sakit; dan



13. mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan.

Pasal 15

- (1) Direktur mempunyai tugas sebagai berikut :
- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan rumah sakit;
  - b. menyusun Rencana Strategis dan Rencana Strategis Bisnis rumah sakit;
  - c. menyiapkan Rencana Bisnis Anggaran;
  - d. mengusulkan calon kepala bagian, kepala bidang dan pejabat struktural lainnya kepada kepala dinas dan walikota sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
  - e. menetapkan pejabat lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit selain pejabat yang telah ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan; dan
  - f. menyelenggarakan akuntansi dan menyusun laporan keuangan rumah sakit guna disampaikan kepada kepala dinas dan wali kota.
- (2) Direktur mempunyai tanggung jawab sebagai berikut :
- a. menjamin terlaksananya kebijakan rumah sakit;
  - b. menjamin kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan rumah sakit;
  - c. menjamin terlaksananya program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatan rumah sakit; dan
  - d. meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.
- (3) Direktur mempunyai wewenang sebagai berikut :
- a. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di rumah sakit;
  - b. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;

c. menetapkan.....



- c. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap rumah sakit;
- d. mengangkat dan memberhentikan pegawai Non ASN rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan;
- e. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. memberikan penghargaan kepada pegawai, karyawan dan profesional yang berprestasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- g. memberikan sanksi kepada pegawai, karyawan dan profesional yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- h. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dibawah direktur kepada Kepala Dinas dan Wali kota;
- i. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;
- j. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- k. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- l. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya; dan
- m. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola dibawah direktur.

Bagian Kelima

Prosedur Kerja

Pasal 16

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya direktur wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik dalam lingkungan RSUD maupun dengan organisasi dalam lingkungan pemerintah kota lubuklinggau sesuai dengan tugas dan fungsinya.

(2) Kepala.....

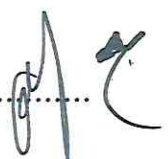
- (2) Kepala bagian dan kepala bidang dalam lingkungan RSUD bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahannya masing-masing dan memberikan bimbingan serta petunjuk-petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.
- (3) Setiap laporan yang diterima oleh kepala bagian dan kepala bidang di rumah sakit, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk-petunjuk kepada bawahan. dan menyampaikan laporan kepada direktur.
- (4) Kepala bagian dan kepala bidang dalam melaksanakan tugasnya saling berkoordinasi dengan pejabat non struktural terkait, dan satuan kerja terkait di lingkungan pemerintah kota lubuklinggau. dan
- (5) Kepala bagian dan kepala bidang wajib mengadakan evaluasi kinerja dan melaksanakan tindak lanjut hasil evaluasi.
- (6) Kepala bagian dan kepala bidang berhak dan berwenang bertindak atas nama rumah sakit untuk masing-masing bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya berdasarkan persetujuan direktur.

Bagian Keenam

Rapat

Pasal 17

- (1) Rapat Direksi terdiri dari :
  - a. rapat rutin :
    1. rapat rutin direksi diadakan sekurang-kurangnya 1(satu) bulan sekali;
    2. rapat rutin direksi diikuti oleh seluruh anggota direksi dan dipimpin oleh direktur; dan
    3. rapat rutin direksi membahas semua hal yang berhubungan dengan rumah sakit sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajiban direksi.
  - b. rapat rutin direksi dengan staf medis :

1. Rapat.....

1. rapat rutin direksi dengan staf medis diadakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali;
2. rapat rutin direksi dengan staf medis diikuti oleh seluruh anggota direksi, komite medik, staf medis, pejabat fungsional dan pejabat struktural rumah sakit dan rapat dipimpin oleh direktur; dan
3. Rapat Rutin Direksi Dengan staf medis membahas pada semua hal yang berhubungan dengan rumah sakit sesuai dengan tugas, kewenangan dan hak kewajiban staf medis fungsional.

(2) Rapat Khusus:

- a. rapat khusus diadakan apabila terdapat masalah yang mendesak dan memerlukan penanganan segera;
- b. rapat khusus diikuti oleh semua unsur yang terkait dan rapat dipimpin oleh direktur; dan
- c. rapat khusus membahas semua hal yang berhubungan dengan masalah, sampai dengan ditetapkan penanganannya.


(3) Rapat Pleno terbatas :

- a. rapat pleno terbatas direksi dengan satuan pengawas internal (SPI) diadakan sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sekali;
- b. rapat pleno terbatas diikuti oleh seluruh anggota direksi, pejabat struktural, pejabat fungsional rumah sakit dan rapat dipimpin oleh direktur; dan
- c. rapat pleno terbatas membahas semua hal yang berhubungan dengan kesesuaian pengelolaan dan evaluasi kinerja rumah sakit yang mengacu pada rencana strategis dan program kegiatan rumah sakit.

(4) Rapat pleno tahunan :

Rapat pleno tahunan diadakan sekurang-kurangnya 1(satu) tahun sekali:

a. rapat.....



- a. rapat pleno tahunan diikuti oleh Walikota atau pejabat yang ditunjuk, seluruh anggota Satuan Pengawas Internal, pejabat struktural dan pejabat fungsional Rumah Sakit; dan
- b. rapat pleno tahunan membahas semua hal yang berhubungan dengan pengelolaan dan evaluasi kinerja pelayanan rumah sakit yang mengacu pada rencana strategis dan program kegiatan rumah sakit.

#### Pasal 18

- (1) Setiap rapat dibuat risalah oleh sekretaris/notulen.
- (2) Notulen pada rapat sebelumnya harus diinformasikan kepada peserta rapat, yang dilakukan koreksi oleh peserta rapat untuk ditetapkan oleh pimpinan rapat.
- (3) Keputusan rapat diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat, dalam hal tidak tercapai kata mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.

#### Pasal 19

- (1) Rapat hanya dapat dilaksanakan apabila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum dianggap tercapai jika  $\frac{2}{3}$  (dua per tiga) anggota atau undangan telah hadir.
- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang ditentukan maka dapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada waktu yang ditentukan.

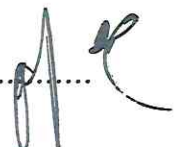
#### Bagian Ketujuh

#### Kelompok Jabatan Fungsional

#### Pasal 20

- (1) Kelompok jabatan fungsional mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian kegiatan rumah sakit secara profesional sesuai dengan kebutuhan.

(2) Kelompok.....



- (2) Kelompok jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dalam melaksanakan tugas pokoknya bertanggungjawab kepada direktur.
- (3) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga dalam jenjang jabatan fungsional yang terbagi dalam berbagai kelompok sesuai dengan bidang keahliannya.
- (4) Setiap kelompok tersebut pada ayat (3), dipimpin oleh seorang tenaga fungsional senior yang ditunjuk di antara Tenaga Fungsional yang ada di lingkungan Rumah Sakit.
- (5) Jumlah jabatan fungsional tersebut pada ayat (3), ditentukan sifat, jenis, kebutuhan dan beban kerja.
- (6) Jenis dan jenjang jabatan fungsional tersebut pada ayat (3), diatur sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

#### Bagian Kedelapan

##### Instalasi

##### Pasal 21

- (1) Instalasi merupakan fasilitas penyelenggaraan pelayanan fungsional di rumah sakit.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan oleh direktur berdasarkan kebutuhan dan kemampuan rumah sakit.
- (3) Instalasi mempunyai tugas membantu direktur dalam penyelenggaraan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (4) Instalasi dipimpin oleh seorang kepala instalasi dari pejabat fungsional dibidangnya.
- (5) Kepala Instalasi bertanggung jawab langsung kepada direktur.
- (6) Kepala Instalasi dalam melaksanakan kewajiban kepegawaiannya bertanggung jawab kepada kepala bidang terkait.

#### BAB IV

#### KOMITE/TIM DAN SATUAN PENGAWAS INTERNAL

Pasal.....

Pasal 22

- (1) Komite/tim adalah organ rumah sakit yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
- (2) Pembentukan komite/tim di rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari komite medik, komite keperawatan, komite mutu dan keselamatan pasien, komite etik dan hukum, komite farmasi dan terapi, komite pencegahan dan komite/tim pengendalian inpeksi (PPI), serta komite/ tim lainnya yang dibutuhkan oleh rumah sakit.
- (3) Komite/tim berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.
- (4) Komite/tim dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh direktur dengan masa bakti selama 3 (tiga) tahun.
- (5) Ketua dan anggota komite/tim dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
  - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan rumah sakit; dan
  - e. adanya kebijakan dari pemilik rumah sakit.
- (6) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diberitahukan secara tertulis oleh direktur kepada yang bersangkutan.
- (7) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite/tim ditetapkan oleh direktur.
- (8) Tiap-tiap Komite/tim yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh direktur.

- (9) Setiap komite/tim akan dijabarkan dalam bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya.

Bagian Pertama

Komite Medik

Pasal 23

- (1) Komite medik merupakan wadah non struktural kelompok profesional medik yang keanggotaannya terdiri dari ketua kelompok staf medik atau yang mewakili.
- (2) Komite medik dipimpin oleh seorang ketua dan disebut sebagai ketua komite medik dengan susunan perangkat organisasinya sebagai berikut:
- a. ketua ;
  - b. wakil ketua;
  - c. sekretaris ;dan
  - d. anggota terdiri dari:
    1. sub komite kredensial;
    2. sub komite mutu profesi medis;dan
    3. sub komite etika dan disiplin profesi.

Pasal 24

- (1) 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.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;

b. Penyelenggaraan...




- 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 keputusan 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
  - h. surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
  - i. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
  - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;



- b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
  - j. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:
- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
  - b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
  - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
  - d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
  - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
  - f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
  - g. Memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
  - h. Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin profesi.

#### Pasal 25

- (1) Mekanisme pengambilan keputusan komite medik berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*), dan pengambilan keputusan diputuskan melalui rapat komite medik dan sub komite.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dalam pasal 24, komite medik menyusun dan membuat pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh direktur.

Bagian .....

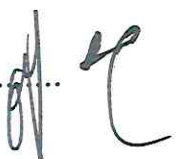
Bagian Kedua  
Komite Etik dan Hukum  
Pasal 26

- (1) Komite etik dan hukum merupakan wadah non-struktural yang keanggotaannya dipilih dan diangkat oleh direktur.
- (2) Pembentukan komite etik dan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kebutuhan dan ketersediaan sumber daya yang dimiliki oleh rumah sakit.
- (3) Susunan organisasi komite etik dan hukum paling sedikit terdiri atas:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. anggota
- (4) Keanggotaan komite etik dan hukum paling sedikit terdiri atas:
  - a. tenaga medis;
  - b. tenaga keperawatan;
  - c. tenaga kesehatan lain;
  - d. unsur yang membidangi mutu dan keselamatan pasien;
  - e. unsur administrasi umum dan keuangan, pengelola pelayanan hukum; dan
  - f. unsur administrasi umum dan keuangan, pengelola sumber daya manusia.

Pasal 27

- (1) Komite etik dan hukum bertugas meningkatkan dan menjaga kepatuhan penerapan etika dan hukum di rumah sakit, dengan cara:
  - a. menyusun panduan etik dan perilaku (*code of conduct*);
  - b. menyusun pedoman etika pelayanan;

c. membina. ...



- c. membina penerapan etika pelayanan, etika penyelenggaraan, dan hukum perumahsakititan;
  - d. mengawasi pelaksanaan penerapan etika pelayanan dan etika penyelenggaraan;
  - e. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
  - f. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (alternative dispute resolution) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum; dan
  - g. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di rumah sakit.
- (2) Selain tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Etik dan Hukum bertugas:
- a. memberikan pertimbangan kepada kepala atau direktur rumah sakit mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum; dan
  - b. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia rumah sakit.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), komite etik dan hukum memiliki fungsi:
- a. pengelolaan data dan informasi terkait etika rumah sakit;
  - b. pengkajian etika dan hukum perumahsakititan, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai-nilai bioetika dan humaniora;
  - c. sosialisasi dan promosi panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etika pelayanan;
  - d. pencegahan penyimpangan panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etika pelayanan;

e. monitoring.....



- e. monitoring dan evaluasi terhadap penerapan panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etika pelayanan;
- f. pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etika pelayanan;
- g. penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait etika pelayanan dan etika penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal rumah sakit; dan
- h. penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi.

#### Pasal 28

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam pasal 26, komite etik dan hukum berwenang:
  - a. menghadirkan pihak terkait untuk menyelesaikan masalah etik rumah sakit;
  - b. melakukan klarifikasi dengan pihak terkait sebagai penyusunan bahan rekomendasi; dan
  - c. memberikan rekomendasi kepada direktur rumah sakit mengenai sanksi terhadap pelaku pelanggaran panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etika pelayanan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam pasal 26, komite etik dan hukum dapat membentuk panitia adhoc.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh kepala atau direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua komite etik dan hukum.
- (4) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari komite etik dan hukum rumah sakit lain.

Bagian Ketiga

Komite Keperawatan

Pasal 29

- (1) Penyelenggaraan komite keperawatan bertujuan untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan serta mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan keperawatan dan pelayanan kebidanan yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perawat dan bidan.

Pasal 30

- (1) Komite keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan.
- (2) Komite keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.
- (3) Susunan organisasi komite keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. sub komite.
- (4) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi komite keperawatan sekurang-kurangnya dapat terdiri dari ketua dan sekretaris merangkap subkomite.
- (5) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) huruf c, terdiri dari:
  - a. sub komite kredensial;
  - b. sub komite mutu profesi; dan
  - c. sub komite etik dan disiplin profesi.



- (6) Sub komite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a, bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (7) Sub komite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf b, bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (8) Sub komite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

#### Pasal 31

- (1) Komite keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, komite keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
  - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
  - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
  - c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
  - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
  - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;



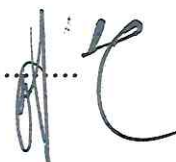
- f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada ketua komite keperawatan untuk diteruskan kepada direktur rumah sakit;
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, komite keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
  - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, komite keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
  - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
  - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

#### Pasal 32

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite keperawatan berwenang:

- a. Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
- b. Memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;

c. Memberikan .....



- c. Memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
- d. Memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- e. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
- f. Memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
- g. Memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

### Pasal 33

- (1) Setiap rumah sakit wajib menyusun peraturan internal staf keperawatan dengan mengacu pada peraturan internal korporasi dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Peraturan internal staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup tenaga perawat dan tenaga bidan.
- (3) Peraturan internal staf keperawatan disusun oleh komite keperawatan dan disahkan oleh direktur rumah sakit.
- (4) Peraturan internal staf keperawatan berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh komite keperawatan dan staf keperawatan dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit.
- (5) Tata cara penyusunan peraturan internal staf keperawatan dilaksanakan dengan berpedoman pada peraturan menteri kesehatan.

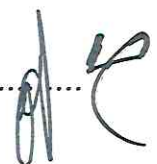
### Bagian Keempat

#### Komite Mutu Rumah Sakit

### Pasal 34

- (1) Komite Mutu Rumah Sakit merupakan wadah non-struktural yang keanggotaannya dipilih dan diangkat oleh direktur.

(2). Komite ...



- (2) Komite mutu rumah sakit mempunyai tugas membantu direktur rumah sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di rumah sakit.

Pasal 35

- (1) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, komite mutu memiliki fungsi:
- a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan rumah sakit;
  - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada direktur rumah sakit terkait perbaikan mutu tingkat rumah sakit;
  - c. pemilihan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit dan pengukuran indikator tingkat rumah sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
  - d. pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
  - e. pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
  - f. fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
  - g. fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
  - h. pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas rumah sakit dan indikator mutu nasional rumah sakit;
  - i. koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf;
  - j. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di rumah sakit;

k. pengkajian .....

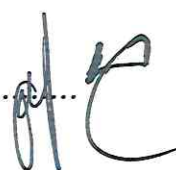


- k. pengkajian standar mutu pelayanan di rumah sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
- l. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu; dan
- m. penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.

#### Pasal 36

- (1) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien, komite mutu memiliki fungsi:
  - a. penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien rumah sakit;
  - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada direktur rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;
  - c. pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;
  - d. motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
  - e. pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan *Root Cause Analysis (RCA)*, dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
  - f. pelaporan insiden secara kontinyu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - g. melaksanakan pelatihan keselamatan pasien; dan
  - h. penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, komite mutu memiliki fungsi:
  - a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko rumah sakit;
  - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada direktur rumah sakit terkait manajemen risiko di rumah sakit;

c. pemantauan ...



- c. pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
  - d. pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
  - e. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
  - f. pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
  - g. pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
  - h. pelaksanaan pelatihan manajemen risiko; dan
  - i. penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.
- (3) Selain melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (2), Komite Mutu juga melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi rumah sakit

#### Pasal 37

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi, komite mutu dapat dibantu oleh tim yang bersifat *ad hoc* yang terdiri atas komite atau unit kerja lain, dan pakar/ahli yang terkait.
- (2) Tim yang bersifat *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat 1, ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua komite mutu.

#### Bagian kelima

#### Komite Farmasi dan Terapi

#### Pasal 38

- (1) Komite farmasi dan terapi merupakan wadah yang merekomendasikan kebijakan penggunaan obat kepada direktur. rekomendasi yang disusun oleh komite farmasi dan terapi selanjutnya disetujui oleh direktur.

(2) Komite ..... 

- (2) Komite farmasi dan terapi adalah tim di rumah sakit yg mewakili hubungan komunikasi antara para staf medik dokter yang mewakili spesialisasi yg ada di rumah sakit dengan tenaga farmasi yg diwakili oleh apoteker dan tenaga kesehatan lainnya.
- (3) Komite farmasi dan terapi terdiri dari dokter, apoteker, dan tenaga kesehatan lain yang di perlukan. komite farmasi dan terapi dapat diketuai oleh seorang dokter atau seorang apoteker. apabila diketuai oleh dokter maka sekretarisnya adalah apoteker, namun apabila diketuai oleh apoteker, maka sekretarisnya adalah dokter.

### Pasal 39

- (1) Tugas pokok Komite Farmasi dan Terapi adalah :
  - a. mengembangkan kebijakan tentang penggunaan obat di rumah sakit;
  - b. melakukan seleksi dan evaluasi obat yang akan masuk dalam formularium rumah sakit ;
  - c. mengembangkan standar terapi ;
  - d. mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan obat;
  - e. melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan obat yang rasional;
  - f. mengkoordinir penatalaksanaan reaksi obat yang tidak dikehendaki;
  - g. mengkoordinir penatalaksanaan medication error; dan
  - h. menyebarkan informasi terkait kebijakan penggunaan obat di rumah sakit.
- (2) Wewenang komite farmasi dan terapi adalah :
  - a. menentukan standarisasi dan kebijakan penggunaan obat di rumah sakit; dan
  - b. melaksanakan system formularium, merumuskan dan mengendalikan pelaksanaan semua kegiatan yang berkaitan dengan kebijakan obat di rumah sakit.

Pasal 40

- (1) Fungsi Komite Farmasi dan terapi adalah :
  - a. menetapkan program terapi obat yang aman dan bermanfaat;
  - b. mengevaluasi , edukasi dan penasehat bagi staf medik dan pimpinan rumah sakit dalam semua hal yang berkaitan dengan penggunaan obat;
  - c. menetapkan formularium rumah sakit dan merevisi secara berkala;
  - d. merencanakan program edukasi bagi staf profesional rumah sakit;
  - e. berpartisipasi dalam kegiatan jaminan mutu yang berkaitan dengan distribusi, pemberian dan penggunaan obat;
  - f. memantau dan mengevaluasi reaksi obat yang merugikan;
  - g. memimpin program dan studi evaluasi penggunaan obat, pengkajian dan membuat rekomendasi; dan
  - h. mengevaluasi, menyetujui atau menolak obat yang diusulkan untuk dimasukkan dalam formularium rumah sakit.
- (2) Dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada pasal 37, komite farmasi dan terapi dapat menetapkan kebijakan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (3) Jenis kebijakan yang dapat di tetapkan, antara lain:
  - a. ketetapan dan prosedur yang berkaitan dengan pelaksanaan sistem formularium;
  - b. ketetapan dan prosedur yang berkaitan dengan penggunaan obat non formularium;
  - c. ketetapan dan prosedur yang berkaitan dengan pelayanan obat setara generik dan setara ;
  - d. ketetapan dan prosedur yang berkaitan dengan pemantauan terapi obat;
  - e. ketetapan .....

e. ketetapan .....



- e. ketetapan dan prosedur yang berkaitan dengan pemantauan dan pelaporan reaksi obat yang merugikan;
- f. ketetapan dan prosedur yang berkaitan dengan pemantauan kesalahan obat (*medication errors*);
- g. ketetapan tentang kegiatan perwakilan perusahaan farmasi di rumah sakit; dan
- h. singkatan baku dalam pelayanan kefarmasian di rumah sakit.

Pasal 41

- (1) Formularium Rumah sakit adalah dokumen yang berisikan kumpulan produk obat yang dipilih Komite Farmasi dan Terapi (KFT) disertai informasi tambahan penting tentang penggunaan obat, kebijakan dan prosedur berkaitan obat yang relevan untuk rumah sakit.
- (2) Formularium dapat direvisi secara berkala sesuai dengan kebijakan RS.
- (3) Kriteria pemilihan obat untuk masuk Formularium Rumah Sakit:
  - a. obat yang dikelola di rumah sakit merupakan obat yang memiliki nomor izin edar (nie);
  - b. mengutamakan penggunaan obat generik;
  - c. memiliki rasio manfaat-risiko (*benefit-risk ratio*) yang paling menguntungkan penderita;
  - d. menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan oleh pasien;
  - e. memiliki rasio manfaat-biaya (*benefit-cost ratio*) yang tertinggi berdasarkan biaya langsung dan tidak langsung; dan
  - f. obat lain yang terbukti paling efektif secara ilmiah dan aman (*evidence based medicines*) yang paling dibutuhkan untuk pelayanan dengan harga yang terjangkau.



(4) Manfaat Formularium:

- a. bagi penderita :  
akan mendapat obat yang rasional, bermanfaat, aman dengan harga yang terjangkau;
- b. bagi dokter / staf medik :  
memberikan kemudahan dalam pemilihan obat yang akan diresepkan
- c. bagi apoteker:  
dapat mengimplementasikan pelayanan farmasi klinik sebagai wujud dari *Pharmaceutical Care*;
- d. bagi rumah sakit :  
semua obat yang digunakan dikendalikan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) dan terjadi penghematan karena pengadaan yang teratur; dan
- e. bagi instalasi farmasi rumah sakit:  
formularium merupakan salah satu acuan dalam perencanaan pengadaan obat untuk kebutuhan pelayanan kefarmasian di rumah sakit

Bagian keenam

Komite/Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Pasal 42

- (1) Komite/ Tim PPI merupakan organisasi nonstruktural pada fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai fungsi utama menjalankan PPI serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk pencegahan infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa *Tuberculosis*, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan infeksi menular lainnya.
- (2) Komite/ Tim PPI dibentuk untuk menyelenggarakan tata kelola PPI yang baik agar mutu pelayanan medis serta keselamatan pasien dan pekerja di fasilitas pelayanan kesehatan terjamin dan terlindungi.
- (3) Susunan organisasi Komite/ tim PPI terdiri dari:

a. Ketua .....



a. ketua

kriteria :

1. dokter yang mempunyai minat dalam PPI;
2. pernah mengikuti pelatihan dasar PPI; dan
3. memiliki kemampuan leadership.

b. sekretaris

kriteria :

1. dokter / IPCN / tenaga kesehatan lain yang mempunyai minat dalam PPI;
2. pernah mengikuti pelatihan dasar PPI; dan
3. purna waktu.

c. Anggota

1. IPCN/perawat PPI

2. IPCD/dokter PPI :

- a) dokter wakil dari tiap KSM (Kelompok Staf Medik);
- b) dokter ahli epidemiologi;
- c) dokter mikrobiologi; dan
- d) dokter patologi klinik.

i. Anggota komite lainnya, dari :

- a) tim dots;
- b) tim hiv;
- c) laboratorium;
- d) farmasi;
- e) sterilisasi;
- f) laundry;
- g) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS);
- h) sanitasi lingkungan;
- i) pengelola makanan;
- j) kesehatan dan keselamatan kerja (k3); dan
- k) kamar jenazah.

Pasal 43

(1) Tugas dan tanggung jawab Komite/ Tim PPI:

a. Menyusun .....



- a. menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI;
- b. membuat Standar Prosedur Operasional (SPO), menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;
- c. melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa HAIs (*Healthcare Associated Infections*);
- d. memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
- e. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI;
- f. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;
- g. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dalam PPI;
- h. melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan;
- i. berkoordinasi dengan unit terkait lain dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit, antara lain :
  1. Tim Pengendalian *Resistensi Antimikroba* (TPRA) dalam penggunaan antibiotika yang bijak dirumah sakit berdasarkan pola kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarluaskan data resistensi antibiotika;
  2. tim kesehatan dan keselamatan kerja (K3) untuk menyusun kebijakan; dan
  3. tim keselamatan pasien dalam menyusun kebijakan *clinical governance and patientsafety*.
- j. mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit;

k. Memberikan.....



- k. memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI;
- l. menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
- m. melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang daristandar prosedur / monitoring surveilans proses; dan
- n. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada Kejadian Luar Biasa (KLB) di rumah sakit.

#### Pasal 44

Kebijakan yang perlu dipersiapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan adalah :

- a. Kebijakan tentang pendidikan dan pelatihan PPI sekaligus pengembangan SDM Tim/komite.
- b. Kebijakan tentang pendidikan dan pelatihan untuk seluruh petugas difasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Kebijakan tentang kewaspadaan isolasi meliputi kewaspadaan standar dan kewaspadaan transmisi termasuk kebijakan tentang penempatan pasien.
- d. Kebijakan tentang PPI pada pemakaian alat kesehatan dan tindakan operasi.
- e. Kebijakan tentang kesehatan karyawan.
- f. Kebijakan tentang pelaksanaan surveilans.
- g. Kebijakan tentang penggunaan antibiotik yang bijak.
- h. Kebijakan tentang pengadaan bahan dan alat yang melibatkan tim PPI.
- i. Kebijakan tentang pemeliharaan fisik dan sarana prasarana.
- j. Kebijakan penanganan kejadian luar biasa.
- k. Kebijakan tentang pelaksanaan audit PPI.
- l. Kebijakan tentang pengkajian risiko di fasilitas pelayanan kesehatan.



Pasal 45

Standar Prosedur Operasional (SPO) yang perlu dipersiapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan antara lain:

- a. Kewaspadaan isolasi :
  1. kebersihan tangan;
  2. Alat Pelindung Diri (APD) : sarung tangan, masker, kaca, mata/pelindung mata, perisai wajah, gaun, apron, sepatubot/sandal tertutup;
  3. dekontaminasi peralatan perawatan pasien;
  4. pengendalian lingkungan;
  5. penatalaksanaan limbah;
  6. penatalaksanaan linen;
  7. perlindungan petugas kesehatan;
  8. penempatan pasien;
  9. higiene respirasi/etika batuk;
  10. praktek menyuntik yang aman; dan
  11. praktek lumbal pungsi.
- b. Upaya pencegahan infeksi sesuai pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan, yang antara lain :
  1. Infeksi saluran kemih (ISK);
  2. Infeksi daerah operasi (IDO);
  3. Infeksi aliran darah (IAD);
  4. Pneumonia akibat penggunaan ventilator (VAP); dan
  5. Kebijakan tentang PPI lainnya (misalnya *Phlebitis dan decubitus*).

Bagian Ketujuh

Satuan Pengawas Internal (SPI)

Pasal 46

- (1) Ketua dan anggota satuan pengawas internal diangkat dan diberhentikan oleh direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya satuan pengawas internal bertanggungjawab langsung kepada direktur.

(3). Ketua.....



- (3) Ketua dan anggota satuan pengawas 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 rumah sakit;
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan rumah sakit; dan
  - e. adanya kebijakan dari pemilik rumah sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh direktur kepada yang bersangkutan.

#### Pasal 47

- (1) Tugas pokok Satuan Pengawas Internal adalah melaksanakan pengawasan, pemeriksaan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan di rumah sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Satuan Pemeriksaan 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.



- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada direktur.

## BAB V

### PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS ( *MEDICAL STAFF BYLAWS* )

#### Pasal 48

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

#### Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF)

#### Pasal 49

- (1) KSMF adalah kelompok dokter yang bekerja di rumah sakit baik dokter purna waktu maupun dokter paruh waktu (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan sub spesialis serta dokter gigi spesialis) .

(2) KSMF.....

- (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 melalui kepala bidang pelayanan medik.

Mitra Bestari

Pasal 50

- (1) Mitra Bestari (*Peer Group*) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis;
- (2) Staf medis dalam mitra bestari pada 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 dari fakultas kedokteran.
- (3) Direktur dapat membentuk panitia *ad hoc* yang terdiri dari mitra bestari sebagaimana dimaksud pada Ayat (2), untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakan disiplin dan etika profesi di rumah sakit berdasarkan permohonan Komite Medik.

Dokter.....

## Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)

### Pasal 51

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggungjawab dalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit.
- (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.

### Pasal 52

- (1) DPJP terdiri dari DPJP pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.
- (2) DPJP pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat saat itu dan sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan.
- (3) DPJP pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan.
- (4) DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan DPJP ditetapkan oleh Direktur.

## Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

### Pasal 53

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Kepala bidang pelayanan Medis/atau Komite Medik.

(2). Pembinaan.....



- (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.

## BAB VI

### KEWENANGAN KLINIS (*Clinical Privilege*)

#### Pasal 54

- (1) Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan Medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik.
- (3) Penetapan kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada angka 2, diberikan melalui penerbitan penugasan klinis (*clinical appointment*).
- (4) Tanpa penugasan klinis (*clinical appointment*) maka seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis tidak dapat melakukan tindakan medis.
- (5) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan pertimbangan *Clinical Appraisal* (Tinjauan atau Telaah hasil proses kredensial dan atau rekredensial) berupa surat rekomendasi dari Komite Medik, dengan mengacu pada:
  - a. standar profesi dari organisasi profesi;
  - b. standar pendidikan; dan
  - c. standar kompetensi dari kolegium.



Pasal 55

- (1) Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinis (*Clinical privilege*) setelah memperhatikan rekomendasi dari komite medik, terkait dengan:
  - a. penentuan kewenangan klinis didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang diakui oleh masing - masing organisasi profesi;
  - b. berdasarkan hasil kredensial sub komite kredensial di rumah sakit; dan
  - c. dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinik maka komite medik dapat meminta informasi atau pendapat dari mitra bestari.
- (2) 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.
- (3) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), selanjutnya direktur akan meminta komite medik untuk melakukan rekredensial.
- (4) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), setelah mempertimbangkan rekomendasi komite medik.
- (5) 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.



- (6) 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.
- (7) Dalam keadaan tertentu direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*) untuk dokter konsultan/ dokter tamu yang diperlukan sementara oleh rumah sakit.
- (8) Direktur dapat memperluas, mempersempit, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan komite medik atau alasan tertentu.
- (9) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
- (10) Dalam keadaan bencana alam, kegawatdaruratan akibat bencana massal, kerusakan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis rumah sakit dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

## BAB VII

### PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

#### Pasal 56

- (1) Setelah melalui proses kredensial direktur menerbitkan surat penugasan klinis yang menghimpun seluruh kewenangan klinis yang dimiliki oleh seorang staf medis fungsional.
- (2) Kewenangan klinis yang terhimpun dalam surat penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh direktur dengan memperhatikan rekomendasi yang diberikan oleh komite medik.

- (3) Surat penugasan klinis hanya dapat diberikan kepada staf medis yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh konsil kedokteran/ kedokteran gigi indonesia.
- (4) Surat penugasan klinis di rumah sakit pada seorang staf medis hanya dapat ditetapkan bila yang bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut :
  - a. memenuhi syarat sebagai staf medis berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam peraturan internal rumah sakit ini;
  - b. menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas rumah sakit;
  - c. mencatat seluruh pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di rumah sakit diisi dengan lengkap, benar dan tuntas dalam jangka waktu sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
  - d. memperhatikan segala permintaan rumah sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis di rumah sakit dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinik (PPK), *Clinical Pathway* dan prosedur operasional/ manajerial/ administrasi yang berlaku di Rumah Sakit;
  - e. mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri berdasarkan kode etik kedokteran Indonesia; dan
  - f. memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di rumah sakit.



Pasal 57

- (1) Surat penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada pasal 54 ayat (1), berlaku selama 5 (lima) tahun.
- (2) Surat penugasan klinis sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) 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;
  - b. kondisi fisik atau mental staf medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan medis secara menetap;
  - 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;
  - d. staf medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) atau kontrak;
  - e. staf medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelalaian, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh komite medik;
  - f. staf medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; dan
  - g. staf medis diberhentikan oleh direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan rumah sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
- (3) 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 VIII  
PENGORGANISASIAN SUB KOMITE

Pasal 58

- (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.

Bagian Kesatu

Sub Komite Kredensial

Pasal 59

- (1) Sub komite kredensial di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit.
- (2) Pengorganisasian sub komite 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.....



- 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.

#### Pasal 60

- (1) Proses kredensial yang dilakukan oleh sub komite 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*).

(2). Proses.....

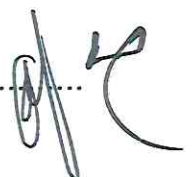


- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (3) Proses kredensial dapat dilakukan oleh tim mitra bestari yang merupakan permintaan dari komite medik melalui rekomendasi dari subkomite kredensial.
- (4) Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
- (5) Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam pasal 57 ayat (3), diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

#### Pasal 61

- (1) Sub komite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
  - a. 2 (dua) bulan sebelum habis masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis;
  - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya;
  - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
  - d. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan tindakan pelanggaran etika profesi; dan
  - b. staf medis yang bersangkutan telah menyelesaikan pendidikan profesi lanjutan.
- (2) 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.....



- e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/ dimodifikasi; dan
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (3) Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

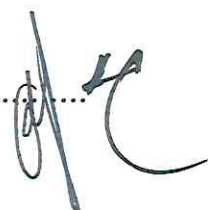
#### Bagian Kedua

#### Sub Komite Mutu Profesi

#### Pasal 62

- (1) Sub komite mutu profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit 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 (*ongoing professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*);
  - b. melakukan audit medis;
  - c. mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis;
  - d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis rumah sakit; dan

e. memfasilitasi.....



- e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan.

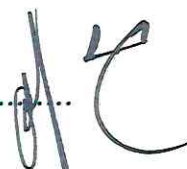
Pasal 63

- (1) Audit medis yang dilakukan oleh sub komite mutu profesi adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
- (2) Hasil dari Audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berfungsi :
  - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
  - b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
  - d. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.
- (3) Sub komite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis.
- (4) Selain pertemuan ilmiah sebagaimana dimaksud pada ayat (3), sub komite mutu profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.

Pasal 64

- (1) 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 rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.

(2) Sub .....



- (2) Sub komite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (3) Sub komite mutu profesi merekomendasikan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
- (4) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian mutu profesi.

Pasal 65

- (1) Pelaksanaan pendampingan (*proctoring*) dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi staf medis yang dijatuhi sanksi disiplin,
- (2) pembatasan kewenangan klinis, penambahan kewenangan klinis dan/atau permohonan pendampingan dari staf medis yang bersangkutan dalam rangka peningkatan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
- (3) Komite medik berkoordinasi dengan bidang pelayanan medik rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.
- (4) Staf medis yang akan memberikan pendampingan (*proctoring*) ditetapkan dengan keputusan direktur.
- (5) Sub komite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin /mendapatkan pengurangan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
- (6) Semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) difasilitasi dan dikoordinasikan bersama kepala bidang pelayanan medis.



Bagian Ketiga

Sub Komite Etika Dan Disiplin Profesi

Pasal 66

- (1) Sub komite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas sekurangkurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian sub komite etika dan disiplin profesi sekurang kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua komite medik.

Pasal 67

- (1) Tugas subkomite etika dan disiplin profesi :
  - a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - b. melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
  - c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.
- (2) Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:
  - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
  - b. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;
  - c. kode etik kedokteran Indonesia;
  - d. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
  - e. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;

f. Pedoman .....



- f. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
- g. standar prosedur operasional asuhan medis.

Pasal 68

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
  - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
  - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan Direktur rumah sakit atau Direktur rumah sakit terlapor.
- (2) Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
- (3) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi Komite Medik.
- (4) Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dan sebagainya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti bagian pendidikan dan penelitian, komite medik, dan unit terkait lainnya.
- (5) Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.
- (6) Subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus etik dan/atau disiplin profesi dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang berkompotensi untuk memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis maupun disiplin profesi.

BAB IX  
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS  
(CLINICAL GOVERNANCE)

Pasal 69

- (1) Guna melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) di rumah sakit maka setiap Staf Medis berkewajiban untuk :
  - a. melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis yang diberikan;
  - b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang sesuai dengan kebutuhan medis pasien;
  - c. melakukan konsultasi kepada dokter, dokter gigi, dokter gigi spesialis, 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 rumah sakit dan tata kelola klinis maka rumah sakit wajib menyusun kebijakan, pedoman dan Standar Operasional Prosedur sesuai dengan bidang tugas masing-masing.
- (3) Seluruh aturan-aturan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan oleh direktur.

BAB X  
KETENTUAN LAIN-LAIN



Pasal 70

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit ini selanjutnya akan menjadi pedoman semua peraturan dan kebijakan Rumah Sakit yang dibuat dengan Keputusan Direktur.
- (2) Setiap unit kerja harus membuat standar prosedur operasional yang mengacu pada Peraturan Internal Rumah Sakit.
- (3) Semua kebijakan operasional, prosedur tetap administrasi dan manajemen Rumah Sakit tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit.
- (4) Tata urutan peraturan yang berlaku sebagai berikut:
  - a. peraturan internal rumah sakit;
  - b. keputusan direktur dan peraturan tata tertib rumah sakit; dan
  - c. keputusan instalasi, kepala seksi dalam hirarki struktural, kepala kelompok non struktural/ fungsional untuk hal-hal yang teknis operasional di bidangnya dan dipertanggungjawabkan kepada atasan langsungnya.
- (5) Direktur dapat mengusulkan perubahan peraturan internal rumah sakit ini berdasarkan rapat pleno yang diselenggarakan untuk keperluan tersebut.

BAB XI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 71

Pada saat Peraturan Wali Kota ini berlaku, Peraturan Wali Kota Nomor 8 Tahun 2017 tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) RSUD Siti Aisyah Kota Lubuklinggau (Berita Daerah Kota Lubuklinggau Tahun 2017 Nomor 8), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 72

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.


Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Lubuklinggau.

Ditetapkan di Lubuklinggau  
pada tanggal, 24 oktober 2022

WALI KOTA LUBUKLINGGAU,



S.N. PRANA PUTRA SOHE



Diundangkan di Lubuklinggau  
pada tanggal,

Pj. SEKRETARIS DAERAH KOTA LUBUKLINGGAU,

IMAM SENEN

BERITA DAERAH KOTA LUBUKLINGGAU TAHUN 2022 NOMOR 64