



BUPATI LUWU TIMUR
PROVINSI SULAWESI SELATAN
PERATURAN BUPATI LUWU TIMUR
NOMOR 30 TAHUN 2018

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH I LAGALIGO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI LUWU TIMUR,

- Menimbang : a. bahwa dalam pengelolaan Rumah Sakit diperlukan suatu pedoman aspek hukum dalam pembuatan kebijakan teknis operasional dengan memperhatikan aspek pemerataan, efisiensi, terjangkau dan perlindungan kepada masyarakat;
- b. bahwa diperlukan pedoman yang mengatur hubungan antara pemilik, Direktur Rumah Sakit, Komite-Komite dan Staf Medis di RSUD I Lagaligo;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah I Lagaligo;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Luwu Timur dan Kabupaten Mamuju Utara di Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 27, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4270);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
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 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktek dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 671);
 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1221);
 12. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 95/PMK.05/2016 tentang Dewan Pengawas Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 913);
 13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
 14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL
(*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH I
LAGALIGO.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Luwu Timur.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Luwu Timur.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Luwu Timur.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Luwu Timur.
7. Pejabat Pengelola adalah pimpinan yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional yang terdiri atas pemimpin, pejabat keuangan, dan pejabat teknis yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada RSUD.
8. Pimpinan BLUD adalah Direktur BLUD Rumah Sakit Umum Daerah.
9. Dewan Pengawas BLUD RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
10. Sekertaris Dewan Pengawas adalah orang perorangan yang diangkat oleh Bupati untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas, dan bukan anggota dewan Pengawas.
11. 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 atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melaksanakan kegiatannya didasarkan pada prinsip efesiensi dan produktivitas.
12. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
13. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Dewan Pengawas, Pengelola, Staf Medik dan Staf Keperawatan di rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing.

14. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
15. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*) adalah peraturan penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan mekanisme tata kerja komite keperawatan.
16. Pemilik adalah pemilik Rumah RSUD 1 Lagaligo yaitu Pemerintah Daerah Kabupaten Luwu Timur.
17. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya.
18. Pengelola Rumah Sakit adalah pimpinan rumah sakit yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan dan penyelenggaraan rumah sakit yang terdiri dari Direktur, Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi sesuai dengan bidang tugasnya.
19. Dewan Pengawas adalah Dewan Pengawas Rumah Sakit yang merupakan organ rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan rumah sakit yang bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
20. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
21. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
22. Komite Etik dan Hukum adalah perangkat rumah sakit yang menangani masalah Etik dan Hukum di Rumah Sakit.
23. Komite Penunjang Medik (Komite Tenaga Kesehatan Lainnya) adalah wadah non struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya (nutrisi, apoteker, fisioterapis, penata anastesi, radiografer dan analis kesehatan) melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
24. Komite Peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah perangkat rumah sakit yang menangani Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.
25. Komite PPI adalah perangkat rumah sakit yang menangani pengendalian infeksi di Rumah Sakit.
26. Satuan Pemeriksaan Internal adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (Social Responsibility) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
27. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak seorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.

28. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
29. 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.
30. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis, dan dokter subspesialis yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional, melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan, dan pengabdian masyarakat secara penuh waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku.
31. Staf Keperawatan adalah seluruh perawat yang memiliki kewenangan klinis keperawatan.
32. Staf Kesehatan lainnya adalah Tenaga Kesehatan dalam jabatan fungsional penunjang medik (Tenaga Gizi klinik, apoteker, tenaga kefarmasian, laboran, radiografer, fisioterapis, analis kesehatan laboratorium, rekam medik, sanitarian, Elektromedis, Bidan).
33. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
34. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis, Staf Keperawatan dan Staf Kesehatan lainnya untuk melakukan sekelompok pelayanan medis, pelayanan Keperawatan dan pelayanan penunjang lainnya dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
35. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
36. Tata Kelola Klinis yang Baik (*Good Clinical Governance*) adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, resiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit.
37. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
38. Rekredensial adalah proses revaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
39. Dokter dan dokter gigi adalah dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit.
40. Pegawai Non PNS adalah setiap orang yang telah memenuhi persyaratan yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan digaji berdasarkan ketentuan yang berlaku guna memenuhi kebutuhan ketenagaan rumah sakit yang tidak terpenuhi oleh PNS.
41. Kelompok staf medis adalah sekumpulan staf medis dengan spesialisasi dan/atau keahlian yang sejenis atau hampir sejenis.

42. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang selanjutnya disingkat DPJP adalah Dokter yang bertanggungjawab sepenuhnya atas pengelolaan asuhan medis seorang pasien di RSUD.
43. Dokter Purna Waktu adalah Dokter Umum, Dokter Gigi atau Dokter Spesialis yang memberikan pelayanan medis rawat jalan maupun rawat inap secara purna waktu yakni Senin sampai dengan Sabtu sesuai jam kerja atau jadwal shift/jaga.
44. Dokter Paruh Waktu adalah Dokter Umum, Dokter Gigi atau Dokter Spesialis yang memberikan pelayanan medis rawat jalan atau rawat inap dalam waktu tertentu berdasarkan kesepakatan atau MoU antara Dokter dan Direktur.

BAB II

TUJUAN DAN MANFAAT

Pasal 2

Tujuan ditetapkan Peraturan Bupati ini sebagai pedoman dalam penyelenggaraan kegiatan di RSUD I Lagaligo, baik yang berhubungan dengan kebijakan teknis operasional maupun pengaturan staf medis.

Pasal 3

Manfaat ditetapkan Peraturan Bupati ini sebagai :

- a. acuan pemilik dan/atau dewan pengawas RSUD I Lagaligo dalam melakukan pengawasan;
- b. acuan bagi direktur atau pengelola RSUD I Lagaligo dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional;
- c. acuan dalam menyelenggarakan tata kelola RSUD I Lagaligo dan tata kelola klinis yang baik;
- d. sarana menjamin efektifitas, efisien, mutu dan keselamatan pasien; dan
- e. acuan penyelesaian konflik.

BAB III

IDENTITAS

Bagian Kesatu

Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 4

- (1) Nama Rumah Sakit yakni RSUD I Lagaligo.
- (2) RSUD I Lagaligo berkedudukan di Jalan Sangkuruwira No.1 Kecamatan Wotu Kabupaten Luwu Timur Provinsi Sulawesi Selatan.

Pasal 5

RSUD I Lagaligo yakni Unit Pelaksana Teknis Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Luwu Timur yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Bupati Luwu Timur yang menerapkan PPK-BLUD.

Pasal 6

RSUD I Lagaligo merupakan Rumah Sakit Kelas C yang memberikan pelayanan kesehatan, pelayanan pendidikan, pelatihan dan penelitian serta pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

Bagian Kedua
Visi, Misi, Falsafah, dan Tujuan

Pasal 7

- (1) Visi dan Misi rumah sakit disusun oleh Pengelola RSUD I Lagaligo dan di setujui oleh Bupati.
- (2) Visi RSUD I Lagaligo yakni Menjadi Rumah Sakit rujukan dengan pelayanan Profesional dan Bermutu.
- (3) Misi RSUD I Lagaligo meliputi :
 - a. memberikan pelayanan prima;
 - b. peningkatan kualitas pelayanan dan profesionalisme melalui pengembangan sumber daya manusia yang berkelanjutan; dan
 - c. mengembangkan dan meningkatkan sarana dan prasarana Rumah Sakit yang berkelanjutan.
- (4) Visi dan Misi dilakukan review berkala oleh Pengelola RSUD I Lagaligo setiap 5 (lima) tahun dan/atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (5) Visi dan Misi Rumah Sakit dipublikasikan kemasyarakat luas oleh Bagian Tata Usaha melalui website dan media lainnya.

Pasal 8

Falsafah RSUD I Lagaligo ialah "keselamatan, kesembuhan dan kepuasan adalah komitmen kami".

Pasal 9

Tujuan Rumah RSUD I Lagaligo meliputi :

- a. sinkronisasi antara kebijakan nasional dan daerah;
- b. meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialis dan paramedis disertai dengan peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan;
- c. mengembangkan, menambah dan memelihara sarana dan prasarana peralatan medis (*medical equipment*), utamanya yang berkaitan dengan teknologi tinggi;
- d. meningkatkan pelayanan dengan membuka spesialis/sub spesialis dan melengkapi sarana dan prasarana secara mencukupi;
- e. peningkatan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efisiensi serta melakukan kerjasama dengan pelayanan kesehatan lokal dan nasional;
- f. melakukan efisiensi dan efektifitas pelayanan pada semua unit kerja dan unit pelayanan; dan
- g. melaksanakan akuntabilitas pelayanan secara berkesinambungan, melakukan audit medis, audit keuangan dan gugus kendali mutu.

Bagian Ketiga
Nilai dan Motto

Pasal 10

- (1) Nilai dasar pada RSUD I Lagaligo meliputi:
 - a. jujur;
 - b. tanggung jawab;

- c. ikhlas;
- d. disiplin;
- e. kerjasama;
- f. visioner;
- g. adil; dan
- h. peduli.

(2) Motto RSUD I Lagaligo yakni melayani sepenuh hati.

Bagian Keempat

Kedudukan, Tugas Pokok, dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 11

- (1) RSUD I Lagaligo merupakan unsur pendukung tugas Bupati dibidang pelayanan kesehatan dalam pencapaian tujuan Pemerintah Daerah dengan status hukum yang tidak terpisah dari Pemerintah Daerah.
- (2) RSUD I Lagaligo dipimpin oleh seorang Direktur yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekertaris Daerah.

Pasal 12

RSUD I Lagaligo mempunyai tugas pokok melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 13

Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 RSUD I Lagaligo mempunyai fungsi:

- a. penyelenggara pelayanan medik;
- b. penyelenggara pelayanan penunjang medis dan non medis;
- c. penyelenggara pelayanan dan asuhan keperawatan;
- d. penyelenggara pelayanan rujukan;
- e. penyelenggara pelayanan pendidikan dan peneliti; dan
- f. penyelenggara administrasi umum dan keuangan.

Bagian kelima

Kedudukan Pemerintah Daerah

Pasal 14

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan rumah sakit.
- (2) Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai kewenangan :
 - a. menetapkan peraturan internal rumah sakit (Hospital Bylaws) beserta perubahannya;
 - b. membentuk dan menetapkan Pejabat pengelola BLUD dan Dewan Pengawas;
 - c. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis Rumah Sakit;

- d. menunjuk atau menetapkan pejabat Rumah Sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu pejabat dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
- e. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, minimal setahun sekali;
- f. menetapkan struktur organisasi Rumah Sakit;
- g. menetapkan Regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumber daya manusia Rumah Sakit;
- h. tanggung jawab dan kewenangan memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit;
- i. mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis rumah sakit;
- j. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
- k. menyetujui rencana strategis Rumah Sakit;
- l. mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;
- m. menyetujui penyelenggaraan pendidikan profesional kesehatan dan penelitian serta mengawasi kualitas program;
- n. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
- o. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- p. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan Rumah Sakit;
- q. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
- r. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;

BAB IV DEWAN PENGAWAS Bagian Kesatu Pembentukan

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit kerja non struktural yang bersifat independen, bertanggung jawab kepada Bupati.
- (2) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (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

Bagian Kedua Fungsi, Tugas dan Wewenang

Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* RSUD dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitan secara internal di Rumah Sakit.
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 17

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16, Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut :
 - a. memantau perkembangan kegiatan rumah sakit dan memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan rumah sakit;
 - b. memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola rumah sakit dalam melaksanakan pengelolaan rumah sakit; dan
 - c. memberikan masukan, saran atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja BLUD kepada Pejabat Pengelola.
- (2) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Bupati paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester atau sewaktu-waktu atas permintaan Bupati.

Pasal 18

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (1) Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut :

- a. meminta penjelasan dari pengelola dan/atau pejabat lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengelolaan Rumah Sakit;
- b. melihat dan memeriksa dokumen rumah sakit dengan sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengelolaan Rumah Sakit; dan
- c. meminta Pengelola dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas.

Bagian Ketiga

Keanggotaan

Pasal 19

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas sebanyak 3 (tiga) orang, terdiri dari 1 (satu) orang Ketua merangkap anggota dan 2 (dua) orang anggota.
- (2) Keanggotaan Dewan pengawas dapat terdiri dari unsur:
 - a. unsur pejabat pemerintah daerah;
 - b. unsur pejabat pengelola keuangan daerah;
 - c. tenaga ahli/tokoh masyarakat yang sesuai dengan kegiatan RSUD;
 - d. asosiasi perumahsakit; dan
 - e. organisasi profesi.

Bagian Keempat

Persyaratan Keanggotaan

Pasal 20

Persyaratan menjadi Dewan Pengawas meliputi:

- a. warga indonesia;
- b. memiliki dedikasi, memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan RSUD dan serta 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 dan sudah mempunyai kekuatan hukum tetap karna menyebabkan suatu badan usaha pailit atau tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
- d. mempunyai kompetensi dalam bidang perumahaan, manajemen keuangan, sumber daya manusia, dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Bagian Kelima
Pengangkatan dan Pemberhentian
Paragraf 1
Pengangkatan

Pasal 21

- (1) Anggota Dewan Pengawas diangkat oleh Bupati.
- (2) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan anggota pejabat pengelola BLUD.
- (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.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pengangkatan Anggota Dewan Pengawas ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Paragraf 2
Pemberhentian

Pasal 22

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya apabila yang bersangkutan :
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan dan/atau ketentuan Peraturan Internal (*Hospital By laws*) rumah sakit;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas BLUD; atau
 - e. berhalangan tetap.
- (2) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan karena :
 - a. kedudukan sebagai pejabat daerah telah berakhir; dan/atau
 - b. reorganisasi.
- (3) Anggota Dewan Pengawas berhenti karna :
 - a. masa jabatannya berakhir;
 - b. permintaan sendiri; dan/atau
 - c. meninggal dunia.
- (4) Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dapat dilakukan penggantian dengan tetap memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18.
- (5) Masa jabatan Anggota Dewan Pengawas pengganti ditetapkan selama sisa masa jabatan Anggota Dewan Pengawas yang diganti.

- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberhentian Anggota Dewan Pengawas ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Bagian Kelima

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 23

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Anggota Dewan Pengawas, Bupati dapat mengangkat dan memberhentikan Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas :
 - a. mempersiapkan jadwal pertemuan;
 - b. bertanggung jawab terhadap pengelolaan administrasi kegiatan Anggota Dewan Pengawas;
 - c. mengatur dan menyiapkan rapat Anggota Dewan Pengawas;
 - d. membuat notulen;
 - e. menyebarkan risalah rapat; dan
 - f. menyiapkan bahan laporan kegiatan Anggota Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan Anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pengangkatan dan pemberhentian Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Pasal 24

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

Bagian Keenam

Rapat

Pasal 25

- (1) Rapat Dewan Pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasihat kepada Pengelola BLUD.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari :
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat tahunan; dan
 - c. rapat khusus.

Pasal 26

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 huruf a, merupakan 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 RSUD dan komite-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 dan Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, pejabat, komite-komite dan pihak lain yang dianggap perlu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 27

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 huruf b, merupakan 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 RSUD, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit kepada Bupati.

Pasal 28

- (1) Rapat Khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 huruf c, merupakan 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 terdapat :
 - a. permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. permintaan yang ditandatangani oleh 3 (tiga) orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 29

Setiap rapat dinyatakan sah, bila undangan telah disampaikan sesuai prosedur, kecuali seluruh Anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak atas undangan tersebut.

Pasal 30

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

Pasal 31

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam 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 32

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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 suatu tempat, hari dan jam yang sama minggu berikutnya.
- (4) Bila Kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 33

- (1) Penyusunan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu maksimal 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 34

- (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.
- (5) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Anggaran BLUD RSUD I Lagaligo dalam Rencana Bisnis dan Anggaran

BAB V

PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Pejabat Pengelola

Pasal 35

Pejabat pengelola yakni pemimpin Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit sebagai BLUD yang terdiri dari :

- a. pemimpin;
- b. pejabat keuangan; dan

c. pejabat teknis.

Pasal 36

Pimpinan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 huruf a, yakni Direktur yang bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekertaris Daerah terhadap operasional dan keuangan RSUD secara umum dan keseluruhan.

Pasal 37

Pejabat Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 huruf b, yakni Kepala Bagian Tata Usaha yang bertanggungjawab kepada Direktur menyangkut pengelolaan perbendaharaan dan akuntansi keuangan RSUD.

Pasal 38

Pejabat Teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 huruf c, yakni Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, Kepala Bidang Pengembangan Sumber Daya Manusia dan Rekam Medik, serta Kepala Bidang Pengawasan dan Pemeliharaan Sarana dan Prasana, yang bertanggung jawab kepada Direktur atas kegiatan pelayanan medik, keperawatan, penunjang medik, kepegawaian, umum dan keuangan dan penyusunan perencanaan Rumah Sakit.

Pasal 39

- (1) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Pengangkatan dan penempatan pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (3) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh pejabat pengelola, berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
- (4) Kebutuhan praktek bisnis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Bagian Kedua

Tugas, Fungsi dan Wewenang

Pasal 40

- (1) Direktur mempunyai tugas pokok memimpin dan mengelola pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit sesuai dengan visi, misi dan tujuan rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur menyelenggarakan fungsi menyusun kebijakan operasional, perencanaan, pengorganisasian, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan di bidang pelayanan medik dan keperawatan, umum dan keuangan, serta sumber daya manusia dan pendidikan.
- (3) Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya Direktur mempunyai wewenang dan tanggung jawab:
 - a. mengetahui dan memahami semua peraturan perundangan terkait dengan Rumah Sakit;

- b. menjalankan operasional Rumah Sakit dengan berpedoman pada peraturan perundangan;
 - c. menjamin kepatuhan Rumah Sakit terhadap peraturan perundangan;
 - d. menetapkan regulasi Rumah Sakit;
 - e. menjamin kepatuhan staf Rumah Sakit dalam implementasi semua regulasi RS yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
 - f. menindaklanjuti terhadap semua laporan dari hasil pemeriksaan dari badan audit eksternal;
 - g. menetapkan proses untuk mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai peraturan perundangan;
 - h. menyusun dan menetapkan kebijakan operasional rumah sakit meliputi bidang pelayanan medik dan keperawatan, umum dan keuangan, serta sumber daya manusia dan pendidikan;
 - i. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh pemilik rumah sakit;
 - j. menyusun rencana strategis dan rencana bisnis anggaran rumah sakit;
 - k. menyusun dan menetapkan organisasi dan tata laksana setiap satuan unit kerja dilingkungan rumah sakit lengkap dengan susunan jabatan, rincian tugas dan tata hubungan kerja;
 - l. mewakili rumah sakit, baik di dalam maupun di luar pengadilan;
 - m. mengelola seluruh kekayaan rumah sakit, berupa sarana prasarana dan peralatan serta sumber daya lainnya;
 - n. menyetujui pendidikan sumber daya manusia dan penelitian;
 - o. melakukan pengawasan terhadap mutu program;
 - p. bertanggung jawab terhadap pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku;
 - q. menetapkan laporan berkala dan tahunan tentang kinerja rumah sakit;
 - r. secara teratur menerima laporan pelaksanaan PMKP dan menindak lanjutinya;
 - s. dalam hal Direktur RSUD I Lagaligo karena satu dan lain hal tidak berada di tempat maka ia dapat menunjuk Kepala Bagian Tata Usaha untuk memimpin operasional RSUD dan mengambil keputusan/kebijakan yang bersifat darurat dengan persetujuan Bupati.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur dibantu oleh Kepala Bagian Tata Usaha, Para Kepala Bidang, Para Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.

Pasal 41

- (1) Direktur mempunyai tugas pokok untuk memimpin penyelenggaraan tugas Rumah Sakit dalam melaksanakan upaya kesehatan paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi di bidang kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur mempunyai fungsi :
 - a. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat lanjut;

- b. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan SDM dalam pemberian pelayanan kesehatan;
 - c. pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan; dan
 - d. pelaksanaan administrasi rumah sakit.
- (3) Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya Direktur mempunyai wewenang dan tanggung jawab:
- a. memimpin, mengelola, dan mengoordinasikan serta mengendalikan pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. mengesahkan laporan keuangan dan laporan akuntabilitas kinerja rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - c. mengelola seluruh kekayaan rumah sakit, berupa sarana prasarana dan peralatan serta sumber daya lainnya;
 - d. membentuk dan menetapkan tim/panitia teknis untuk melaksanakan tugas-tugas tertentu;
 - e. menetapkan dan mencabut kewenangan klinis (*clinical privilege*) melalui penugasan klinis (*clinical appointment*) bagi setiap staf medis; dan
 - f. mewakili dan bertindak untuk dan atas nama rumah sakit dalam melakukan perbuatan hukum.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur dibantu oleh Kepala Bagian Tata Usaha, Para Kepala Bidang, Para Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.

Pasal 42

Direktur dalam menjalankan tugasnya bertindak untuk dan atas nama rumah sakit.

Bagian Ketiga

Rapat

Pasal 43

- (1) Rapat Pengelola merupakan rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan jajaran manajemen untuk membahas hal yang dianggap penting dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Rapat Pengelola terdiri dari :
 - a. rapat rutin; dan
 - b. rapat khusus.
- (3) Keputusan Rapat Pengelola 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 Kepala Bagian Tata Usaha.

Pasal 44

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (2) huruf a, diselenggarakan 1 (satu) minggu sekali.
- (2) rapat sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dibicarakan hal yang berhubungan dengan tugas, kewenangan dan kewajibannya.

Pasal 45

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (2) huruf b, diselenggarakan dalam hal yang bersifat khusus dan/atau hal yang memerlukan koordinasi dan tindak lanjut segera.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan apabila terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan.

BAB VI

KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 46

- (1) Komite merupakan 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, 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 Bupati.
- (6) Tiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (7) Setiap komite akan dijabarkan dalam bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya pada Buku Kesatu Peraturan Internal Korporasi.
- (8) Pengaturan mengenai Komite Medik akan diatur secara khusus dalam bab tersendiri pada Buku Kedua Peraturan Internal Staf Medis.

Bagian Kedua
Komite Etik dan Hukum

Pasal 47

- (1) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (Lima) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila yang bersangkutan:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; dan
 - d. dipidana penjara karena melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
- (5) Tugas Komite Etik dan Hukum meliputi:
 - a. memberikan pertimbangan dan saran kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan kebijakan dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi;
 - b. membantu Direktur dalam penyelesaian masalah yang terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi;
 - c. membantu Direktur melakukan pembinaan dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi dalam penyelenggaraan fungsi rumah sakit yang terkait dengan *hospital By laws*; dan
 - d. menyiapkan gugus bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum.
- (6) Komite Etik dan Hukum dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berfungsi:
 - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi baik internal maupun eksternal;
 - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan tentang aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi bagi petugas; dan
 - c. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi terhadap masalah etika dan hukum.
- (7) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
- (8) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Ketiga
Komite Keperawatan

Pasal 48

- (1) Ketua dan Anggota Komite Keperawatan diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (Lima) tahun;
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur;
- (3) Ketua dan Anggota Komite Keperawatan dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila yang bersangkutan :
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; dan
 - d. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
- (5) Tugas pokok dan fungsi Komite Keperawatan meliputi :
 - a. menyusun dan menetapkan Standar Asuhan Keperawatan di rumah sakit;
 - b. memantau pelaksanaan Asuhan Keperawatan;
 - c. menyusun model Praktek Keperawatan Profesional;
 - d. memantau dan membina perilaku etik dan profesional tenaga keperawatan;
 - e. meningkatkan mutu asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan seiring kemajuan IPTEK yang terintegrasi dengan perilaku yang baik;
 - f. bekerja sama dengan Direktur/Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan dalam merencanakan program untuk mengatur kewenangan profesi tenaga keperawatan dalam melakukan Asuhan Keperawatan sejalan dengan rencana strategis rumah sakit;
 - g. memberi rekomendasi dalam rangka pemberian kewenangan profesi bagi tenaga keperawatan yang akan melakukan tindakan asuhan keperawatan; dan
 - h. mengoordinir kegiatan tenaga keperawatan, menyampaikan laporan kegiatan Komite Keperawatan secara berkala (setahun sekali) kepada Direktur dan menyampaikan kepada seluruh tenaga keperawatan di rumah sakit.
- (6) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Komite Keperawatan dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain;
- (7) Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
- (8) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Keempat

Komite Penunjang Medik (Komite Tenaga Kesehatan Lainnya)

Pasal 49

- (1) Ketua dan Anggota Komite Penunjang Medik (Komite Tenaga Kesehatan Lainnya) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (Lima) tahun;
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Penunjang Medik (Komite Tenaga Kesehatan Lainnya) bertanggung jawab langsung kepada Direktur;
- (3) Ketua dan Anggota Komite Penunjang Medik (Komite Tenaga Kesehatan Lainnya) dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila yang bersangkutan :
 - d. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - e. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; dan
 - g. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (9) Pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
- (10) Tugas pokok dan fungsi Komite Penunjang Medik (Komite Tenaga Kesehatan Lainnya) meliputi :
 - a. memantau dan membina perilaku etik dan profesional tenaga Kesehatan Lainnya;
 - b. meningkatkan mutu Tenaga Kesehatan Lainnya melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan seiring kemajuan IPTEK yang terintegrasi dengan perilaku yang baik;
 - c. bekerja sama dengan Direktur/Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan dalam merencanakan program untuk mengatur kewenangan profesi tenaga Kesehatan Lainnya dalam melakukan dalam pelaksanaan tugas sejalan dengan rencana strategis rumah sakit;
 - d. memberi rekomendasi dalam rangka pemberian kewenangan profesi bagi tenaga kesehatan lainnya yang akan melakukan tugas; dan
 - e. mengkoordinir kegiatan tenaga kesehatan lainnya, menyampaikan laporan kegiatan Komite tenaga kesehatan lainnya secara berkala (setahun sekali) kepada direktur dan menyampaikan ke seluruh tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit.
- (11) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Komite Penunjang Medik (Komite Tenaga Kesehatan Lainnya) dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain;
- (12) Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
- (13) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Kelima

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien (Komite PMKP)

Pasal 50

1. Ketua dan Anggota Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (Lima) tahun;
2. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien bertanggung jawab langsung kepada Direktur;
3. Ketua dan Anggota Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila yang bersangkutan :
 - f. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - g. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - h. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; dan
 - i. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit.
4. Pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
5. Tugas pokok dan fungsi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien meliputi :
 - a. Menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan Program PMKP
 - b. Memimpin, mengkoordinir, dan mengevaluasi pelaksanaan operasional PMKP secara efektif, efisien, dan bermutu
 - c. Mengumpulkan data indikator baik dari Koordinator Peningkatan Mutu maupun dari Koordinator Keselamatan Pasien RS dan unit kerja terkait
 - d. Menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator mutu klinis RS maupun indikator mutu manajerial RS serta indikator keselamatan pasien
 - e. Mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh Direktur dengan fokus utama pada penggunaan PPK, clinical pathway dan indikator mutu kunci
 - f. Melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi
 - g. Melakukan validasi data PMKP secara internal dan dilakukan secara periodik
 - h. Menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara reguler melalui rapat staf
 - i. Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program PMKP
6. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Komite PMKP dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain;
7. Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
8. Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berdasarkan penugasan dari Direktur.

Pasal 51

- (1) Ketua dan Anggota Komite Pengendalian Penyakit Infeksi (PPI) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (Lima) tahun;
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Pengendalian Penyakit Infeksi (PPI) Pasien bertanggung jawab langsung kepada Direktur;
- (3) Ketua dan Anggota Komite Pengendalian Penyakit Infeksi (PPI) dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila yang bersangkutan :
 - j. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - k. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - l. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; dan
 - m. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
- (5) Tugas pokok dan fungsi Komite Pengendalian Penyakit Infeksi (PPI) meliputi :
 - a. Membantu Direktur dalam hal pengendalian infeksi nosokomial di Rumah Sakit
 - b. Membuat kebijakan bersama-sama dengan Direktur untuk pengembangan PPI
 - c. Membuat SPO PPI
 - d. Mengevaluasi kebijakan-kebijakan yang berlaku di RSUD I Lagaligo Terkait Pengendalian infeksi
 - e. Menyusun pedoman Pengendalian Infeksi Nosokomial di RSUD I Lagaligo
- (6) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Komite PPI dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain;
- (7) Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
- (8) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Ke Tujuh

Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 52

- (1) Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (Lima) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pemeriksaan Internal bertanggungjawab langsung kepada Direktur.
- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksa Internal harus memenuhi persyaratan :
 - a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. tidak pernah mendapat hukuman disiplin dari atasan atau pejabat berwenang;

- c. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggara Rumah Sakit; dan
 - d. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila :
- a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap;
 - e. mempunyai benturan kepentingan dengan rumah sakit;
 - f. terkena tindakan disiplin berat dari atasan atau pejabat berwenang; atau
 - g. adanya kebijakan dari Bupati atau Direktur.

Pasal 53

- (1) Tugas pokok Satuan Pemeriksaan Internal yakni melaksanakan pemeriksaan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan di Rumah Sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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 sistem pengendalian internal pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. memastikan penyelenggaraan tata kelola yang baik; dan
 - f. melakukan hubungan dengan Eksternal Auditor.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur.

BAB VII

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

Bagian Kesatu

Maksud dan Tujuan

Pasal 54

Peraturan internal staf medis (*medical staff by laws*) dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu pelayanan medis berbasis keselamatan pasien.

Pasal 55

Peraturan internal staf medis (*medical staff by laws*) mempunyai tujuan meliputi:

- a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (*patient safety*);
- b. memberikan landasan hukum bagi komite medik guna melaksanakan tugas dan fungsinya dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- c. memberikan landasan hukum bagi Staf Medis agar dapat memberikan pelayanan secara professional;
- d. memberikan landasan hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medik; dan
- e. mengontrol serta menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan pemerintah dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 56

- (1) Staf Medis yakni 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.
- (2) Staf medis dalam melaksanakan keprofesiannya wajib mengikuti tata kelola klinis (*Clinical Governance*) di tingkat KSMF dan tingkat Rumah Sakit.
- (3) Staf medis bertanggung jawab kepada bidang pelayanan medik dan keperawatan melalui ketua KSMF.

Bagian Kedua

Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

Pasal 57

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi bidang pelayanan 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 dan keperawatan.

Pasal 58

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

Bagian Ketiga

Kelompok Staf Medis

Pasal 59

- (1) Kelompok staf medis merupakan kelompok dokter yang berkerja 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) Kelompok staf medis dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.

- (3) KSMF terdiri dari KSMF Bedah, KSMF Non Bedah, KSMF Umum, dan KSMF Gigi.
- (4) Setiap kelompok staf medis setiap tahun memilih 5 (lima) panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*) atau protokol yang diseleksi untuk dilakukan evaluasi memenuhi kriteria :
 - a. sesuai dengan populasi pasien yang ada pada misi RSUD;
 - b. disesuaikan dengan teknologi, obat, lain sumber daya di RSUD atau norma professional yang berlaku secara Nasional;
 - c. dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwewenang;
 - d. disetujui resmi atau digunakan oleh RSUD;
 - e. dilaksanakan dan diukur terhadap efektivitasnya;
 - f. dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau alur klinis; dan
 - g. secara berkala diperbaharui berdasar bukti dan evaluasi dari proses dan hasil proses.
- (5) Setiap kelompok staf medis setiap tahun di harapkan mencapai hal-hal sebagai berikut :
 - a. menetapkan secara bersama paling sedikit setiap tahun 5 (lima) panduan praktik klinis untuk diimplementasikan di unit pelayanan dengan memilih proses yang diimplementasikan; dan
 - b. menetapkan panduan pemilihan dan penyusunan panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau standing order sebagai panduan asuhan klinis dengan mengacu pada ayat (4) huruf a sampai dengan huruf g.
- (6) Komite medis bersama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/DPJP terhadap panduan praktik klinis. Monitoring dapat dilakukan dengan melakukan evaluasi ketepatan penggunaan obat, pemeriksaan penunjang medik, dan *length of stay* walau harus diakui bahwa perpanjangan *length of stay* banyak factor yang terkait dan tidak murni mengukur kepatuhan DPJP.

Pasal 60

- (1) Kelompok staf medis dipimpin oleh ketua kelompok staf medis.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian ketua kelompok staf medis dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan mempertimbangkan masukan atau usulan dari anggota kelompok staf medis.
- (3) Ketua kelompok staf medis bertanggung jawab kepada Direktur melalui bidang pelayanan medik dan keperawatan.

Bagian Keempat

Mitra Bestari

Pasal 61

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak terbatas dari staf medis yang ada di RSUD, tetapi juga dapat berasal dari luar RSUD.
- (3) Direktur dapat membentuk panitia *ad hoc* yang terdiri dari mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk menjalankan fungsi

- (2) Staf medis dalam mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak terbatas dari staf medis yang ada di RSUD, tetapi juga dapat berasal dari luar RSUD.
- (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 RSUD berdasarkan permohonan Komite Medik.

Bagian Kelima

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Pasal 62

- (1) DPJP merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di RSUD.
- (2) DPJP yakni dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang di usulkan oleh kelompok staf medis yang ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan staf medis yang dapat menjadi DPJP ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 63

- (1) DPJP terdiri dari :
 - a. DPJP pelayanan gawat darurat;
 - b. DPJP pelayanan rawat jalan; dan
 - c. DPJP pelayanan rawat inap.
- (4) DPJP pelayanan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan staf medis yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat.
- (5) DPJP pelayanan rawat jalan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (6) DPJP pelayanan rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan DPJP ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

BAB VIII

KEWENANGAN KLINIS (*Clinical Privilege*)

Pasal 64

- (1) Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) merupakan 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 ayat (2) diberikan melalui penerbitan penugasan klinis (*clinical appointment*).

- (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 65

Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis di RSUD diberikan kewenangan klinis (*Clinical privilege*) setelah memperhatikan rekomendasi dari komite medik, terkait dengan:

- a. penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang diakui oleh masing-masing organisasi profesi;
- b. hasil kredensial sub komite kredensial di RSUD; dan
- c. kesulitan menentukan kewenangan klinik sehingga komite medik dapat meminta informasi atau pendapat dari mitra bestari.

Pasal 66

- (1) Dalam hal kewenangan klinisnya diperluas, staf medis 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) Kewenangan klinis diperluas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur meminta Komite Medik untuk melakukan rekredensial.
- (3) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (4) Mengabulkan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.
- (5) Menolak sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.
- (6) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*) untuk Dokter konsultan/Dokter tamu yang diperlukan sementara oleh RSUD.
- (7) Direktur dapat memperluas, mempersempit, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.
- (8) membekukan atau mengakhiri penugasan klinis (*clinical appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (7) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di RSUD.

Pasal 67

Dalam hal terjadi bencana alam, kegawat daruratan akibat bencana massal, kerusuhan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis RSUD dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan diluar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

penyelamatan diluar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

BAB IX
PENUGASAN KLINIS
(CLINICAL APPOINTMENT)

Pasal 68

- (1) Setelah melalui proses Kredensial Direktur menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh kewenangan klinis yang dimiliki oleh seorang staf medis.
- (2) 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 dan Surat Tanda Registrasi yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran/Kedokteran Gigi Indonesia.
- (4) Surat Penugasan Klinis seorang staf medis hanya dapat ditetapkan bila yang bersangkutan memenuhi 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 sebagaimana ditetapkan oleh Direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas RSUD;
 - c. mencatat seluruh pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di RSUD diisi dengan lengkap, benar dan tuntas dalam jangka waktu sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - d. memperhatikan segala permintaan RSUD yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis di RSUD dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinik, *Clinical Pathway* dan prosedur operasional/manajerial/administrasi yang berlaku di RSUD;
 - e. mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri; dan
 - f. memperhatikan syarat umum praktik klinis yang berlaku di RSUD.
- (5) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 3 (tiga) tahun.

Pasal 69

- (1) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 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;
 - b. kondisi fisik atau mental staf medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan medis secara menetap;
 - c. staf medis telah berusia 60 (enam puluh) tahun atau dokter pendidik klinis telah berusia 65 (enam puluh lima) tahun, namun yang bersangkutan masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan/pertimbangan Direktur;

- d. staf medis tidak memenuhi kriteria dan 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 ketentuan peraturan perundang-undangan; atau
 - g. staf medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan RSUD setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
- (2) Jangka waktu penugasan staf medis akan berakhir sesuai dengan ketetapan dan/atau kontrak kerja yang berlaku.

BAB X

KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 70

- (1) Komite Medik yakni organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Komite Medik mempunyai tugas sebagai berikut :
 - a. melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis dalam pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis.
- (3) Komite Medik dipimpin oleh seorang Ketua Komite Medik dengan susunan perangkat organisasi sebagai berikut:
 - a. Ketua Komite Medik;
 - b. Wakil Ketua Komite Medik;
 - c. Sekretaris Komite Medik; dan
 - d. Anggota terdiri dari:
 - 1. Sub Komite Kredensial;
 - 2. Sub Komite Mutu Profesi Medis; dan
 - 3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi
- (4) Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh Personalia Komite Medik dilakukan oleh Direktur.
- (5) Ketua dan anggota komite medik diberikan insentif sesuai dengan kemampuan keuangan RSUD.
- (6) 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 71

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

Pasal 72

- (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; dan
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (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 73

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 74

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc* dari mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur.

BAB XI

PENGORGANISASIAN SUB KOMITE

Pasal 75

Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh sub komite, yang terdiri dari:

- a. sub komite Kredensial;
- b. sub komite Mutu Profesi; dan
- c. sub komite Etika dan Disiplin Profesi.

Pasal 76

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.

BAB XII

SUB KOMITE KREDENSIAL

Pasal 77

- (1) Sub komite kredensial di RSUD terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di RSUD.
- (2) Pengorganisasian sub komite kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 78

Tugas dan wewenang sub komite kredensial meliputi :

- (1) Sub komite kredensial di RSUD terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di RSUD.
- (2) Pengorganisasian sub komite kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 78

Tugas dan wewenang sub komite kredensial meliputi :

- a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis;
- b. melakukan pemeriksaan dan pengkajian meliputi :
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku; dan
 4. etika profesi.
- c. mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan 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;
- 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 79

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.
- (2) kompetensi fisik;
- (3) kompetensi mental/perilaku;
- (4) perilaku etis (*ethical standing*).

Pasal 80

- (1) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (2) Proses kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan permintaan dari Komite Medik melalui rekomendasi dari sub komite kredensial.
- (3) Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.

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

BAB XIII

SUB KOMITE MUTU PROFESI

Pasal 82

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

Pasal 83

Tugas dan wewenang sub komite mutu profesi meliputi :

- a. berperan menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*);
- b. melakukan audit medis;
- c. mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan bagi tenaga medis;
- d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan bagi tenaga medis di RSUD; dan
- e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan.

Pasal 84

- (1) Audit medis yang dilakukan oleh sub komite mutu profesi merupakan kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di RSUD.
- (2) Hasil Audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai :
 - a. sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di RSUD;
 - b. dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;

- c. mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan bagi tenaga medis;
- d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan bagi tenaga medis di RSUD; dan
- e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan.

Pasal 84

- (1) Audit medis yang dilakukan oleh sub komite mutu profesi merupakan kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di RSUD.
- (2) Hasil Audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai :
 - a. sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di RSUD;
 - b. dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c. dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - d. dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

Pasal 85

- (1) Sub komite mutu profesi menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis.
- (2) Selain pertemuan ilmiah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sub komite mutu profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus terkait kasus kematian (*death case*), kasus sulit, dan kasus langka.
- (3) Sub komite mutu profesi bersama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh sub komite mutu profesi yang melibatkan staf medis RSUD sebagai narasumber dan peserta aktif.
- (4) Sub komite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian RSUD memfasilitasi kegiatan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (5) Sub komite mutu profesi merekomendasikan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dengan 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 (*proctoring*) dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi staf medis yang dijatuhi sanksi disiplin, pembatasan kewenangan klinis, penambahan kewenangan klinis dan/atau permohonan pendampingan dari staf medis yang bersangkutan dalam rangka peningkatan kewenangan klinis (*clinical privilege*).

- (2) Komite medik berkoordinasi dengan Wakil Direktur Pelayanan RSUD untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*).
- (3) Staf medis yang akan memberikan pendampingan (*proctoring*) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Sub komite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
- (5) Semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) difasilitasi dan dikoordinasikan bersama Direktur.

BAB XIV

SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 87

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

Pasal 88

Tugas sub komite etika dan disiplin profesi :

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

Pasal 89

Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:

- a. pedoman pelayanan kedokteran di RSUD;
- b. prosedur kerja pelayanan di RSUD;
- c. daftar kewenangan klinis di RSUD;
- d. pedoman syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di RSUD;
- e. kode etik kedokteran Indonesia;
- f. pedoman perilaku profesional kedokteran;
- g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
- i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Pasal 90

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh panitia pelaksana yang dibentuk oleh ketua sub komite etika dan disiplin profesi.
- (2) Panitia pelaksana 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 sub komite 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 RSUD atau luar RSUD.

- (3) Pengikutsertaan yang berasal dari luar RSUD mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh RSUD berdasarkan rekomendasi komite medik.

Pasal 91

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dan sebagainya yang dilakukan oleh RSUD.

Pasal 92

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

BAB XV

PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

(CLINICAL GOVERNANCE)

Pasal 93

Guna melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) di RSUD maka setiap staf medis berkewajiban untuk :

- a. melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan kewenangan klinis dan penugasan klinis yang diberikan;
- b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang sesuai dengan kebutuhan medis pasien;
- c. melakukan konsultasi kepada dokter, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan indikasi medis; atau
- d. merujuk pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan lain apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

Pasal 94

- (1) Pelaksanaan tata kelola RSUD dan tata kelola klinis, RSUD wajib menyusun kebijakan, pedoman, dan standar prosedur operasional sesuai dengan bidang tugas masing-masing.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai kebijakan, pedoman, standar prosedur operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.

BAB XVII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 95

Semua peraturan RSUD yang dilaksanakan setelah berlakunya Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) ini.

Pasal 96

Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) dievaluasi secara berkala paling kurang setiap 3 (tiga) tahun atau disesuaikan dengan perkembangan profesi medis dan kondisi RSUD.

Pasal 97

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

STEMPEL PARAF KOORDINASI
DINAS BADAN KANTOR PEMKAB LUWU TIMUR

TELAH DIPERIKSA	PARAF
SEKDA	
ASISTEN	
DIREKTUR	
KABAG TU	
KA SEKSI	

Ditetapkan di Malili
pada tanggal 14 Desember 2018

BUPATI LUWU TIMUR,


MUH. THORIG HUSLER

Diundangkan di Malili
pada tanggal 14 Desember 2018

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN LUWU TIMUR,


BAHRI SULI

BERITA DAERAH KABUPATEN LUWU TIMUR TAHUN 2018 NOMOR : 31