



WALIKOTA LUBUKLINGGAU
PROVINSI SUMATERA SELATAN

PERATURAN WALIKOTA LUBUKLINGGAU
NOMOR 8 TAHUN 2017

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

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA LUBUKLINGGAU,

- Menimbang:
- a. bahwa sehubungan telah ditetapkan Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah Kota Lubuklinggau sebagai Rumah Sakit Rujukan Regional berdasarkan Peraturan Gubernur Nomor 1 Tahun 2015 tentang Pelayanan Rujukan Kesehatan dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. HK.0203/1/0363/2015 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Provinsi dan Rumah Sakit Rujukan Regional.
 - b. bahwa untuk persiapan kenaikan kelas Rumah Sakit maka dipandang perlu melakukan perbaikan atas Peraturan Walikota Lubuklinggau Nomor 33 Tahun 2014 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) dan Peraturan Walikota Lubuklinggau Nomor 15 Tahun 2015 tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) dianggap tidak sesuai dengan kondisi rumah sakit kedepannya,
 - c. bahwa dalam rangka pelaksanaan ketentuan dalam pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit perlu menepatkan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*), yang berfungsi sebagai acuan bagi Walikota dalam melakukan pengawasan terhadap 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;
 - d. bahwa peraturan Internal Rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam huruf a yang terdiri dari Peraturan Organisasi Rumah Sakit (*Corporate by laws*) dan Peraturan Staf Medis (*Medical Staf By laws*) Rumah sakit Umum Daerah Siti Aisyah Kota Lubuklinggau, disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola organisasi yang baik (*good corporate governance*) di Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah Kota Lubuklinggau;

- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a huruf b huruf c dan huruf d, perlu menetapkan peraturan Walikota tentang peraturan *Internal Hospital By Laws* Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah Kota Lubuklinggau;

Mengingat :

1. 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);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang - Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 755);
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);

10. Peraturan Daerah Kota Lubuklinggau Nomor 1 Tahun 2014 tentang Organisasi Perangkat Daerah Kota Lubuklinggau (Lembaran Daerah Kota Lubuklinggau Tahun 2014 Nomor 1), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Lubuklinggau Nomor 7 Tahun 2016 tentang Perubahan Peraturan Daerah Kota Lubuklinggau (Lembaran Daerah Kota Lubuklinggau Tahun 2016 Nomor 7);

MEMUTUSKAN :

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

BUKU KESATU
PERATURAN INTERNAL KORPORASI (CORPORATE BY LAWS)

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah daerah Kota Lubuklinggau.
2. Walikota adalah Walikota Lubuklinggau
3. Pemerintah Daerah adalah Walikota dan Perangkat Daerah Kota Lubuklinggau sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintah Daerah
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah kota Lubuklinggau
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah Kota Lubuklinggau
6. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintahan 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
8. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah setiap Warga Negara Republik Indonesia yang telah memenuhi syarat yang ditentukan, diangkat oleh Pejabat yang berwenang dan disertai tugas dalam suatu jabatan negara, atau disertai tugas negara lainnya, dan digaji berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

9. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan Keuangan BLUD, 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.
10. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate by laws*) adalah peraturan internal yang mengatur hubungan antara pemerintah daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan Staf Medis Rumah Sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing.
11. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical staff by laws*) adalah peraturan internal yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak staf medis di Rumah Sakit.
12. Dewan Pengawas adalah suatu badan yang melakukan pengawasan terhadap operasional Rumah Sakit yang dibentuk dengan keputusan Walikota atas usulan Direktur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan berlaku.
13. Pejabat Pengelolaan Rumah Sakit terdiri dari Pimpinan BLUD, Pejabat Keuangan dan Pejabat teknis.
14. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
15. Komite Medis adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tatakelola klinis (*clininal governance*) agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
16. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaga mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
17. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non struktural Rumah Sakit yang mempunyai tugas untuk membantu Direktur dalam merumuskan, menyusun, dan menyelesaikan masalah medicoetikolegal dalam aspek hukum dan etika organisasi Rumah Sakit.

18. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah wadah non struktural Rumah Sakit yang mempunyai tugas untuk membantu Direktur dalam menyusun dan merumuskan sistem audit mutu pelayanan Rumah Sakit, pelaksanaan keselamatan pasien, manajemen resiko, kesehatan dan keselamatan kerja, pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi.
19. Satuan Pemeriksaan Internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur meningkatkan kinerja pelayanan keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
20. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang berkerja purna waktu maupun paruh waktu di unit Pelayanan Rumah Sakit.
21. Kewenangan Klinis (*clininal privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis tertentu dalam Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
22. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
23. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
24. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
25. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
26. Dokter Organik adalah dokter PNS dan non PNS yang bekerja (penuh) *full time* di Rumah Sakit.
27. Dokter Non Organik (kontrak) adalah dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai staf medis kontrak/tidak tetap, berkedudukan sebagai sub ordinar yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;

BAB II
IDENTITAS
Bagian Kesatu
Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 2

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah Kota Lubuklinggau.
- (2) Jenis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Rumah Sakit Umum.
- (3) Kelas Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C.
- (4) Alamat Rumah Sakit adalah di Jalan Lapter Silampari No.20A Kelurahan Air Kuti Lubuklinggau Timur 1.

Pasal 3


- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung tugas Walikota di bidang pelayanan kesehatan yang dipimpin oleh seorang Direktur.
- (2) Rumah Sakit adalah unit pelaksana teknis dinas daerah kota di bidang kesehatan yang merupakan unit organisasi yang bersifat fungsional dan unit layanan yang bekerja secara profesional.
- (3) Rumah Sakit bersifat otonom dalam penyelenggaraan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis serta menerapkan pola pengelolaan badan layanan umum daerah (PPK-BLUD).
- (4) Rumah Sakit dalam penyelenggaraan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dibina dan bertanggung jawab kepada dinas yang menyelenggarakan Urusan Pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 4

RSUD Siti Aisyah Kota Lubuklinggau merupakan Rumah Sakit Kelas C sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.03.05/1/907/12 tanggal 7 Juni 2012, yang memberikan pelayanan kesehatan, pelayanan pendidikan, pelatihan dan penelitian serta pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

Bagian Kedua
Visi dan Misi

Pasal 5

- (1) Visi Rumah sakit adalah Terwujudnya Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah sebagai Rumah Sakit Tujuan Utama Masyarakat Kota Lubuklinggau dan Daerah Sekitarnya dengan Pelayanan yang Berkualitas dengan Standar Nasional.
- 

- (2) Misi RSUD Siti Aisyah Kota Lubuklinggau adalah :
 - a. Meningkatkan dan mengembangkan pelayanan kesehatan (sekunder) sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat, melalui Pengobatan dan Pemulihan yang berstandar Mutu.
 - b. Meningkatkan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit medis dan non medis yang menunjang Pelayanan Kesehatan dan Peningkatan SDM, melalui Pendidikan dan Pelatihan yang berkesinambungan.
 - c. Meningkatkan tata kelola pemerintahan yang profesional, transparan dan Akuntabel, serta menuju "Hospital By Laws"
- (3) Visi dan Misi ditetapkan oleh Pemilik dan dilakukan evaluasi berkala setiap 5 (lima) tahun dan/atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (4) Visi dan Misi disosialisasikan oleh pengelola kepada seluruh pegawai dan masyarakat.

Bagian Ketiga
Motto, Nilai-nilai, Falsafah dan Logo

Pasal 6

- (1) Moto Rumah Sakit adalah : "Layanan Prima Bersahabat".
- (2) Budaya/Tata Nilai pada Rumah Sakit adalah :
 - a. *first, do no harm*,
Rumah Sakit harus berkemampuan dalam memberikan pelayanan dengan pendekatan *patient safety, employee* dan *employer safety* serta *owner safety*;
 - b. kemitraan,
Rumah Sakit selalu akan membangun kemitraan sejajar lintas profesi yang bermartabat dan beretika. Rumah Sakit selalu akan membangun suasana dan etos kerja yang konduktif, dengan menciptakan persaingan yang sehat yang berorientasi pada pelanggan;
 - c. sumber Daya manusia berkualitas dan manusiawi,
Sumber Daya Manusia Rumah Sakit akan selalu berusaha untuk mengembangkan diri (*Self-development*). Sumber Daya Manusia Rumah Sakit bukan mesin yang menjadi alat pekerjaan, tapi sumber daya manusia yang handal, jujur *altruistik* dan berkualitas;
 - d. sarana dan Prasarana yang mendukung kinerja,
Rumah Sakit berupaya untuk memenuhi kebutuhan sarana, prasarana dan peralatan yang sesuai dengan standar dan mendukung peningkatan kinerja dalam memberikan pelayanan;
 - e. *sustainable development*,
Rumah Sakit memberikan pelayanan berusaha untuk mengembangkan pelayanan yang berkelanjutan, imajinatif, inovatif dan kreatif, serta berwawasan lingkungan.

- (3) Falsafah Rumah Sakit adalah sebagai salah satu rumah sakit rujukan regional di Propinsi Sumatera Selatan dengan berupaya sepenuh hati untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan memuaskan kepada pasien/pelanggan serta meningkatkan kesejahteraan seluruh pegawai.
- (4) Logo Rumah Sakit adalah :



Arti dan logo tersebut adalah

- a. Logo bulan sabit berarti sinar yang lembut dalam artian pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit menyentuh seluruh lapisan masyarakat dan diharapkan dapat menghadirkan efek positif bagi pasien dan seluruh elemen rumah sakit. Simbol bulan sabit juga dapat diartikan bahwa semua usaha yang dilakukan Rumah Sakit harus dikembalikan kepada Rabb/Tuhan yang mengatur semesta alam, karena Dia-lah sebaik-baik Pengatur. Simbol ini juga menandakan bahwa berdirinya Rumah Sakit bermula dari Yayasan Berlandaskan Keislaman.
- b. Simbol ular kedokteran dengan nama *staff of aesculapius* dilambangkan dengan sebatang tongkat dengan satu ular yang melingkarinya dapat diartikan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan Rumah Sakit merupakan jembatan yang menghubungkan antara “kehidupan (kesembuhan/keselamatan)” dengan “kematian” seorang pasien yang ditangani.
- c. Tulisan RSSA Lubuklinggau menandakan identitas rumah sakit yaitu Rumah Sakit Siti Aisyah Kota Lubuklinggau sebagai rumah sakit milik Pemerintah Kota Lubuklinggau.

Bagian Keempat Tujuan dan Sasaran

Pasal 7

- (1) Tujuan Rumah sakit adalah:
- a. meningkatnya dan mengembangkan pelayanan Kesehatan Rujukan;
 - b. meningkatkan sarana dan prasarana RSUD yang memadai baik dari segi kualitas maupun kuantitas;
 - c. meningkatkan SDM yang profesional dan handal;

- d. menciptakan sistem informasi dan manajemen Rumah Sakit dan tata kelola keuangan yang akuntabel.
- (2) Sasaran Rumah Sakit adalah :
- a. berkurangnya keluhan pelanggan rumah sakit;
 - b. berkurangnya angka kesakitan dan kematian masyarakat;
 - c. meningkatnya sarana dan prasarana Rumah Sakit baik medis dan non medis;
 - d. tersedianya sistem penyehatan dan penyamanan lingkungan;
 - e. meningkatnya kualitas dan kompetensi SDM sesuai dengan tuntutan dan kebutuhan yang ada;
 - f. terwujudnya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel;
 - g. tersedianya sistem informasi dan manajemen Rumah Sakit yang mampu menunjang pelayanan.

BAB III DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Kedudukan, Tugas, dan Wewenang

Pasal 8

- (1) Dewan pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Pemilik
- (2) Dewan Pengawas Rumah Sakit dibentuk dengan Keputusan Walikota atas usulan Direktur.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.

Pasal 9

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut :
 - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;

- h. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit dan memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan rumah sakit;
 - i. memberikan laporan kepada Walikota apabila terdapat gejala menurunnya kinerja rumah sakit;
 - j. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola rumah sakit dalam melaksanakan pengelolaan rumah sakit; dan
 - k. memberikan masukan, saran atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja BLUD kepada Pejabat Pengelola BLUD.
- (2) Dewan Pengawas secara berkala, paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan/atau sewaktu-waktu melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Walikota.

Pasal 10

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai kewenangan sebagai berikut:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Kedua Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 11

- (1) Jumlah Anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang disesuaikan dengan nilai omzet atau nilai asset tahunan rumah sakit;

- (2) Seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- (3) Keanggotaan Dewan Pengawas rumah sakit dapat terdiri dari unsur-unsur :
 - a. unsur-unsur pejabat SKPD;
 - b. unsur-unsur Pejabat Pengelola Keuangan Daerah;
 - c. Tenaga ahli/ tokoh masyarakat yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - d. Asosiasi perumahsakitannya; dan
 - e. Organisasi profesi.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim Ad-hoc.

Bagian Ketiga
Pembentukan, Pemberhentian dan Penggantian

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.
- (2) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola.
- (3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali dalam jabatan yang sama untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya;

Pasal 13

Persyaratan untuk menjadi Dewan Pengawas adalah 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;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota Pengelola, Komisaris atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu rumah sakit dinyatakan pailit, atau orang yang tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan negara.

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya, apabila berdasarkan kenyataan anggota tersebut:
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan Perundang-Undangan dan/atau ketentuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) 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.
- (2) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan tetap memenuhi persyaratan untuk menjadi Dewan Pengawas.
 - (3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Pasal 15

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur Rumah Sakit dapat mengangkat dan memberhentikan seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan berkoordinasi Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas :
 - a. menyiapkan jadwal pertemuan;
 - b. bertanggung jawab terhadap pengelolaan administrasi kegiatan Dewan Pengawas;
 - c. mengatur dan menyiapkan rapat Dewan Pengawas;
 - d. membuat notulen;
 - e. menyebarkan risalah rapat; dan
 - f. menyiapkan bahan laporan kegiatan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

Pasal 16

Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada dana pendapatan rumah sakit, dan dimuat dalam Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit.

Pasal 17

Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan sebagai berikut :

- a. honorarium Ketua Dewan Pengawas paling banyak 35% (tiga lima persen) dari gaji Direktur;
- b. honorarium Anggota Dewan Pengawas paling banyak 30% (tiga puluh persen) dari gaji direktur; dan
- c. honorarium Sekretaris Dewan Pengawas paling banyak 10% (sepuluh persen) dari gaji Direktur.

Bagian Keempat Rapat

Pasal 18

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasehat kepada pengelola rumah sakit.
- (2) Rapat Dewan Pengawas meliputi :
 - a. Rapat Rutin;
 - b. Rapat Tahunan;
 - c. Rapat Khusus.

Pasal 19

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk Rapat Tahunan dan Rapat Khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan komite serta struktur lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau solusi alternatif berbagai masalah di Rumah Sakit.
- (3) Rapat rutin diadakan pada waktu dan tempat yang ditetapkan bersama oleh Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, komite dan pihak lain yang dianggap perlu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu;
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 20

- (1) Rapat tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk membahas kebijakan tahunan operasional rumah sakit;
- (2) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit kepada Walikota.

Pasal 21

- (1) Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas kebijakan atau hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun 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 satu orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (2) butir b diatas, harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 22

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

Pasal 23

Setiap rapat rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direktur, juga dapat dihadiri oleh jajaran manajemen, komite dan pihak lain yang dipandang perlu yang ada di dalam atau di luar lingkungan Rumah Sakit.

Pasal 24

- (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 yang dimaksud dalam ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Pasal 25

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri paling sedikit $\frac{2}{3}$ 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 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 dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 26

- (1) Penyusunan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Pasal 27

- (1) Pemungutan suara dilakukan bilamana tidak diperoleh kesepakatan tentang suatu masalah yang harus diputuskan diantara anggota Dewan Pengawas;
- (2) Masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan, atau bila dikehendaki para anggota Dewan Pengawas pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
- (3) Putusan rapat Dewan Pengawas ditentukan oleh suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

BAB IV PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu Pengelolaan, Pengangkatan dan Pemberhentian

Pasal 28

- (1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit secara keseluruhan dilakukan oleh 1 (satu) orang Direktur.
- (2) Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan rumah sakit.
- (3) Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggungjawab Pengelola Rumah Sakit ditentukan oleh Walikota dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Struktur Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit.

Pasal 29

- (1) Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Evaluasi kinerja pengelola rumah sakit dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah.

Bagian Kedua
Persyaratan Direktur

Pasal 30

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Direktur wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut :
 - a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
 - c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - d. berstatus Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil;
 - e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Bagian Ketiga
Rapat

Pasal 31

- (1) Rapat Pengelola Rumah Sakit adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan jajaran manajemen untuk membahas hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Rapat Pengelola Rumah Sakit terdiri dari :
 - a. Rapat Rutin; dan
 - b. Rapat Khusus.
- (3) Keputusan Rapat Pengelola Rumah Sakit diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan rapat diserahkan kepada Direktur.
- (5) Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Bagian Tata Usaha.

Pasal 32

- (1) Rapat rutin diselenggarakan 1 (satu) minggu sekali.
- (2) Rapat sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1), membicarakan hal yang berhubungan dengan tugas, kewenangan dan kewajibannya.

Pasal 33

- (1) Rapat khusus diselenggarakan dalam hal yang bersifat khusus dan /atau hal yang memerlukan koordinasi dan tindak lanjut segera.
- (2) Direktur mengundang untuk rapat khusus dalam hal ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan.

Bagian Keempat
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 38

- (1) Komite mutu dan keselamatan pasien merupakan wadah non struktural yang keanggotaannya dipilih dan diangkat oleh Direktur.
- (2) Pembentukan komite mutu dan keselamatan pasien ditetapkan oleh Direktur dengan masa tugas selama 3 (tiga) tahun.
- (3) Komite mutu dan keselamatan pasien dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan dikukuhkan oleh Direktur.
- (4) Komite mutu dan keselamatan pasien mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan sistem audit mutu pelayanan Rumah Sakit, pelaksanaan keselamatan pasien, manajemen resiko, kesehatan dan keselamatan kerja, pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi.

Bagian Kelima
Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 39

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal adalah wadah non-struktural pada Rumah Sakit yang bertugas melakukan audit kinerja internal rumah sakit.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Audit kinerja internal rumah sakit dilakukan untuk menilai efisiensi, efektifitas, dan kepatutan serta kepatuhan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan, dalam penyelenggaraan rumah sakit.
- (4) Audit kinerja internal rumah sakit meliputi:
 - a. audit kinerja pelayanan/operasional; dan
 - b. audit kinerja keuangan.
- (5) Audit kinerja pelayanan/operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, meliputi audit atas kinerja pengelolaan administrasi pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, pelayanan penunjang, dan pengelolaan sarana prasarana, sumber daya manusia, penelitian dan pengembangan serta pelayanan umum lainnya.
- (6) Audit kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf "b" meliputi audit atas kinerja pengelolaan administrasi keuangan dan sistem pengamanan aset rumah sakit.
- (7) Selain bertugas melaksanakan audit kinerja internal rumah sakit, Satuan Pemeriksaan Internal dapat melakukan audit dengan tujuan tertentu atas permintaan Direktur.

Pasal 34

Setiap rapat pengelola rumah sakit selain dihadiri oleh Direktur juga dapat dihadiri pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit atau dari luar lingkungan Rumah Sakit apabila diperlukan.

BAB V KOMITE, SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL DAN INSTALASI

Bagian Kesatu Umum

Pasal 35

- (1) Komite 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 di rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien serta komite lainnya yang dibutuhkan oleh rumah sakit.
- (3) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur rumah sakit.
- (4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur rumah sakit.
- (5) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari Walikota.
- (6) Tiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur rumah sakit.
- (7) Setiap komite akan dijabarkan dalam bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya pada Buku Kesatu Peraturan Internal Korporasi.

Bagian Kedua Komite Etik dan Hukum

Pasal 36

- (1) Komite Etik dan Hukum bertugas:
 - a. memberikan pertimbangan dan saran kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan kebijakan medikoetikolegal dalam aspek hukum, etika pelayanan dan etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit;
 - b. membantu Direktur dalam penyelesaian masalah yang terkait dalam aspek hukum, etika pelayanan dan etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit;

- c. membantu Direksi melakukan pembinaan dan pemeliharaan dalam aspek hukum, etika pelayanan dan etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit dalam penyelenggaraan fungsi rumah sakit yang terkait dengan *Corporate By Laws* dan *Medical Staff By Laws* rumah sakit; dan
 - d. merupakan gugus bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di RSUD Siti Aisyah Kota Lubuklinggau apabila diperlukan.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Etik dan Hukum berfungsi:
 - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi medikoetikolegal dalam aspek hukum, etika pelayanan dan etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit baik internal maupun eksternal;
 - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan terkait aspek hukum, etika pelayanan dan etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit bagi petugas;
 - c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan *risk management* terhadap masalah etika dan hukum;
 - (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (2) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
 - (4) Rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberikan berdasarkan penugasan dari Direktur.
 - (5) Pembentukan komite etik dan hukum ditetapkan oleh Direktur dengan masa tugas selama 3 (tiga) tahun.

Bagian Ketiga
Komite Keperawatan

Pasal 37

- (1) Komite keperawatan dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan keperawatan dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Komite keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk dirumah sakit oleh Direktur
- (3) Komite keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf paramedis.
- (4) Komite keperawatan dibentuk oleh Direktur rumah Sakit untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun dengan memperhatikan masukan dari staf paramedis yang bekerja di Rumah Sakit.
- (5) Susunan, fungsi, tugas dan kewajiban serta tanggung jawab dan kewenangan komite keperawatan diatur lebih lanjut dalam tata kelola staf keperawatan.

- (8) Audit dengan tujuan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dilakukan untuk menindaklanjuti hasil audit oleh Dewan Pengawas Rumah Sakit, Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi, instansi pemeriksa eksternal lainnya, dan pendalaman hasil audit sebelumnya, serta menindaklanjuti pengaduan masyarakat.

Pasal 40

Dalam melaksanakan tugas, Satuan Pemeriksaan Internal menyelenggarakan fungsi:

- a. memantau dan mengevaluasi pelaksanaan manajemen risiko di rumah sakit;
- b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
- c. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengawasan internal yang ditugaskan Direktur Rumah Sakit;
- d. memantau pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
- e. memberikan konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.

Pasal 41

Dalam melaksanakan tugas, Satuan Pemeriksaan Internal berwenang:

- a. menyusun, mengubah dan melaksanakan kebijakan pemeriksaan internal;
- b. mendapatkan akses terhadap semua dokumen, sarana dan prasarana, informasi atas obyek audit yang dilaksanakan berkaitan dengan pelaksanaan tugas;
- c. mendapatkan keterangan atau informasi dari semua pihak yang terkait dengan obyek audit yang dilaksanakan;
- d. melakukan verifikasi dan uji kehandalan terhadap informasi yang diperoleh; dan
- e. melibatkan ahli atau auditor lain dalam melaksanakan audit.

Pasal 42

Direktur dapat memberikan tugas, fungsi, dan wewenang selain yang diatur dalam Pasal 39, Pasal 40, dan Pasal 41, sepanjang dimaknai dalam lingkup tugas pemeriksaan internal rumah sakit.

Pasal 43

- (1) Kepala Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Masa jabatan Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

- (3) Susunan organisasi Satuan Pemeriksaan Internal terdiri dari :
 - a. Kepala Satuan Pemeriksaan Internal;
 - b. Kepala Sub Satuan merangkap anggota/auditor; dan
 - c. Anggota/auditor.
- (4) Struktur organisasi dan jumlah keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal disesuaikan kebutuhan rumah sakit.
- (5) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal tidak dapat merangkap dalam jabatan lain di rumah sakit.
- (6) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal pada Rumah Sakit merupakan jabatan fungsional auditor yang dijabat oleh Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 44

- (1) Persyaratan Kepala Satuan Pemeriksaan Internal:
 - a. berpendidikan paling rendah Sarjana (S1);
 - b. lulus sertifikasi pendidikan dan pelatihan profesi auditor internal;
 - c. berpengalaman di bidang manajemen rumah sakit dan/atau pemeriksaan internal paling sedikit 3 tahun;
 - d. dapat bekerja penuh waktu.
- (2) Persyaratan anggota/auditor Satuan Pemeriksaan Internal:
 - a. berpendidikan paling rendah Sarjana (S1).
 - b. lulus sertifikasi pendidikan dan pelatihan profesi auditor internal.
 - c. dapat bekerja penuh waktu.

Pasal 45

- (1) Setiap auditor Satuan Pemeriksaan Internal berkewajiban memelihara dan meningkatkan kompetensinya melalui pendidikan dan pelatihan profesional yang berkelanjutan.
- (2) Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab untuk memfasilitasi peningkatan kompetensi auditor sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Pasal 46

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal wajib menyusun laporan hasil audit dan disampaikan kepada Direktur.
- (2) Laporan hasil audit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat disampaikan kepada Pemilik, Dewan Pengawas Rumah Sakit, Badan Pengawas Rumah Sakit atau instansi yang berwenang atas persetujuan Direktur.

Pasal 47

- (1) Direktur, wajib menindaklanjuti rekomendasi sesuai laporan hasil audit yang disampaikan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal harus memantau pelaksanaan tindak lanjut sesuai rekomendasi oleh unit kerja terkait di rumah sakit.

Bagian Keenam Instalasi

Pasal 48

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan, dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Instalasi mempunyai tugas membantu Direktur dalam penyelenggaraan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (5) Kepala Instalasi bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang yang membidangi.
- (6) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang/bagian dan/atau seksi/subbag terkait.
- (7) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.

Pasal 49

- (1) Jumlah dan jenis Instalasi disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan rumah sakit.
- (2) Perubahan jumlah dan jenis Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 50

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Bidang yang membidangi.

BUKU KEDUA
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
(*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

BAB I
TUJUAN

Pasal 51

- Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) bertujuan:
- a. agar komite medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi; dan
 - b. untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medik. Putusan itu dilandasi semangat bahwa hanya staf medis yang kompeten dan berperilaku profesional sajalah yang boleh melakukan pelayanan medis dirumah sakit.

BAB II
PENGORGANISASIAN STAF MEDIK

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 52

- (1) Staf Medik dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran dilingkungan rumah sakit bertanggung jawab profesi secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional.
- (2) Untuk menjadi Staf Medik harus memenuhi persyaratan:
 - a. mempunyai ijazah dari fakultas kedokteran/kedokteran gigi yang diakui pemerintah;
 - b. mempunyai surat tanda registrasi ;
 - c. mempunyai surat penugasan bagi pegawai negeri sipil;
 - d. memiliki Surat Ijin Praktek di Rumah Sakit;
 - e. telah melalui proses kredensial yang dilakukan oleh komite medik;
 - f. memiliki surat penugasan klinis dari Direktur Rumah Sakit;
 - g. mengikuti program pengenalan tugas/program orientasi bagi staf medik fungsional baru;
 - h. mengikuti ketentuan kepegawaian di rumah sakit.

Bagian Kedua
Kategori Staf Medis

Pasal 53

Staf Medis yang telah bergabung dengan Rumah Sakit dikelompokkan ke dalam kategori :

- a. staf medis organik, yaitu dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau Pegawai Non PNS (BLUD) yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;
- b. staf medis non organik (kontrak), yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai staf medis kontrak/tidak tetap, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;

Bagian Ketiga
Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

Pasal 54

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Bidang Pelayanan Medik , Penunjang Medik dan Keperawatan dan/atau Komite Medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf medis meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi.
- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Medik.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan dilakukan oleh Bidang Pelayanan Medik, Penunjang Medik dan Keperawatan.

Pasal 55

Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap staf medis ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keempat
Kelompok Staf Medik

Pasal 56

- (1) Staf Medik adalah dokter, dokter gigi dan dokter spesialis.
- (2) Setiap Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medik sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (3) Kelompok Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) beranggotakan paling sedikit 2 (dua) orang Staf Medis.
- (4) Dalam hal tidak terdapat Staf Medik dengan profesi dan keahlian yang sama, dapat dilakukan penggabungan staf medik dengan profesi dan keahlian yang berbeda dalam satu Kelompok Staf Medik.
- (5) Kelompok Staf Medik terdiri dari:

- a. KSM Penyakit Dalam
- b. KSM Anak
- c. KSM Obstetri dan Ginekologi
- d. KSM Bedah
- e. KSM Penunjang
- f. KSM Dokter Umum
- g. KSM Dokter Gigi

Pasal 57

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh Ketua KSM.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua KSM dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan mempertimbangkan masukan atau usulan dari anggota Kelompok Staf Medis.
- (3) Ketua KSM bertanggung jawab kepada Direktur melalui Bidang Pelayanan Medik, Penunjang Medik dan Keperawatan.
- (4) Tugas Ketua KSM adalah mengkoordinasikan semua kegiatan anggota kelompok staf medik, menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja anggota kelompok staf medik.

Bagian Kelima Kewajiban dan Kewenangan

Pasal 58

Kelompok Staf Medik mempunyai kewajiban:

- a. menyusun Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medik bidang keilmuan yang terdiri dari Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional di bawah koordinasi Komite Medik;
- b. menyusun pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, tugas jaga, rawat intensif, tugas di kamar operasi, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinis, presentasi kasus (kasus kematian, kasus langka, kasus sulit, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi dan lain-lain di bawah koordinasi Direktur Pelayanan;
- c. menyusun indikator kinerja mutu klinis/mutu pelayanan medik yang meliputi indikator output atau outcome;
- d. memberikan masukan dan pertimbangan dalam pengembangan program pelayanan.

Pasal 59

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Kelompok Staf Medik berwenang untuk:

- a. memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota Staf Medik baru dan penempatan ulang anggota Staf Medik kepada Direktur setelah anggota Staf Medik tersebut melalui proses kredensial/rekredensial oleh Komite Medik;

- b. melakukan evaluasi kinerja anggota Staf Medik di dalam kelompoknya;
- c. melakukan evaluasi dan mengusulkan revisi terhadap Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan Medik.

Bagian Keenam
Mitra Bestari

Pasal 60

- (1) Mitra Bestari merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis;
- (2) Staf medis dalam mitra bestari pada ayat (1) tidak terbatas dari staf medis yang ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit yaitu perhimpunan dokter spesialis atau kolegium.
- (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 penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit berdasarkan permohonan Komite Medik.

Bagian Ketujuh
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Pasal 61

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit.
- (2) Syarat Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang diusulkan oleh Komite Medik dan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 62

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan terdiri dari Dokter Penanggung Jawab pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat saat itu.
- (3) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (4) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.

Pasal 63

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan bertugas:
 - a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa penyakit dan pemberian terapi dan melakukan evaluasi keberhasilan terapi;
 - b. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada tim pelayanan;
- (3) Melakukan presentasi kasus medis dihadapan Komite Medis apabila diperlukan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ditetapkan melalui Keputusan Direktur.

BAB III KEWENANGAN KLINIS

Pasal 64

- (1) Kewenangan Klinis adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan Medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Kewenangan Klinis seorang staf medis ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik.
- (3) Penetapan kewenangan klinis oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan melalui penerbitan penugasan klinis.
- (4) Tanpa penugasan klinis maka seorang dokter / dokter gigi 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;
 - c. standar kompetensi dari kolegium
 - d. kesehatan fisik, kesehatan mental dan perilaku staf medis.

Pasal 65

Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinis setelah memperhatikan rekomendasi dari komite medik, terkait dengan:

- a. penentuan kewenangan klinis didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang diakui oleh masing - masing organisasi profesi;

- b. berdasarkan hasil kredensial subkomite kredensial di rumah sakit;
- c. dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinis maka komite medik dapat meminta informasi atau pendapat dari mitra bestari.

Pasal 66

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa ijazah/sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Sesuai dengan yang dimaksud pada ayat (1) maka Direktur akan meminta Komite Medik untuk melakukan rekredensial.
- (3) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan, dituangkan pada penugasan klinis dalam bentuk Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.
- (5) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditandatangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.
- (6) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat menerbitkan Surat Penugasan Klinis Sementara untuk Dokter konsultan/ Dokter tamu yang diperlukan sementara oleh rumah sakit.
- (7) Direktur dapat memperluas, mempersempit, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri Penugasan Klinis seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.
- (8) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Pasal 67

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 IV PENUGASAN KLINIS

Pasal 68

- (1) Setelah melalui proses Kredensial, Direktur menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis.
- (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, *Clinical Pathway* dan prosedur operasional/ manajerial/ administrasi yang berlaku di Rumah Sakit;
 - e. Mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri;
 - f. Memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di rumah sakit.
- (5) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (6) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dapat berakhir sebelum jangka waktu 3 (tiga) tahun dalam hal:
 - a. Ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku; atau

- b. Kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan Medis secara menetap; atau
 - c. Staf Medis telah berusia lebih dari 60. Namun yang bersangkutan masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan/ pertimbangan Direktur; atau
 - d. Staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis atau kontrak; atau
 - e. Staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelalaian, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik; atau
 - f. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
 - g. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan Rumah Sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
- (7) 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 V KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu Umum

Pasal 69

- (1) Komite Medik adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Tugas Komite Medik adalah meningkatkan profesionalisme staf medis dengan:
- (3) Melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis;
- (4) Memelihara mutu profesi staf medis dalam pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat;
- (5) Menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis.
- (6) Komite Medik dipimpin oleh seorang ketua dan disebut sebagai Ketua Komite Medik dengan susunan perangkat organisasinya sebagai berikut:
 - a. Ketua
 - b. Sekretaris
 - c. Anggota terdiri dari:
 - 1. Sub Komite Kredensial
 - 2. Sub Komite Mutu Profesi Medis
 - 3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

- (7) Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh Personalia Komite Medik oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (8) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana ayat (2) di atas Komite Medik menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur.

Bagian Kedua
Rapat

Pasal 70

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

Pasal 71

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial dan rekredensial bagi seluruh staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

- (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
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 72

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

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

Pasal 73

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *Ad-hoc* dari Mitra Bestari yang ditetapkan oleh Direktur.

BAB VI PENGORGANISASIAN SUB KOMITE

Pasal 74

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.

Pasal 75

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

Pasal 76

Susunan organisasi sub komite terdiri dari :

- a. ketua;
- b. sekretaris;
- c. anggota.

Bagian Kesatu Sub Komite Kredensial

Pasal 77

- (1) Subkomite Kredensial di rumah sakit terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit.
- (2) Pengorganisasian Subkomite Kredensial paling sedikit terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 78

Tugas dan wewenang sub komite kredensial adalah:

- a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis;
- b. melakukan pemeriksaan dan pengkajian :
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
- c. mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
- d. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
- e. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik;
- f. memberikan rekomendasi kepada Komite Medik untuk melibatkan mitra bestari dalam hal melakukan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku dan etika profesi terhadap staf medis dan calon staf medis.

Pasal 79

Proses kredensial yang dilakukan oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:

- a. kompetensi:
 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh pemerintah dan lembaga yang berwenang;
 2. kognitif atau keilmuan;
 3. afektif atau attitude;
 4. psikomotor atau keterampilan.
- b. Kompetensi fisik;
- c. Kompetensi mental/perilaku;
- d. Perilaku etis.

Pasal 80

- (1) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (2) Proses kredensial dapat dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan permintaan dari Komite Medik melalui rekomendasi dari subkomite kredensial.
- (3) Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
- (4) Kewenangan klinis sesuai ayat (3) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

Pasal 81

- (1) Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
 - a. 2 (dua) bulan sebelum habis masa berlaku surat penugasan klinis yang dimiliki oleh staf medis;
 - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
 - d. staf medis yang bersangkutan telah menyelesaikan pendidikan profesi lanjutan.
- (2) Dalam proses rekredensial subkomite kredensial dapat memberikan rekomendasi:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (3) Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

Bagian Kedua
Subkomite Mutu Profesi

Pasal 82

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

Pasal 83

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, maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus;
- b. melakukan audit medis;
- c. memfasilitasi proses pendampingan bagi tenaga medis yang membutuhkan;

Pasal 84

- (1) Audit medis yang dilakukan oleh sub komite mutu profesi adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari yang terdiri dari kegiatan, dan terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
- (2) Hasil dari Audit medis sebagaimana 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 sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis;
 - d. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

Pasal 85

- (1) Subkomite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis.

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

Pasal 86

- (1) Pelaksanaan pendampingan dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi staf medis yang dijatuhi sanksi disiplin, pembatasan kewenangan klinis, penambahan kewenangan klinis dan/atau permohonan pendampingan dari staf medis yang bersangkutan dalam rangka peningkatan kewenangan klinis.
- (2) Komite medik berkoordinasi dengan Kabid Pelayanan Medik, Penunjang Medik dan Keperawatan rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan tersebut.
- (3) Staf medis yang akan memberikan pendampingan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (4) Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin / mendapatkan pengurangan kewenangan klinis.
- (5) Semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan difasilitasi dan dikoordinasikan bersama direktur terkait.

Bagian Ketiga Subkomite Etika Dan Disiplin Profesi

Pasal 87

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis di Rumah Sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

- (2) Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi sekurang kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 88

Tugas subkomite etika dan disiplin profesi :

- a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit;
- c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.

Pasal 89

Tolak 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;
- d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
- e. kode etik kedokteran Indonesia;
- f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
- g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- h. pedoman pelayanan medik/klinik;
- i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Pasal 90

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi.
- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat 1 terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan Direktur rumah sakit atau Direktur rumah sakit terlapor.
- (3) Panel tersebut dapat juga melibatkan Mitra Bestari yang berasal dari luar rumah sakit.

- (4) Pengikutsertaan Mitra Bestari sebagaimana dimaksud ayat (2) yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

Pasal 91

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.

Pasal 92

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

BAB VII

PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 93

Guna melaksanakan Tata Kelola Klinis di rumah sakit maka setiap Staf Medis berkewajiban untuk :

1. melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis yang diberikan.
2. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang sesuai dengan kebutuhan medis pasien.
3. melakukan konsultasi kepada dokter, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan indikasi medis.
4. merujuk pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan lain apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

BAB VIII
AMANDEMEN/ PERUBAHAN

Pasal 94

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit secara berkala sekurang-kurangnya setiap 2 (dua) tahun dievaluasi, ditinjau kembali, disesuaikan dengan perkembangan profesi medis dan kondisi rumah sakit.
- (2) Perubahan dilakukan dengan menambah pasal baru (Addendum) dan/atau merubah pasal yang telah ada (amandemen) dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini.
- (3) Addendum dan/atau Amandemen sebagaimana dimaksud pada ayat (2), merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Rumah Sakit ini.

BAB IX
PENUTUP

Pasal 95

- (1) Peraturan Walikota ini dapat dievaluasi atau ditinjau kembali apabila terdapat hal yang tidak sesuai lagi untuk disesuaikan dengan perkembangan profesi medis dan kondisi Rumah Sakit dan dituangkan dalam perubahan.
- (2) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan secara tertulis dari salah satu pihak yang terkait dengan Peraturan Walikota ini, yaitu Dewan Pengawas, Direksi, Komite dan atau Kelompok Staf Medis Fungsional.
- (3) Usulan perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), paling lambat dalam waktu satu bulan sudah mendapatkan jawaban baik diterima maupun ditolak.

Pasal 96

Dengan ditetapkannya Peraturan Walikota ini, maka

1. Peraturan Walikota Lubuklinggau Nomor 33 Tahun 2014 tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah Kota Lubuklinggau (Berita Daerah Kota Lubuklinggau Nomor 33 Tahun 2014); dan
2. Peraturan Walikota Lubuklinggau Nomor 15 Tahun 2015 tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah Kota Lubuklinggau (Berita Daerah Kota Lubuklinggau Nomor 15 Tahun 2015)

dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 97

Peraturan Walikota ini mulai berlaku sejak tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Lubuklinggau
pada tanggal 27 Februari 2017

WALIKOTA LUBUKLINGGAU



H. S.N. PRANA PUTRA SOHE

Diundangkan di Lubuklinggau
Pada tanggal 27 Februari 2017

Plt. SEKRETARIS DAERAH KOTA LUBUKLINGGAU,



H. A. RAHMAN SANI, M.Si

BERITA DAERAH KOTA LUBUKLINGGAU TAHUN 2017 NOMOR 8