



SALINAN

WALIKOTA PAREPARE
PROVINSI SULAWESI SELATAN

PERATURAN WALIKOTA PAREPARE
NOMOR 29 TAHUN 2020

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT dr. HASRI AINUN HABIBIE
KOTA PAREPARE

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA PAREPARE,

- Menimbang:
- a. bahwa sebagai tindak lanjut dari Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit maka perlu mengatur Peraturan Internal Rumah Sakit dr. Hasri Ainun Habibie Kota Parepare;
 - b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, serta wewenang dan tanggung jawab dari Pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili, pengelola Rumah Sakit dan Staf Medis Fungsional maka perlu menetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan Rumah Sakit;
 - c. berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit dr. Hasri Ainun Habibe Kota Parepare;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Sulawesi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1822);
 2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
 3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4311);
 4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 5. Undang-Undang

5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 83 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan 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);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
9. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Perubahan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);

12. Peraturan

12. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
13. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
15. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 92/PMK.05/2011 tentang Rencana Bisnis dan Anggaran serta Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 363);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 49);
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 857);
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 361/MENKES/SK/V/2006 tentang Pedoman Penetapan Penghasilan Pimpinan dan Dewan Pengawas Rumah Sakit Badan Layanan Umum;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 519/Menkes/PER/III/2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit;
25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
26. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
27. Peraturan Daerah Kota Parepare Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Parepare Tahun 2016 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Kota Parepare Nomor 127);
28. Peraturan

28. Peraturan Daerah Kota Parepare Nomor 5 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit dr. Hasri Ainun Habibie Parepare pada Dinas Kesehatan (Berita Daerah Kota Parepare Tahun 2020 Nomor 5);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT RUMAH SAKIT dr. HASRI AINUN HABIBIE KOTA PAREPARE.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Bagian Kesatu
Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Parepare.
2. Pemerintah adalah Pemerintah Kota Parepare.
3. Walikota adalah Walikota Parepare.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit dr. Hasri Ainun Habibie Kota Parepare.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit dr. Hasri Ainun Habibie Kota Parepare.
6. Direksi adalah Pejabat Pengelola Rumah Sakit dr. Hasri Ainun Habibie Kota Parepare yang terdiri Direktur dan Wakil Direktur.
7. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (*corporate bylaws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff bylaws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
8. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah aturan yang mengatur hubungan Pemilik dengan Direksi di Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas.
9. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di Rumah Sakit.
10. Pemilik adalah Pemilik Rumah Sakit dr. Hasri Ainun Habibie Kota Parepare yaitu Pemerintah Kota Parepare.
11. Pejabat Pengelola adalah Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, dan Kepala Bagian.
12. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis di Rumah Sakit.
13. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek 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 daerah pada umumnya.

14. Dewan

14. Dewan Pengawas adalah wadah non struktural yang bersifat independen dan bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
15. Satuan Pemeriksaan Internal adalah satuan kerja fungsional yang melaksanakan tugas menganalisa sistem organisasi dan melakukan audit kinerja internal Rumah Sakit baik audit keuangan, audit pelayanan dan audit manfaat bagi masyarakat.
16. Komite Medis adalah wadah non struktural yang melaksanakan tata kelola klinis (clinical governance) guna menjaga profesionalisme melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
17. Komite Keperawatan adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi keperawatan.
18. Komite Etik dan Hukum merupakan wadah non struktural yang berfungsi memberikan pertimbangan dan saran serta penyelesaian masalah yang terkait dengan aspek etika dan aspek hukum Rumah Sakit.
19. Staf Medis Fungsional adalah kelompok profesi medis yang terdiri dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang melakukan tugas profesi sesuai kewenangannya di instalasi dalam jabatan fungsional.
20. Staf Keperawatan Fungsional adalah kelompok profesi keperawatan yang melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan keperawatan di instalasi dalam jabatan fungsional.
21. Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat K3RS adalah organisasi nonstruktural yang menjalankan kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di Rumah Sakit.
22. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah organisasi nonstruktural paa Fasilitasi Pelayanan Kesehatan yang mempunyai fungsi utama menjalankan PPI serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk pencegahan infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa Tuberkulosis, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan Infeksi menular lainnya.
23. Kelompok staf medis adalah sekumpulan staf medis dengan spesialisasi dan/atau keahlian yang sejenis, atau hampir sejenis
24. Kewenangan klinis (clinical privilege) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (clinical appointment).
25. Penugasan klinis (clinical appointment) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
26. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (clinical privilege).
27. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang memiliki kewenangan klinis (clinical privilege) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.

28. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
29. Mitra bestari (peer group) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
30. Rapat rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
31. Rapat tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun.
32. Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas di luar jadwal rapat rutin untuk mengambil putusan hal yang dianggap khusus.
33. Tim Koordinasi Pendidikan yang selanjutnya disingkat Tim Kordik adalah Tim yang bertugas melaksanakan koordinasi terhadap seluruh pembelajaran klinik di Rumah Sakit.
34. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan Daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
35. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah Dokumen rencana Anggaran Tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran SKPD.
36. Standar Prosedur Operasional yang selanjutnya disingkat SPO adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintahan, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan.
37. Pejabat Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat PPKD adalah kepala satuan kerja pengelola keuangan daerah yang selanjutnya disebut dengan kepala SKPKD yang mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dan bertindak sebagai bendahara umum daerah.
38. Rencana Kerja Anggaran selanjutnya disingkat RKA adalah dokumen yang memuat rencana pendapatan dan belanja atau dokumen yang memuat rencana pendapatan, belanja dan pembiayaan yang melaksanakan fungsi bendahara umum daerah yang digunakan sebagai dasar penyusunan rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

BAB II

MAKSUD, TUJUAN DAN MANFAAT

Pasal 2

Maksud ditetapkannya Peraturan ini adalah sebagai acuan dalam penyelenggaraan Rumah Sakit.

Pasal 3

Tujuan ditetapkannya Peraturan ini adalah :

- (1) Tujuan umum ditetapkannya Peraturan ini adalah sebagai tatanan Peraturan dasar yang mengatur hubungan antara Pemilik, Pengelola, Komite, Satuan Pemeriksaan Internal dan Staf Medis sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas.

(2) Tujuan

- (2) Tujuan khusus ditetapkan Peraturan ini bagi Rumah Sakit adalah:
 - a. sebagai pedoman dalam hubungannya dengan Pemilik, Pengelola, dan Staf Medis;
 - b. sebagai Pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis managerial atau operasional layanan; dan
 - c. sebagai pedoman dalam pengaturan hubungan antara Pengelola dengan Staf Medis.

Pasal 4

Manfaat ditetapkan Peraturan ini adalah:

- (1) sebagai acuan bagi Pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit;
- (2) sebagai acuan bagi Pengelola dalam pengelolaan Rumah Sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis managerial atau operasional;
- (3) sebagai sarana untuk menjamin efektivitas, efisiensi, dan mutu Rumah Sakit;
- (4) sebagai sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan Rumah Sakit; dan
- (5) sebagai acuan dalam penyelesaian konflik di Rumah Sakit antara Pemilik, Pengelola dan Staf Medis.

BAB III PERATURAN INTERNAL KORPORASI (CORPORATE BYLAWS)

Bagian Kesatu Identitas dan Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 5

- (1) Nama Rumah Sakit adalah “Rumah Sakit dr. Hasri Ainun Habibie Kota Parepare”.
- (2) Rumah Sakit berkedudukan di Jalan Latassakka, Tonrangeng, Kecamatan Bacukiki Barat, Kota Parepare, Provinsi Sulawesi Selatan.
- (3) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud ayat (1) merupakan Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.
- (4) Struktur organisasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

Bagian Kedua Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 6

Rumah Sakit mempunyai tugas:

- a. 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 rujukan; dan
- b. melaksanakan pelayanan Rumah Sakit yang bermutu sesuai standar pelayanan Rumah Sakit.

Pasal 7

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud Pasal 6, Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai:

a. penyelenggara

- a. penyelenggara pelayanan medis;
- b. penyelenggara pelayanan penunjang medis dan non medis;
- c. penyelenggara pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
- d. penyelenggara pelayanan rujukan;
- e. penyelenggara pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan; dan
- f. penyelenggara administrasi umum dan keuangan.

Bagian Ketiga

Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Nilai, Motto, dan Logo Rumah Sakit

Paragraf 1

Visi dan Misi

Pasal 8

Untuk melaksanakan tugas dan fungsi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud Pasal 6 dan Pasal 7, perlu menetapkan Visi Rumah Sakit, yaitu “Terwujudnya Rumah Sakit dr. Hasri Ainun Habibie Kota Parepare sebagai pusat pelayanan kesehatan dan pendidikan yang terunggul dan terpercaya melalui konsep *Medical Tourism*”.

Pasal 9

Untuk melaksanakan Visi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 perlu menetapkan Misi Rumah Sakit, sebagai berikut:

- a. memberikan Pelayanan Unggulan yang tepat guna dan berkualitas;
- b. menyelenggarakan Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian di bidang kesehatan secara komprehensif;
- c. menerapkan Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit yang efektif.

Paragraf 2

Tujuan dan Sasaran

Pasal 10

Berdasarkan Visi dan Misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dan Pasal 9, dirumuskan tujuan dan sasaran, yaitu:

- a. meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara berkesinambungan, dengan sasaran:
 - 1. Meningkatkan Sumber Daya Manusia yang professional dan akuntabel serta mempunyai integritas tinggi dalam memberikan pelayanan;
 - 2. Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan kebutuhan pasar;
 - 3. Membangun Sistem Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) secara terintegrasi; dan
 - 4. Meningkatkan sarana dan prasarana Rumah Sakit.
- b. mewujudkan sumber daya manusia kesehatan dengan kompetensi sesuai standar, dengan sasaran:
 - 1. Meningkatnya kompetensi keahlian dan keterampilan sumber daya manusia; dan
 - 2. Meningkatnya jumlah pegawai sesuai kebutuhan dan standar.

Paragraf 3

Motto, Nilai dan Logo

Pasal 11

Motto Rumah Sakit dri Hasri Ainun Habibie Parepare adalah “MELAYANI DENGAN EMPATI, TULUS DAN PEDULI”

Pasal

Pasal 12

Nilai yang dibangun dalam pelayanan di Rumah Sakit adalah Profesional, Integritas, Peduli dan Amanah (PIPA) yang merupakan sikap kerja karyawan dan budaya organisasi di Rumah Sakit.

Pasal 13

PIPA sebagaimana dimaksud Pasal 12 memuat penjelasan sebagai berikut:

- a. Professional, memberikan pelayanan sesuai kompetensi dan Standar Prosedur Operasional serta tidak bertentangan dengan norma yang berlaku;
- b. Integritas, bersikap adil, jujur dan perbuatan sesuai etika, moral, dan kemanusiaan;
- c. Peduli, bersikap empati dan perhatian; dan
- d. Amanah, mampu melaksanakan tanggung jawab yang dibebankan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Pasal 14

- (1) Logo Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini memiliki arti dan makna sebagai berikut:
 - a. kubah, memiliki makna religiusitas yaitu memberikan pelayanan berdasarkan nilai yang diwujudkan dalam pengamalan nilai, aturan, hak dan kewajiban dalam melayani Pasien;
 - b. kobaran api, memiliki makna kegigihan dan keteguhan yaitu semangat yang terus berkobar dalam membangun, mengembangkan Rumah Sakit, nilai kegigihan itupula yang diharapkan dapat dimiliki oleh seluruh komponen di Rumah Sakit dr. Hasri Ainun Habibie Kota Parepare;
 - c. palang hijau dan siluet dr. Hasri Ainun Habibie adalah filosofi lambang kesehatan dan cinta sejati yang bermakna bahwa dengan cinta dan ketulusan dalam pelayanan pasien akan mempercepat penyembuhan yang paripurna;
 - d. bola dunia, mewakili visi dan misi Rumah Sakit yaitu untuk menjadikan Rumah Sakit yang berstandar internasional dan destinasi (*medical tourism*) dari berbagai penjuru dunia;
 - e. bulan sabit berwarna orange, bulan sabit adalah bulan muda dan warna orange adalah simbol optimisme, percaya diri, dan inovatif;
 - f. bintang dengan jumlah 5 (lima) yang berurutan dari kecil ke besar memiliki makna tujuan pencapaian prestasi yang tertinggi;
 - g. tiga ombak besar yang tidak terpisah, melambangkan dalam penyelenggaraan managerial Rumah Sakit harus memenuhi taat asas, taat administrasi, dan taat anggaran, apabila salah satu tidak ditaati maka akan terjadi kegoncangan; dan
 - h. perahu Phinisi, merupakan karya agung dari Suku Bugis Makassar yang dikenal oleh dunia internasional yang memiliki filosofi ketotongroyongan, percaya pada proses, estetika, dan etos kerja.
- (2) Filosofi dan nilai itulah yang menjadi dasar pembangunan dan pengembangan Rumah Sakit dr. Hasri Ainun Habibie yang akan menjadi penopang utama "*Medical Tourism*" yang berstandar internasional dan dikenal oleh dunia luar.

BAB IV
PEMILIK

Pasal 15

- (1) Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Kota Parepare.
- (2) Kewenangan Pemilik terhadap Rumah Sakit adalah sebagai berikut:
 - a. menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola, *Hospital Bylaws*, Standar Pelayanan Minimal, Pengelolaan Keuangan, Tarif Pelayanan, Jasa Pelayanan, Pengelolaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit;
 - b. mengangkat dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan-undangan yang berlaku;
 - c. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
 - d. meminta kepada pengelola Rumah Sakit untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan dan keamanan pasien;
 - e. mengesahkan Rencana Strategis Bisnis dan Rencana Bisnis dan Anggaran yang disetujui oleh Dewan Pengawas; dan
 - f. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

Pasal 16

Tanggung jawab Pemilik terhadap Rumah Sakit adalah:

- a. menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen; dan
- b. bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.

BAB V
DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu
Pembentukan
Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit kerja non struktural yang bersifat independen, bertanggung jawab kepada Pemilik.
- (2) Dewan Pengawas dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Walikota atas usulan Direktur.
- (3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Bagian Kedua
Fungsi, Tugas dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 18

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

Pasal

Pasal 19

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud Pasal 18, Dewan Pengawas bertugas:
 - 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 mutu pelayanan dan keamanan pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - g. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
 - h. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
 - i. mengawasi kepatuhan dalam pengelolaan keuangan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Pemilik paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan Pemilik.

Pasal 20

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil Pengawasan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur;
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas;
- e. berkoordinasi dengan Direktur 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 Ketiga
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 21

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Pemilik dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Bagian

Bagian Keempat
Rapat Dewan Pengawas

Paragraf 1
Pelaksanaan Rapat

Pasal 22

- (1) Dewan Pengawas melaksanakan rapat rutin paling sedikit 3 (tiga) bulan sekali, yang waktu dan tempatnya ditetapkan oleh Ketua Dewan Pengawas.
- (2) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Setiap undangan rapat yang disampaikan sebagaimana dimaksud ayat (2), harus melampirkan:
 - a. satu salinan agenda rapat;
 - b. satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. satu salinan risalah rapat khusus yang lalu.

Pasal 23

- (1) Ketua Dewan Pengawas mengundang rapat khusus Dewan Pengawas dalam hal:
 - a. kepentingan Dewan Pengawas; atau
 - b. permintaan Direktur.
- (2) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh Direktur sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf b harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 24

- (1) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun kalender.
- (2) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.
- (3) Ketua Dewan Pengawas menyampaikan undangan tertulis kepada para Anggota Dewan Pengawas dan undangan lain paling sedikit 1 (satu) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 25

Rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan secara patut dan pantas, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 26

Setiap rapat rutin Dewan Pengawas selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas dan Direksi juga dihadiri oleh Kepala Bidang serta pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas.

Pasal 27

Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka dalam hal kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas memilih pejabat Ketua untuk memimpin rapat.

Pasal

Pasal 28

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum dianggap tercapai bila jumlah yang hadir paling sedikit setengah dari jumlah anggota Dewan Pengawas.

Pasal 29

- (1) Setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan oleh Ketua Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas.

Paragraf 2

Pengambilan Keputusan

Pasal 30

- (1) pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (2) dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara dengan tata cara sebagai berikut:
 - a. Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan, atau bila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
 - b. Putusan rapat didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
 - c. Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka Ketua Dewan Pengawas berwenang memutuskan; dan
 - d. Suara yang diperhitungkan hanyalah berasal dari anggota Dewan Pengawas yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 31

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana yang ditentukan dalam Peraturan ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi.

Bagian Kelima

Pembiayaan Dewan Pengawas

Pasal 32

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit dan dimuat dalam RBA.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (3) Besaran honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud ayat (2) diatur sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Bagian

Bagian Keenam
Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 33

- (1) Dewan Pengawas dengan jumlah keanggotaan 3 (tiga) orang Dewan Pengawas terdiri atas unsur:
 - a. 1 (satu) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. 1 (satu) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (2) Dewan Pengawas dengan jumlah keanggotaan 5 (lima) orang Dewan Pengawas terdiri atas unsur:
 - a. 2 (dua) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. 2 (dua) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (3) Tenaga ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan ayat (2) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional, atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan, dan layanan BLUD.
- (4) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diangkat menjadi Anggota Dewan Pengawas pada 3 (tiga) BLUD.
- (5) Pengangkatan Anggota Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola diangkat.

Bagian Ketujuh
Persyaratan Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 34

Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan:

- a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahan sakitan, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
- d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
- e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
- f. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Pemilik.

Bagian Kedelapan
Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas

Pasal 35

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Pemilik.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti:

a.tidak

- a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik; atau
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan; atau
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; atau
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Pemilik.

Pasal 36

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 ayat (2), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 dan Pasal 34.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

BAB VI PENGELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu Pejabat Pengelola

Pasal 37

Pejabat Pengelola adalah pemimpin Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit sebagai BLUD yang terdiri atas:

- a. Direktur;
- b. Wakil Direktur Pelayanan;
- c. Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan; dan
- d. Pejabat Teknis.

Pasal 38

- (1) Pimpinan adalah Direktur, yang bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan.
- (2) Direktur Rumah Sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumah sakitan.
- (3) Wakil Direktur bertanggung jawab kepada Direktur sesuai bidang dan tanggung jawab masing-masing.

Pasal 39

Wakil Direktur sebagaimana dimaksud Pasal 37 huruf b dan huruf c terdiri atas:

- a. Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan, terdiri dari:
 1. Bagian Ketatausahaan, Humas dan Hukum membawahi 3 (tiga) subbagian terdiri dari:
 - 1) Subbagian Umum dan Perlengkapan;
 - 2) Subbagian Humas dan Layanan Pengaduan;
 - 3) Subbagian Hukum.
 2. Bagian Sumber Daya Manusia membawahi 3 (tiga) subbagian terdiri dari:
 - a. Subbagian Kepegawaian;

b. Sub

- b. Subbagian Pengembangan Sumber Daya Manusia dan Diklat; dan
- c. Subbagian Kemitraan dan Kerjasama.
- 3. Bagian Perencanaan dan Keuangan membawahi 3 (tiga) subbagian terdiri dari:
 - a. Subbagian Perencanaan dan Anggaran;
 - b. Subbagian Perbendaharaan; dan
 - c. Subbagian Akuntansi, Aset dan Pelaporan.
- b. Wakil Direktur Pelayanan, terdiri dari:
 - a. Bidang Pelayanan Medis membawahi 2 (dua) subbidang terdiri dari:
 - 1) Seksi Perencanaan dan Pengembangan Pelayanan Medis; dan
 - 2) Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Medis.
 - b. Bidang Keperawatan membawahi 2 (dua) subbidang terdiri dari:
 - 1) Seksi Asuhan dan Bina Keperawatan; dan
 - 2) Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan.
 - c. Bidang Penunjang Medis dan Non Medis membawahi 2 (dua) subbidang terdiri dari:
 - 1) Seksi Penunjang Medis; dan
 - 2) Seksi Penunjang Non Medis.

Pasal 40

- (1) Pejabat Teknis adalah Kepala Bidang, Kepala Subbidang, Kepala Bagian, dan Kepala Subbagian.
- (2) Kepala Bidang dan Kepala Bagian bertanggung jawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur.
- (3) Kepala Subbidang bertanggung jawab kepada Kepala Bidang.
- (4) Kepala Subbagian bertanggung jawab kepada Kepala Bagian.

Pasal 41

- (1) Komposisi Pejabat Pengelola dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Walikota.

Pasal 42

- (1) Pejabat Pengelola sebagai Direksi Rumah Sakit dr. Hasri Ainun Habibie Kota Parepare diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.
- (2) Pengangkatan dan penempatan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud ayat (1) ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik 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 praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Bagian Kedua

Masa Jabatan dan Pemberhentian Dari Jabatan

Pasal 43

- (1) Masa jabatan Pejabat Tinggi Pengelola (Direktur) adalah 5 (lima) tahun atau sesuai dengan kebutuhan dan dapat diangkat kembali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan yang ditentukan;
- (2) Pejabat Pengelola dapat diberhentikan sebelum masa jabatannya berakhir karena:

a. tidak.....

- a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
- b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan; atau
- c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; atau
- d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
- e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

Bagian Ketiga
Persyaratan Jabatan

Pasal 44

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Pejabat Pengelola adalah:

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahan sakitan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengelola dan mengembangkan Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil yang bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan Rumah Sakit;
- e. saat diusulkan berpangkat minimal sesuai eselonering jabatan yang diusulkan;
- f. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pencapaian visi dan misi Rumah Sakit; dan
- g. bersedia menandatangani pakta integritas.

Bagian Keempat
Kewajiban dan Tanggung Jawab Direktur

Pasal 45

Direktur mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- a. memimpin, membina, mengawasi dan mengendalikan penyusunan rencana strategis Rumah Sakit sesuai dengan rencana pembangunan Daerah;
- b. memimpin, mengoordinir, mengendalikan dan mengawasi seluruh kegiatan Rumah Sakit yang meliputi Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan, Bidang Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis, Bidang Pengembangan Pelayanan dan Sumber Daya Manusia, serta Bagian Administrasi Umum dan Keuangan;
- c. merumuskan dan menetapkan regulasi dan kebijakan di Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan, Bidang Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis, Bidang Pengembangan Pelayanan dan Sumber Daya Manusia, serta Bagian Administrasi Umum dan Keuangan;
- d. mengusulkan pengangkatan, mutasi, kenaikan gaji berkala, kenaikan pangkat dan pemberhentian pegawai negeri kepada pejabat pembina kepegawian daerah;
- e. menyusun Renstra;
- f. menyiapkan RBA;
- g. mengangkat dan memberhentikan pegawai Badan Layanan Umum Daerah;
- h. menetapkan penugasan pegawai;
- i. memberikan atau mencabut kewenangan klinis tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit, sesuai dengan ketentuan perundang undangan;
- j. melaksanakan pembinaan, pengembangan dan evaluasi pegawai secara berjenjang;
- k. melaksanakan pengawasan dan evaluasi pelayanan medis dan non medis;

l. melaksanakan

- l. melaksanakan koordinasi dengan instansi terkait tentang pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit baik secara horizontal maupun vertikal;
- m. memimpin pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
- n. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- o. melaksanakan evaluasi, pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan kebijakan, program dan kegiatan Rumah Sakit kepada Kepala Dinas dan
- p. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan berkaitan dengan tugas organisasi guna mendukung kinerja organisasi.

Pasal 46

Direktur Tanggung jawab mengenai hal sebagai berikut:

- a. ketepatan kebijaksanaan berbasis visi dan misi Rumah Sakit;
- b. kelancaran, efektifitas dan efisiensi seluruh kegiatan Rumah Sakit; dan
- c. kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya.

Pasal 47

Tugas pokok dan fungsi Pejabat Pengelola diatur dalam Peraturan Walikota dan dirinci dalam suatu uraian tugas pokok dan fungsi secara tertulis dalam Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit.

Pasal 48

- (1) Direktur dapat mengangkat pejabat dalam jabatan yang bersifat fungsional/non struktural dengan hierarki setingkat pimpinan puncak (Ketua Komite, Departemen/Instalasi, Ketua Kelompok Fungsional) dan setingkat staf pelaksana (staf fungsional/Kepala Unit).
- (2) Direktur dapat mengangkat staf khusus dan atau staf ahli yang bersifat fungsional/non struktural untuk diperbantukan pada semua tingkat manajemen.
- (3) Pengangkatan sebagaimana dimaksud ayat (1) dan ayat (2) didasarkan atas kebutuhan untuk pencapaian tujuan organisasi Rumah Sakit.
- (4) Sebutan, fungsi, tugas, hak dan wewenang sebagaimana dimaksud ayat (1) dan ayat (2) diatur oleh Direktur.
- (5) Bagi Pegawai yang diperbantukan Pemerintah Kota atau Pegawai Baru sebelum penempatan pada unit kerja dilakukan orientasi pegawai baru.

Pasal 49

- (1) Apabila salah satu atau beberapa Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis berhalangan dalam menjalankan tugasnya maka kekosongan jabatan tersebut dijabat Pejabat satu tingkat dibawahnya yang ditunjuk sementara oleh Direktur dan dilaporkan secara tertulis kepada Walikota.
- (2) Apabila Direktur berhalangan tetap dalam menjalankan tugasnya maka harus ditunjuk Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis untuk menjalankan tugas sementara pengelolaan Rumah Sakit melalui surat penugasan Walikota.
- (3) Apabila semua Pejabat Pengelola berhalangan tetap melakukan tugasnya atau kekosongan jabatan karena belum diangkat, maka pengelolaan Rumah Sakit dijalankan oleh Pejabat yang ditunjuk Walikota.
- (4) Apabila salah satu atau beberapa pejabat satu tingkat di bawah Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis berhalangan dalam menjalankan tugasnya maka kekosongan jabatan tersebut dijabat oleh staf Rumah Sakit yang ditunjuk sementara oleh Direktur dan dilaporkan secara tertulis kepada Walikota.

Pasal 50

- (1) Untuk melaksanakan pengelolaan organisasi Rumah Sakit yang baik, efisien, dan efektif perlu diatur tata kerja organisasi sesuai asas organisasi yang sesuai kondisi Rumah Sakit.
- (2) Tata kerja sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari tata kerja rapat, tata kerja monitoring dan evaluasi, tata kerja pendelegasian wewenang, tata kerja pengadaan barang dan jasa, tata kerja administrasi kepegawaian, tata kerja pengelolaan pendapatan dan belanja, tata kerja pengelolaan aset, tata kerja pelayanan medis, tata kerja penunjang medis, tata kerja asuhan keperawatan, tata kerja pendidikan dan pelatihan, dan tata kerja pengelolaan rumah tangga;
- (3) Tata kerja sebagaimana dimaksud ayat (2) diatur oleh Direktur dan menjadi pedoman dalam pelaksanaan organisasi Rumah Sakit.

BAB VII
ORGANISASI PELAKSANA

Bagian Kesatu
Instalasi

Pasal 51

- (1) Guna melaksanakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
- (5) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.

Pasal 52

- (1) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah maupun jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 53

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya kepada Direktur.

Bagian Kedua
Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 54

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada;
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing;

(4) Jenis

- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB VIII
ORGANISASI PENDUKUNG
Bagian Kesatu
Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 55

- (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 bertanggung jawab langsung kepada Direktur
- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal harus memenuhi persyaratan:
- a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan Rumah Sakit;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
 - d. memahami tugas dan fungsi Rumah Sakit;
 - e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
 - f. berijazah paling rendah D-3 (Diploma 3);
 - g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;
 - h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar;
 - i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
 - j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - k. mempunyai sikap independen dan objektif.
- (4) Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
- a. tidak melaksanakan tugas dengan baik; atau
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan; atau
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; atau
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap;
 - f. terkena tindakan disiplin berat dari atasan atau pejabat berwenang; atau
 - g. adanya kebijakan dari Pemilik atau Direktur.

Pasal 56

- (1) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pemeriksaan Internal adalah :
- a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi Rumah Sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit yang lain;
 - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan Rumah Sakit;
 - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :

1. Informasi

1. informasi penting Rumah Sakit terjamin keamanannya;
 2. fungsi sekretariat Rumah Sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif;
 3. penyajian laporan Rumah Sakit memenuhi peraturan dan perundangundangan;
 - d. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur;
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud ayat (1), Satuan Pengawas Internal berfungsi sebagai unit monitoring yang bersifat independen untuk:
- a. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
 - b. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
 - c. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan Rumah Sakit.
- (3) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud ayat (1) dan ayat (2) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur;
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Kedua
Komite Medis

Pasal 57

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.

Pasal 58

- (1) Personalia Komite Medis berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Medis didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan.
- (3) Sub Komite yang ada di Rumah Sakit Mata Bali Mandara terdiri dari:
 - a. Sub KomiteKredensial;
 - b. Sub Komite MutuProfesi;
 - c. Sub Komite Etika dan DisiplinProfesi.

Bagian Ketiga
Komite Keperawatan

Pasal 59

- (1) Guna membantu Direktur dalam menyusun Standar Asuhan Keperawatan dan memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan (*privilege*) perawat, mengembangkan pelayanan keperawatan, program pendidikan, pelatihan dan penelitian serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan, maka dibentuk Komite Keperawatan.
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Subkomite;
- (3) Ketua, Sekretaris dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun, dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku serta masukan dari staf keperawatan Rumah Sakit;

(4) Sekretaris

- (4) Sekretaris Komite dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan Rumah Sakit;
- (5) Anggota Komite Keperawatan terbagi ke dalam subkomite, yang terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf keperawatan;
 - b. Subkomite Mutu Profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf keperawatan; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf keperawatan.

Pasal 60

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan;
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi:
 - a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
 - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan; dan
 - c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran:
 1. Penggalan inovasi dan ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
 2. Penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki; dan
 3. Penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima haknya termasuk masalah hukum.

Pasal 61

Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud Pasal 60, Komite Keperawatan mempunyai kewenangan:

- a. membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (*Panitia Adhoc*) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan;
- b. mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
- c. mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- d. membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir; dan
- e. memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

Pasal 62

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Pelayanan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Komite Keperawatan terdiri dari rapat kerja, rapat rutin, rapat pleno, dan sidang tahunan.
- (3) Rapat Kerja terdiri dari:
 - a. rapat kerja dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;

b.rapat

- b. rapat kerja dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Pelayanan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite, Kepala Seksi Keperawatan, panitia keperawatan dan kepala unit keperawatan; dan
 - c. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 3 (tiga) tahun.
- (4) Rapat Rutin terdiri dari:
- a. rapat rutin dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat rutin dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Pelayanan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite, Kepala Seksi Keperawatan, dan kepala unit keperawatan; dan
 - c. agenda rapat rutin adalah membahas masalah keperawatan.
- (5) Rapat Pleno terdiri dari:
- a. rapat pleno diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
 - b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Pelayanan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan kepala Seksi Keperawatan; dan
 - c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.
- (6) Sidang Tahunan terdiri dari:
- a. sidang tahunan diadakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
 - b. sidang tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Pelayanan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite, Kepala Seksi Keperawatan, dan kepala unit keperawatan;
 - c. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu; dan
 - d. keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 (dua pertiga) peserta yang hadir.

Pasal 63

Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Keperawatan diatur dalam Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*) yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keempat Komite Etik dan Hukum

Pasal 64

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk guna membantu Direktur untuk mensosialisasikan kewajiban Rumah Sakit kepada semua unsur yang ada di Rumah Sakit meliputi kewajiban umum Rumah Sakit, kewajiban Rumah Sakit terhadap masyarakat, kewajiban Rumah Sakit terhadap staf, menyelesaikan masalah medikolegal dan etika Rumah Sakit serta melakukan koordinasi dengan Bagian Hukum Sekretariat Daerah Kota Parepare dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemerintah Daerah dalam menyelesaikan masalah medikolegal;
- (2) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit;
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Wakil Direktur.

(4) Dalam

- (4) Dalam melaksanakan tugas Komite Etik dan Hukum berfungsi:
 - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi *medikoetikolegal*, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;
 - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit;
 - c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan manajemen terhadap masalah etika dan hukum di Rumah Sakit;
- (5) Pertanggungjawaban tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (4) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diberikan kepada Direktur dengan atau tanpa permintaan dari Direktur.

Pasal 65

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Etik dan Hukum diatur dalam Peraturan Internal Komite Etik dan Hukum yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kelima Komite PPI

Pasal 66

- (1) Komite PPI dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite PPI mempunyai tugas:
 - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam PPI;
 - b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan PPI Rumah Sakit;
 - c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim PPI Rumah Sakit;
 - d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;
 - e. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya PPI;
 - g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medis, non medis dan tenaga lainnya serta pengguna jasa Rumah Sakit; dan
 - h. menerima laporan atas kegiatan tim PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktur.
- (2) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Wakil Direktur.

Pasal 67

Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite PPI diatur dalam Peraturan Internal Komite PPI yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keenam Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 68

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
 - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
 - b. melaksanakan

- b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak terkait;
 - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
 - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam rumah sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
 - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota stafmedis;
 - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus; dan
 - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan wadah non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
 - (4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Wakil Direktur.

Pasal 69

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Farmasi dan Terapi diatur dalam Peraturan Internal Komite Farmasi dan Terapi yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketujuh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 70

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan wadah non struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama membuat program dan melaksanakan sosialisasi terhadap Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) dan rencana kebutuhan sumber daya manusia untuk meningkatkan kinerja Rumah Sakit dalam meningkatkan Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien.
- (2) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Pembentukan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ditetapkan oleh Direktur untuk kepengurusan selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Mutu dan Keselamatan Pasien bertanggung jawab kepada Direktur

Bagian Kedelapan Komite K3RS

Pasal 71

- (1) Komite K3RS adalah wadah nonstruktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi pengelolaan dan pengendalian risiko yang berkaitan dengan keselamatan dan kesehatan kerja di Rumah Sakit yang dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (2) Komite K3RS mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. mengembangkan kebijakan, prosedur, regulasi internal K3RS, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) K3RS untuk mengendalikan risiko;
 - b. menyusun program K3RS;
 - c. menyusun

- c. menyusun rekomendasi untuk bahan pertimbangan pimpinan Rumah Sakit yang berkaitan dengan K3RS;
- d. memantau pelaksanaan K3RS;
- e. mengolah data dan informasi yang berhubungan dengan K3RS;
- f. memelihara dan mendistribusikan informasi terbaru mengenai kebijakan, prosedur, regulasi internal K3RS, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan (SPO) K3RS yang telah ditetapkan;
- g. mengadakan pertemuan secara teratur dan hasilnya di sebarluaskan di seluruh unit kerja Rumah Sakit;
- h. membantu Kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam penyelenggaraan SMK3 Rumah Sakit, promosi K3RS, pelatihan dan penelitian K3RS di Rumah Sakit;
- i. pengawasan pelaksanaan program K3RS;
- j. berpartisipasi dalam perencanaan pembelian peralatan baru, pembangunan gedung dan proses;
- k. koordinasi dengan wakil unit kerja Rumah Sakit yang menjadi anggota organisasi/unit yang bertanggung jawab dibidang K3RS;
- l. memberikan saran dan pertimbangan berkaitan dengan tindakan korektif;
- m. melaporkan kegiatan yang berkaitan dengan K3RS secara teratur kepada pimpinan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang ada di Rumah Sakit;
- n. menjadi investigator dalam kejadian PAK dan KAK, yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- o. melaksanakan program pengawasan dan pengarahan.

Bagian Kesembilan
Komite Rekam Medis

Pasal 72

- (1) Komite Rekam Medis adalah wadah nonstruktural Rumah Sakit yang mempunyai tanggung jawab dalam menentukan standar dan kebijakan pelayanan, mengusulkan bentuk formulir rekam medis, mengusulkan upaya yang perlu dalam penanggulangan masalah pelayanan rekam medis, dan menganalisis secara teratur isi rekam medis untuk menentukan informasi klinis sudah cukup dalam asuhan pasien.
- (2) Komite Rekam Medis mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun dan menyelenggarakan pengelolaan rekam medis yang memenuhi standar yang telah ditetapkan;
 - b. menyempurnakan jenis formulir rekam medis yang digunakan dalam lingkup Rumah Sakit;
 - c. melakukan evaluasi terhadap proses pengelolaan rekam medis; dan
 - d. menerapkan sistem kearsipan rekam medis sesuai standar yang telah ditentukan.

Bagian Kesepuluh
Komite Profesional Pemberi Asuhan

Pasal 73

- (1) Komite Profesional Pemberi Asuhan adalah wadah nonstruktural Rumah Sakit yang mempunyai tanggung jawab untuk meningkatkan profesionalisme, pembinaan etik dan disiplin tenaga kesehatan profesional selain

selain dokter/perawat dan menjamin mutu pelayanan kesehatan serta melindungi keselamatan pasien.

- (2) Komite Profesional Pemberi Asuhan mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan profesi selain dokter/perawat yang akan melakukan pelayanan profesi lainnya di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi.
- (3) Komite Profesional Pemberi Asuhan terdiri dari 3 (tiga) subkomite, yaitu:
 - a. Subkomite Kredensial;
 - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
 - c. Subkomite Etik dan Disiplin.
- (4) Uraian tugas Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, adalah sebagai berikut;
 - a. menyusun daftar Rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Profesional Pemberi Asuhan untuk diteruskan kepada Direktur.
- (5) Uraian tugas Subkomite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b, adalah sebagai berikut;
 - a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lainnya;
 - c. melakukan audit profesi tenaga kesehatan lainnya; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (6) Uraian tugas Subkomite Etik dan Disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, adalah sebagai berikut;
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etikprofesi dalam pelayanan kesehatan;
 - d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan.

Bagian Kesebelas

Tim Kordik

Pasal 74

- (1) Tim Kordik adalah wadah nonstruktural Rumah Sakit yang berfungsi melaksanakan koordinasi terhadap seluruh proses pembelajaran klinik di Rumah Sakit dan mewujudkan fungsi Rumah Sakit sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lain.
- (2) Tim Kordik mempunyai tugas sebagai berikut:

a. memberikan

- a. memberikan dukungan administrasi pada proses pembelajaran klinik di Rumah Sakit;
- b. menyusun perencanaan kegiatan dan anggaran belanja tahunan pembelajaran klinik sesuai kebutuhan;
- c. menyusun perencanaan kebutuhan sarana dan prasarana yang diperlukan mahasiswa;
- d. membentuk sistem informasi terpadu untuk menunjang penyelenggaraan fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain;
- e. melakukan koordinasi dalam rangka fasilitasi kepada seluruh mahasiswa yang melaksanakan pembelajaran klinik, serta dosen dan penyelia yang melakukan bimbingan dan supervisi proses pembelajaran klinik mahasiswa di Rumah Sakit;
- f. melakukan supervisi dan koordinasi penilaian kinerja terhadap dosen atas seluruh proses pelayanan yang dilakukan, termasuk yang dilakukan di jejaring Rumah Sakit dan/atau yang terkait dengan sistem rujukan;
- g. melakukan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan proses pembelajaran klinik mahasiswa; dan
- h. melaporkan hasil kerja secara berkala kepada Direktur.

Bagian Kedua belas
Komite Etik Penelitian

Pasal 75

- (1) Komite Etik Penelitian adalah wadah nonstruktural Rumah Sakit yang berwenang menerbitkan *Ethical Clearance* atau Keterangan Lolos Kaji Etik dalam penelitian biomedik yang mencakup riset pada farmasetik, alat kesehatan, radiasi dan pemetretan, prosedur bedah, rekam medis, sampel biologik, serta penelitian epidemiologik, sosial dan psikososial pada Rumah Sakit dan mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugasnya kepada Direktur.
- (2) Komite Etik Penelitian mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. melaksanakan kajian etik penelitian terhadap penelitian yang akan dilakukan di Rumah Sakit;
 - b. memberikan persetujuan etik (*ethical clearance/ethical approval*);
 - c. menjaga kerahasiaan protokol penelitian kesehatan yang dikaji;
 - d. menghadiri rapat dan berperan aktif dalam memberikan usulan dan masukan dalam rangka pelaksanaan tugas etik penelitian kesehatan;
 - e. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan penelitian yang telah memperoleh persetujuan etik;
 - f. melaporkan temuan penelitian kesehatan yang dinilai menyimpang atau tidak sesuai dengan protokol yang telah diberikan persetujuan (*ethical approval*) kepada Direktur;
 - g. melakukan sosialisasi pedoman etik penelitian lingkup Rumah Sakit yang berdasarkan aturan perundang-undangan;
 - h. melaksanakan pelatihan etik penelitian kesehatan; dan
 - i. membuat laporan kegiatan kepada Direktur.

BAB IX
TATA KERJA

Pasal 76

Dalam melaksanakan tugas setiap Pejabat Pengelola wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi secara vertikal dan horisontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

Pasal 77

Setiap Pejabat Pengelola wajib mengawasi bawahannya dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 78

Setiap Pejabat Pengelola bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.

Pasal 79

Setiap Pejabat Pengelola wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.

Pasal 80

Setiap laporan yang diterima oleh Pejabat Pengelola dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan.

Pasal 81

Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi, Kepala Subbagian, Kepala Instalasi, dan Kepala Ruangan, wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya.

Pasal 82

Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

Pasal 83

Dalam melaksanakan tugasnya, setiap Pejabat Pengelola dibantu oleh kepala satuan organisasi dibawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan wajib mengadakan rapat berkala.

BAB X
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Bagian Kesatu
Tujuan Pengelolaan

Pasal 84

Pengelolaan sumber daya manusia merupakan pengaturan dan kebijakan mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan ketenagaan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

Pasal 85

(1) Sumber daya manusia Rumah Sakit dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil.

(2) Penerimaan

- (2) Penerimaan pegawai Rumah Sakit diatur sebagai berikut:
- a. untuk Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku;
 - b. untuk pegawai Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan mekanisme rekrutmen atau cara lain yang efektif dan efisien;
 - c. rekrutmen Pegawai Negeri Sipil maupun Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan cara seleksi, meliputi seleksi administrasi, test psikologi, seleksi akademik dan keterampilan, wawancara dan test kesehatan; dan
 - d. kerjasama operasional dilaksanakan sesuai kebutuhan dan dilakukan oleh Direktur dengan pihak ketiga.

Bagian Kedua
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 86

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas pegawai maka Rumah Sakit menerapkan kebijakan tentang penghargaan bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.

Pasal 87

Kenaikan pangkat reguler diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu, termasuk Pegawai Negeri Sipil yang:

- a. melaksanakan tugas belajar dan sebelumnya tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu; dan
- b. dipekerjakan atau diperbantukan secara penuh di luar instansi induk dan tidak menduduki jabatan pimpinan yang telah ditetapkan persamaan eselonnya atau jabatan fungsional tertentu.

Pasal 88

- (1) Rotasi Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Rotasi dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
 - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi;
 - b. masa kerja di unit tertentu;
 - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - d. kegunaannya dalam menunjang karir; dan
 - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Bagian Ketiga
Pengangkatan Pegawai

Pasal 89

- (1) Pegawai Rumah Sakit yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dapat dipekerjakan secara tetap atau tidak tetap.
- (2) Pengangkatan Pegawai Negeri Sipil disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pengangkatan pegawai Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi, dalam peningkatan pelayanan dan sesuai dengan kebutuhan pelayanan.
- (4) Pengangkatan pegawai Non Pegawai Negeri Sipil ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian

Bagian Keempat
Disiplin Pegawai

Pasal 90

- (1) Penilaian disiplin pegawai Rumah Sakit didasarkan pada:
 - a. daftar hadir;
 - b. laporan kegiatan; dan
 - c. daftar penilaian pelaksanaan pekerjaan.
- (2) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai meliputi:
 - a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis dan pernyataan tidak puas secara tertulis;
 - b. hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan
 - c. hukuman disiplin berat yang terdiri dari penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai Pegawai Negeri Sipil, dan pemberhentian tidak hormat sebagai pegawai negeri sipil.

Bagian Kelima
Pemberhentian Pegawai

Pasal 91

- (1) Pemberhentian Pegawai Negeri Sipil diatur menurut peraturan perundangan-undangan tentang pemberhentian Pegawai Negeri Sipil.
- (2) Pemberhentian Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan/atau tidak memperpanjang masa kontrak diatur;
 - b. pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun dilaksanakan apabila Pegawai telah memasuki masa batas usia pensiun sesuai dengan peraturan yang berlaku; dan
 - c. pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai melakukan tindakan pelanggaran sesuai peraturan tentang disiplin pegawai.

BAB XI
REMUNERASI

Pasal 92

Remunerasi dapat merupakan imbalan atau upah akibat dari kinerja pegawai yang dapat berupa gaji, tunjangan, uang lembur, honorarium, insentif, bonus, pesangon, jasa pelayanan dan/atau pensiun yang diberikan kepada pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Walikota.

Pasal 93

- (1) Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan pegawai Rumah Sakit dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (2) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud ayat (1), diberikan dalam bentuk honorarium.

(3) Sistem

- (3) Sistem remunerasi dalam bentuk jasa pelayanan dan gaji pegawai Non PNS sebagaimana dimaksud ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Walikota berdasarkan usulan Direktur.

Pasal 94

Remunerasi dapat dalam bentuk tunjangan, uang lembur, honorarium, insentif, bonus dan pesangon yang sumber dananya dari BLUD ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit.

Pasal 95

Remunerasi dalam bentuk honorarium Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit dan dimuat dalam RBA.

Pasal 96

Remunerasi bagi Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit sebagaimana dimaksud Pasal 93 ayat (1) dapat dihitung berdasarkan ketentuan yang berlaku.

Pasal 97

Pegawai Rumah Sakit yang berstatus Pegawai Negeri Sipil, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan Pegawai Negeri Sipil serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang ditetapkan sebagaimana dimaksud Pasal 93.

BAB XII
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 98

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit, Walikota menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud ayat (1) harus mempertimbangkan jenis dan mutu pelayanan.

Pasal 99

Standar Pelayanan Minimal wajib memperhatikan asas sebagai berikut:

- a. akses;
- b. efektivitas;
- c. efisiensi;
- d. keselamatan dan keamanan;
- e. kenyamanan;
- f. kesinambungan pelayanan;
- g. kompetensi teknis; dan
- h. hubungan antar manusia.

BAB XIII
PENGELOLAAN KEUANGAN

Pasal 100

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip :
 - a. efektivitas,
 - b. efisiensi; dan
 - c. produktivitas.

(2) Pengelolaan

- (2) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada asas :
 - a. akuntabilitas; dan
 - b. transparansi.
- (3) Dalam rangka penerapan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis akrual dan standar akuntansi pemerintahan.
- (4) Subsidi dari Pemerintah untuk pembiayaan Rumah Sakit dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan Jasa.

BAB XIV TARIF LAYANAN

Pasal 101

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dihitung untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.
- (5) Tarif sebagaimana dimaksud ayat (2) didasarkan pada besaran biaya satuan ditambah dengan batas keuntungan, tingkat bunga bank, tingkat inflasi dan jasa pelayanan dengan mempertimbangkan tarif rumah sakit sekitar, kemampuan dan keinginan untuk membayar.

Pasal 102

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Walikota.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.

Pasal 103

- (1) Peraturan Walikota mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) berpedoman pada ketentuan Pasal 101 dan Pasal 102.

BAB XV PENYUSUNAN RBA

Bagian Kesatu Penyusunan RBA

Pasal 104

- (1) Rumah Sakit wajib menyusun RBA tahunan disertai dengan prakiraan RBA tahun berikutnya.

(2) RBA

- (2) RBA tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu kepada:
 - a. Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit; dan
 - b. Pagu Anggaran Pemerintah Kota.

Pasal 105

Penyusunan RBA dilakukan melalui metode *top down* dan *button up* yang dimulai dari:

- a. *policy statement* oleh pertanggungjawaban;
- b. komite anggaran pimpinan;
- c. tingkat pusat yaitu suatu panitia anggaran yang mempunyai tugas untuk mengarahkan dan mengevaluasi anggaran; dan
- d. tingkat Direksi dan Dewan Pengawas.

Pasal 106

- (1) RBA disusun berdasarkan:
 - a. basis kinerja dan perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanannya;
 - b. kebutuhan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima; dan
 - c. basis akrual.
- (2) Dalam hal Rumah Sakit telah menyusun standar biaya layanannya berdasarkan perhitungan akuntansi biaya, RBA disusun menggunakan standar biaya tersebut.
- (3) Standar biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Perhitungan akuntansi biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dihasilkan dari sistem akuntansi biaya yang ditetapkan oleh Walikota.
- (5) Dalam hal Rumah Sakit belum menyusun standar biaya layanannya berdasarkan perhitungan dalam standar biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Rumah Sakit menyusun RBA menggunakan standar biaya yang ditetapkan oleh Walikota.
- (6) Dalam hal Rumah Sakit belum menyusun standar biaya layanannya berdasarkan perhitungan akuntansi biaya, RBA disusun menggunakan standar biaya umum yang ditetapkan oleh Walikota.
- (7) Penyusunan kebutuhan dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b disusun per unit kerja pada Rumah Sakit.
- (8) Kebutuhan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan pagu belanja yang dirinci menurut program, kegiatan, output, akun belanja, dan detail belanja.
- (9) Kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b bersumber dari:
 - a. pendapatan dari layanan yang diberikan kepada masyarakat;
 - b. hibah tidak terikat dan/atau hibah terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain;
 - c. hasil kerjasama Rumah Sakit dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya;
 - d. penerimaan lainnya yang sah; dan/atau
 - e. penerimaan anggaran yang bersumber dari APBD/APBN.
- (10) Hasil usaha lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (9) huruf c antara lain diperoleh dari pendapatan jasa lembaga keuangan, hasil penjualan aset tetap, dan pendapatan sewa.

Pasal

Pasal 107

- (1) RBA paling sedikit memuat:
 - a. program dan kegiatan;
 - b. target kinerja (*output*);
 - c. kondisi kinerja Rumah Sakit tahun berjalan;
 - d. asumsi makro dan mikro;
 - e. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan;
 - f. perkiraan biaya; dan
 - g. prakiraan maju (*forward estimate*).
- (2) Rumusan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan target kinerja (*output*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b harus sama dengan rumusan program, kegiatan dan target kinerja yang ada dalam Rencana Kerja Anggaran Rumah Sakit.
- (3) Kondisi kinerja Rumah Sakit tahun berjalan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan uraian gambaran mengenai capaian kinerja per unit kerja pada Rumah Sakit.
- (4) Asumsi makro sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan data dan/atau informasi atas indikator ekonomi yang berhubungan dengan aktivitas perekonomian nasional dan/atau global secara keseluruhan.
- (5) Asumsi mikro sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan data dan/atau informasi atas indikator ekonomi yang berhubungan dengan aktivitas Rumah Sakit.
- (6) Asumsi makro dan asumsi mikro sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) yang digunakan dalam penyusunan RBA merupakan asumsi yang hanya berkaitan dengan pencapaian target Rumah Sakit.
- (7) Asumsi makro dan asumsi mikro sebagaimana dimaksud pada ayat (6) harus dijelaskan kaitannya dengan keberhasilan pencapaian target Rumah Sakit tersebut.
- (8) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e disusun menggunakan basis kas.
- (9) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang disusun menggunakan basis kas sebagaimana dimaksud pada ayat (8) menjadi data masukan untuk pengisian Kertas Kerja Rencana Kerja Anggaran Rumah Sakit.
- (10) Perkiraan biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f disusun menggunakan basis akrual.
- (11) Prakiraan maju sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g digunakan untuk kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan.
- (12) Prakiraan maju untuk kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (11) dicantumkan dalam RBA sampai dengan 3 (tiga) tahun ke depan.

Pasal 108

- (1) RBA menganut Pola Anggaran Fleksibel dengan suatu Persentase Ambang Batas tertentu.
- (2) Pola Anggaran Fleksibel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya berlaku untuk belanja yang bersumber dari pendapatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 106 ayat (9) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d.

(3) Persentase

- (3) Persentase Ambang Batas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal kas.
- (4) Persentase Ambang Batas dicantumkan dalam Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit.
- (5) Pencantuman Ambang Batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa keterangan atau catatan yang memberikan informasi besaran Persentase Ambang Batas.

Bagian Kedua
Penyusunan Ikhtisar RBA
Pasal 109

- (1) Rumah Sakit menyusun RBA mengacu pada Renstra.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan:
 - a. anggaran berbasis kinerja;
 - b. standar satuan harga; dan
 - c. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya, APBD, dan sumber pendapatan BLUD lainnya.
- (3) Anggaran berbasis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a merupakan analisis kegiatan yang berorientasi pada pencapaian *output* dengan penggunaan sumber daya secara efisien.
- (4) Standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku disuatu Kota Parepare.
- (5) Dalam hal BLUD belum menyusun standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (4), BLUD menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan oleh Keputusan Walikota.
- (6) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c merupakan pagu belanja yang dirinci menurut belanja operasi dan belanja modal.

Pasal 110

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109 ayat (1), meliputi:
 - a. ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - b. rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - c. perkiraan harga;
 - d. besaran persentase ambang batas; dan
 - e. perkiraan maju atau *forward estimate*.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu presentase ambang batas tertentu.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disertai dengan standar pelayanan minimal.

Pasal 111

- (1) Ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 ayat (1) huruf a merupakan ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) Rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 ayat (1) huruf b, merupakan rencana anggaran untuk seluruh kegiatan tahunan yang dinyatakan dalam satuan uang yang tercermin dari rencana pendapatan, belanja dan pembiayaan.

(3) Perkiraan

- (3) Perkiraan harga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 ayat (1) huruf c, merupakan estimasi harga jual produk barang dan/atau jasa setelah memperhitungkan biaya per satuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari Tarif Layanan.
- (4) Besaran persentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 ayat (1) huruf d, merupakan besaran persentase perubahan anggaran bersumber dari pendapatan operasional yang diperkenankan dan ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional Rumah Sakit.
- (5) Perkiraan maju sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 ayat (1) huruf e, merupakan perhitungan kebutuhan dana untuk tahun anggaran berikutnya dari tahun yang direncanakan guna memastikan kesinambungan program dan kegiatan yang telah disetujui dan menjadi dasar penyusunan anggaran tahun berikutnya.

Pasal 112

- (1) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan, hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, APBD, dan pendapatan BLUD lainnya yang sah diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA Rumah Sakit pada akun pendapatan daerah pada kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain pendapatan asli daerah yang sah dengan objek pendapatan dari BLUD.
- (2) Belanja BLUD yang sumber dananya berasal dari jasa layanan, hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, pendapatan BLUD lainnya yang sah, dan sisa lebih perhitungan anggaran Rumah Sakit diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA pada akun belanja daerah yang selanjutnya dirinci dalam 1 (satu) program, 1 (satu) kegiatan, 1 (satu) output, dan jenis belanja.
- (3) Belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan serta kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan.
- (4) Penerimaan pembiayaan dan pengeluaran pembiayaan Rumah Sakit diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA Rumah Sakit selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan pada akun pembiayaan pada Badan Keuangan Daerah selaku Bendahara Umum Daerah.
- (5) Rumah Sakit dapat melakukan pergeseran rincian belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), sepanjang tidak melebihi pagu anggaran dalam jenis belanja pada DPA, untuk selanjutnya disampaikan kepada PPKD.
- (6) Rincian belanja dicantumkan dalam RBA.

Pasal 113

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 ayat (1) diintegrasikan/dikonsolidasikan dan merupakan kesatuan dari RKA.
- (2) RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan rancangan peraturan daerah tentang APBD.

Pasal 114

- (1) PPKD menyampaikan RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113 kepada tim anggaran Pemerintah Daerah untuk dilakukan penelaahan.
- (2) Hasil penelaahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain digunakan sebagai dasar pertimbangan alokasi dana APBD untuk Rumah Sakit.

Pasal

Pasal 115

- (1) Tim anggaran Pemerintah Daerah menyampaikan kembali RKA beserta RBA yang telah dilakukan penelaahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 114 ayat (1) kepada PPKD untuk dicantumkan dalam rancangan Peraturan Daerah tentang APBD yang selanjutnya ditetapkan menjadi Peraturan Daerah tentang APBD.
- (2) Tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan RBA mengikuti tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan APBD.

BAB XVI
PRINSIP TATA KELOLA

Pasal 116

- (1) Rumah Sakit beroperasi berdasarkan pola tata kelola atau peraturan internal, yang memuat antara lain:
 - a. struktur organisasi;
 - b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi yang logis; dan
 - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhatikan prinsip antara lain:
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. tanggungjawab; dan
 - d. independensi.

Pasal 117

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 ayat (1) huruf a menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab dan wewenang dalam organisasi.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 ayat (1) huruf b menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektivitas pencapaian organisasi.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif dan produktif.

Pasal 118

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.

(3) Tanggungjawab

- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta terhadap perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.
- (5) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.

BAB XVII KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

Pasal 119

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan berdasarkan jabatan fungsional masing-masing sesuai dengan keahlian dan kebutuhan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Masing-masing tenaga fungsional dimaksud berada di lingkungan unit kerja Rumah Sakit sesuai kompetensinya.

BAB XVIII PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

Bagian Kesatu Maksud Dan Tujuan

Pasal 120

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf Bylaws*) dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis berbasis keselamatan pasien.

Pasal 121

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf Bylaws*) mempunyai tujuan:

- a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (*patient safety*);
- b. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional;
- c. menyediakan forum bagi pembahasan isu menyangkut staf medis; dan
- d. mengontrol serta menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan Pemerintah dan peraturan perundangundangan.

Bagian

Bagian Kedua
Organisasi Staf Medis dan Tanggung Jawab

Pasal 122

- (1) Organisasi staf medis merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Rumah Sakit.
- (2) Organisasi staf medis Rumah Sakit bertanggung jawab dan berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dalam rangka membantu pencapaian tujuan pemerintah di bidang kesehatan.

Bagian Ketiga
Pangkatan dan Pangkat Kembali Staf Medis

Pasal 123

- (1) Keanggotaan Staf Medis merupakan *privilege* yang dapat diberikan kepada dokter dan dokter gigi yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.

Pasal 124

Untuk dapat bergabung dengan Rumah Sakit sebagai Staf Medis maka dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter subspesialis harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP), kesehatan jasmani dan rohani yang laik (*fit*) untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya serta memiliki perilaku yang baik.

Pasal 125

Tatalaksana pangkat dan pangkat kembali Staf Medis Rumah Sakit adalah dengan mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur berdasarkan pertimbangan dari Komite Medis dapat mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan tersebut.

Pasal 126

Bagi Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Kontrak, Staf Medis Mitra atau Staf Medis Relawan sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan.

Pasal 127

Lama masa kerja sebagai staf medis Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- a. untuk Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil adalah sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundangundangan;
- b. untuk Staf Medis Organik Non PNS adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diperbarui kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;
- c. untuk Staf Medis Mitra adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan; dan
- d. untuk Staf Medis Relawan (*voluntir*) adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih menghendaki dan memenuhi semua persyaratan.

Pasal

Pasal 128

Dokter Spesialis Konsultan adalah Dokter yang karena keahliannya Direkrut oleh Rumah Sakit untuk memberikan konsultasi kepada Staf Medis Fungsional lain yang memerlukan dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien.

Pasal 129

Dokter Staf Pengajar adalah Dokter yang mempunyai status tenaga pengajar, baik dari status kepegawaian Kementerian atau pegawai Daerah yang menangani kesehatan, Kementerian yang menangani pendidikan tinggi atau Kementerian lain yang dipekerjakan dan/atau diperbantukan untuk menjadi pendidik dan/atau pengajar bagi peserta didik di bidang kesehatan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keempat
Kategori Staf Medis

Pasal 130

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

- a. Staf Medis Kontrak, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai staf medis kontrak, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada Rumah Sakit;
- b. Staf Medis Organik, yaitu dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap, yang bekerja untuk dan atas serta bertanggungjawab kepada nama Rumah Sakit;
- c. Staf Medis Mitra, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan setingkat dengan Rumah Sakit, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungugat secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit;
- d. Staf Medis Relawan, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit atas dasar keinginan mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit, dan bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungugat sesuai ketentuan; dan
- e. Staf Medis Tamu, yaitu dokter yang tidak tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit, tetapi karena reputasi dan/atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Pasal 131

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya diperluas maka Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medis berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.

(3) Setiap

- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 132

Dokter Instalasi Gawat Darurat adalah Dokter Umum dan Dokter Spesialis yang terlatih menangani kegawatdaruratan sesuai dengan penempatan dan/atau tugas yang diberikan oleh Rumah Sakit, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dan kewenangan di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 133

Peserta pendidikan dokter spesialis adalah peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 134

Peserta Magang adalah dokter atau perawat yang mengikuti pelatihan keprofesian berbasis pada pelayanan primer guna meningkatkan kompetensi, meningkatkan kinerja dan menerapkan standar profesi pada praktik kedokteran dan keperawatan dan melakukan kerja praktek dengan supervisi dari dokter spesialis atau perawat senior dalam jangka waktu tertentu dengan tujuan mencari pengalaman kerja.

Bagian Kelima Kewenangan Klinis

Pasal 135

- (1) Setiap Dokter yang diterima sebagai Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinis oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medis berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- (2) Penentuan kewenangan klinis didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari staf medis yang bersangkutan dengan memperhatikan kondisi di Rumah Sakit.
- (3) Dalam hal ada kesulitan menentukan kewenangan klinis maka Komite Medis dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari Kolegium terkait.

Pasal 136

Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 134 ayat (1) dievaluasi terus-menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

Pasal 137

Kewenangan klinis sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medis.

Pasal 138

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinis untuk melakukan tindakan penyelamatan (*emergency care*) di luar kewenangan klinis reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Keenam
Pembinaan

Pasal 139

Dalam hal Staf Medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan atau kematian maka Komite Medis dapat melakukan audit medis.

Pasal 140

- (1) hasil audit medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 138 apabila dapat dibuktikan kebenarannya maka Komite Medis dapat mengusulkan kepada Direktur untuk dikenai sanksi berupa sanksi administratif.
- (2) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medis.
- (3) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan, untuk selanjutnya Direktur memiliki waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak dan dapat menghadirkan tenaga ahli yang terkait.
- (4) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bersifat final.

Bagian Ketujuh
Pengorganisasian Staf Medis Fungsional

Pasal 141

Semua Dokter yang melaksanakan praktik kedokteran di unit pelayanan Rumah Sakit, termasuk unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan Rumah Sakit, wajib menjadi anggota staf medis.

Pasal 142

- (1) Dalam melaksanakan tugas maka Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian yang sama.
- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok Staf Medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 143

Fungsi Staf Medis Rumah Sakit adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.

Pasal 144

Tugas Staf Medis Rumah Sakit adalah:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;

membuat

- b. membuat rekam medis secara faktual, tepat waktu, aktual dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan/atau pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran;
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 145

Tanggung jawab Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah:

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan Keputusan;
- b. melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang Dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan Keputusan Direktur;
- d. memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur mengenai hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
- f. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur dan/atau Bidang Pelayanan Medis tentang hasil pemantauan indikator mutu klinis, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lainnya yang dianggap perlu; dan
- g. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen terkait.

Pasal 146

Kewajiban Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah:

- a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis;
- b. menyusun indikator mutu klinis; dan
- c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggota.

Pasal 147

- (1) kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang merupakan Dokter Organik.
- (2) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medis dengan persetujuan Direktur.
- (3) masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Bagian Kedelapan Penilaian

Pasal 148

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medis sesuai ketentuan perundangundangan.

(3) Staf

- (3) Staf medis yang memberikan pelayanan medis dan menetap di rumah sakit secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medis, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Bagian Kesembilan
Komite Medis

Paragraf 1
Pengorganisasian

Pasal 149

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

Paragraf 2
Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 150

- (1) Komite Medis dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Susunan organisasi Komite Medis terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Subkomite.
- (3) Keanggotaan Komite Medis ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit.
- (5) Anggota Komite Medis terbagi ke dalam Subkomite.

Paragraf 3
Pemilihan Komite Medis

Pasal 151

- (1) Ketua Komite Medis ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Sekretaris Komite Medis dan para Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medis dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di Rumah Sakit.

Paragraf 4
Tugas dan Fungsi Komite Medis

Pasal 152

- (1) Komite Medis mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;

b. penyelenggaraan

- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1. Kompetensi;
 - 2. Kesehatan fisik dan mental;
 - 3. Perilaku; dan
 - 4. Etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medis;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medis; dan
 - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medis 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; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis Komite Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran.
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.
 - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di rumah sakit.
 - d. Pemberian nasihat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf 5
Wewenang Komite Medis

Pasal 153

- (1) Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis/ *delineation of clinical privilege*.
- (2) Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis/ *clinical appointment*.
- (3) Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis/ *clinical privilege*.
- (4) Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis/ *delineation of clinical privilege*.
- (5) Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis.
- (6) Memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan.
- (7) Memberikan rekomendasi pendampingan/ *proctoring*.
- (8) Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf

Paragraf 6
Subkomite

Pasal 154

- (1) Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medis dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Subkomite yang ada di Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial;
 - b. Subkomite Mutu Profesi;

Pasal 155

Untuk memproteksi masyarakat, Komite Medis memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf medis di Rumah Sakit melalui Subkomite Kredensial.

Pasal 156

- (1) Pengorganisasian Subkomite Kredensial terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, objektif sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- (3) Subkomite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur Rumah Sakit. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan Rumah Sakit tentang kredensial dan Kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan.
- (4) Pada akhir proses kredensial, Komite Medis menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (5) Subkomite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

Pasal 157

- (1) Staf medis mengajukan permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur Rumah Sakit dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan Rumah Sakit dengan dilengkapi bahan pendukung.
- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Komite Medis.
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (4) Pengkajian oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:
 - a. Kompetensi, terdiri dari:
 1. Berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 2. Kognitif;
 3. Afektif;
 4. Psikomotor;
 - b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. perilaku etis;

(5) Kewenangan

- (5) Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (6) Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara:
 - a. menyusun daftar Kewenangan Klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
 - b. mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
 - c. mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
- (7) Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medis berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (8) Subkomite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa:
 - 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; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (9) Bagi staf medis yang ingin memulihkan Kewenangan Klinis yang dikurangi atau menambah Kewenangan Klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medis melalui Direktur Rumah Sakit. Selanjutnya, Komite Medis menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

Pasal 158

Untuk menjaga mutu profesi para staf medis, Komite Medis mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis melalui Subkomite Mutu Profesi.

Pasal 159

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari :

1. Ketua;
2. Sekretaris; dan
3. Anggota.

Pasal 160

- (1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu:
 - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di Rumah Sakit;
 - b. sebagai dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis/*Clinical Privilege* sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c. sebagai dasar bagi Komite Medis dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis/*Clinical Privilege*;
 - d. sebagai dasar bagi Komite Medis dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (2) Langkah pelaksanaan audit medis:
 - a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
 - b. penetapan

b. penetapan

- b. penetapan standar dan kriteria;
 - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 - f. menerapkan perbaikan;
 - g. rencana reaudit.
- (3) Subkomite Mutu Profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis:
- a. menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
 - b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit maupun kasus langka;
 - c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
 - d. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip Sub Komite Mutu Profesi;
 - e. sub Komite Mutu Profesi bersama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Sub Komite Mutu Profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
 - f. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Sub Komite Mutu Profesi pertahun;
 - g. Subkomite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian Rumah Sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
 - h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
 - i. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Manajemen.
- (4) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan:
- a. menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis;
 - b. Komite Medis berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

Pasal 161

Peran Komite Medis dalam upaya pendisiplinan staf medis dilakukan oleh Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

Pasal 162

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

1. Ketua;
2. Sekretaris; dan
3. Anggota.

Pasal

Pasal 163

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Subkomite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan:
 - a. peraturan internal Rumah Sakit;
 - b. peraturan internal staf medis;
 - c. etika Rumah Sakit; dan
 - d. norma etika medis dan norma bioetika.
- (2) Tolak ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu:
 - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
 - b. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar Kewenangan Klinis di rumah sakit;
 - d. kode etik kedokteran Indonesia;
 - e. pedoman perilaku profesional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
 - f. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
 - g. pedoman pelayanan medis/klinik;
 - h. standar prosedur operasional asuhan medis.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Subkomite Etika dan Disiplin Profesi. Panel terdiri dari 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam Rumah Sakit atau luar Rumah Sakit, baik atas permintaan Komite Medis dengan persetujuan Direktur Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit terlapor.
- (4) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut:
 - a. Sumber laporan:
 1. perorangan:
 - 1) manajemen Rumah Sakit;
 - 2) staf medis lain;
 - 3) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
 - 4) pasien atau keluarga pasien;
 2. non perorangan:
 - 1) hasil konferensi kematian;
 - 2) hasil konferensi klinis;
 - b. dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal antara lain:
 1. kompetensi klinis;
 2. penatalaksanaan kasus medis;
 3. pelanggaran disiplin profesi;
 4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di Rumah Sakit; dan
 5. ketidakmampuan bekerjasama dengan staf Rumah Sakit yang dapat membahayakan pasien.
 - c. pemeriksaan:
 1. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
 2. melalui proses pembuktian;
 3. dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medis;
 4. terlapor dapat didampingi oleh personil dari Rumah Sakit tersebut;

5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
 6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia;
- d. keputusan, keputusan panel yang dibentuk oleh Subkomite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di Rumah Sakit. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Subkomite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Medis.
 - e. rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Subkomite Etika dan Disiplin Profesi di Rumah Sakit berupa:
 1. peringatan tertulis;
 2. limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
 3. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut; dan
 4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.
 - f. Pelaksanaan Keputusan, keputusan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur oleh Ketua Komite Medis sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.
- (5) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, loka karya yang dilakukan oleh unit kerja Rumah Sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medis.
- (6) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Pasal 164
Rapat Komite Medis

- (1) Rapat Komite Medis terdiri dari:
 - a. rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan staf medis yang diselenggarakan setiap 1 (satu) bulan sekali;
 - b. rapat koordinasi dengan pejabat pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
 - c. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya *urgent*; dan
 - d. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahunan.
- (2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medis atau Sekretaris apabila Ketua tidak dapat hadir.
- (3) Rapat Rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medis atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 (lima belas) menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum.

(4) Setiap

- (4) Setiap Rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.
- (5) Keputusan rapat Komite Medis didasarkan atas suara terbanyak.
- (6) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (7) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Medis yang hadir.
- (8) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (9) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Pasal 165
Rapat Khusus

- (1) Rapat khusus diadakan apabila:
 - a. ada permintaan dan tanda tangan paling sedikit 3 (tiga) anggota stafmedis;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh Komite Medis; dan
 - c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medis, atau dalam hal kourum, tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (2) Undangan Rapat Khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medis kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan.
- (3) Undangan Rapat Khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (4) Rapat Khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf a harus dilakukan paling lama 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 166

- (1) Rapat Tahunan Komite Medis diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Rapat Komite Medis wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak lain yang perlu diundang paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Bagian Kesepuluh
Tindakan Korektif

Pasal 167

Dalam hal Staf Medis diduga melakukan layanan klinik di bawah standar maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan oleh Komite Medis untuk dilakukan audit medis.

Pasal 168

Dalam hal hasil audit medis menunjukkan kebenaran adanya layanan klinik di bawah standar, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberikan sanksi dan pembinaan sesuai ketentuan.

Bagian

Bagian Kesebelas
Pemberhentian Staf Medis

Pasal 169

Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil diberhentikan dengan hormat karena:

- a. telah memasuki masa pensiun;
- b. permintaan sendiri;
- c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai Staf Medis; dan
- d. berhalangan tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut.

Pasal 170

Staf Medis Mitra berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas persetujuan bersama.

Pasal 171

Staf Medis Mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja kembali untuk masa kontrak berikutnya setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.

Bagian Kedua belas
Sanksi

Pasal 172

Staf Medis Rumah Sakit, baik yang berstatus organik, mitra, maupun *voluntir* yang melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, peraturan Rumah Sakit, klausula dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.

Pasal 173

Pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat dari Komite Medis dengan mempertimbangkan kadar kesalahannya, yang bentuknya dapat berupa:

- a. teguran lisan atau tertulis;
- b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
- c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis Organik; atau
- d. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

Bagian Ketiga belas
Kerahasiaan dan Informasi Medis

Pasal 174

- (1) Dalam hal menjaga kerahasiaan dan informasi Medis, maka Rumah Sakit:
 - a. berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b. wajib menyimpan Rekam Medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - c. dapat memberikan isi Rekam Medis kepada pasien ataupun pihak lain atas izin pasien secara tertulis; dan
 - d. dapat memberikan isi dokumen Rekam Medis untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

(2) Dokter

- (2) Dokter Rumah Sakit:
 - a. berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;
 - b. wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
 - c. wajib menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika hukum dan kedokteran.
- (3) Pasien Rumah Sakit:
 - a. berhak mengetahui peraturan dan ketentuan Rumah Sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lainnya hal yang berkaitan dengan pasien;
 - b. wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya;
 - c. berhak mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan dokter, yaitu:
 - 1. diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medis;
 - 2. tujuan tindakan medis;
 - 3. tata laksana tindakan medis;
 - 4. alternatif tindakan lain jika ada;
 - 5. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 - 6. akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan;
 - 7. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
 - 8. risiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medis.

BAB XIX
KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

Pasal 175

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Keuangan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan Rumah Sakit.
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Wakil Direktur Pelayanan Rumah Sakit.
- (5) Proses dan frekuensi *review* serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Bagian Ketatausahaan dan Hukum, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali.
- (7) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarkhistruktural.
- (8) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.

(9) Retensi

- (9) Retensi dari kebijakan, pedoman/penduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi Dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (10) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan *master list* yang dikelola oleh Bagian Ketatausahaan dan Hukum.

BAB XX
MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 176

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) dilakukan monitoring dan evaluasi setiap 2 (dua) tahun sesuai perkembangan Rumah Sakit.
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Rumah Sakit.

BAB XXI
PENUTUP

Pasal 177

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Parepare
Pada tanggal 11 Agustus 2020

WALIKOTA PAREPARE

ttd

TAUFAN PAWE

Diundangkan di Parepare
Pada tanggal 11 Agustus 2020

SEKRETARIS DAERAH KOTA PAREPARE

ttd

IWAN ASAAD

BERITA DAERAH KOTA PAREPARE TAHUN 2020 NOMOR 29

LAMPIRAN I PERATURAN WALIKOTA PAREPARE
NOMOR : 29 TAHUN 2020
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
(*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT dr.
HASRI AINUN HABIBIE KOTA
PAREPARE

LOGO RUMAH SAKIT

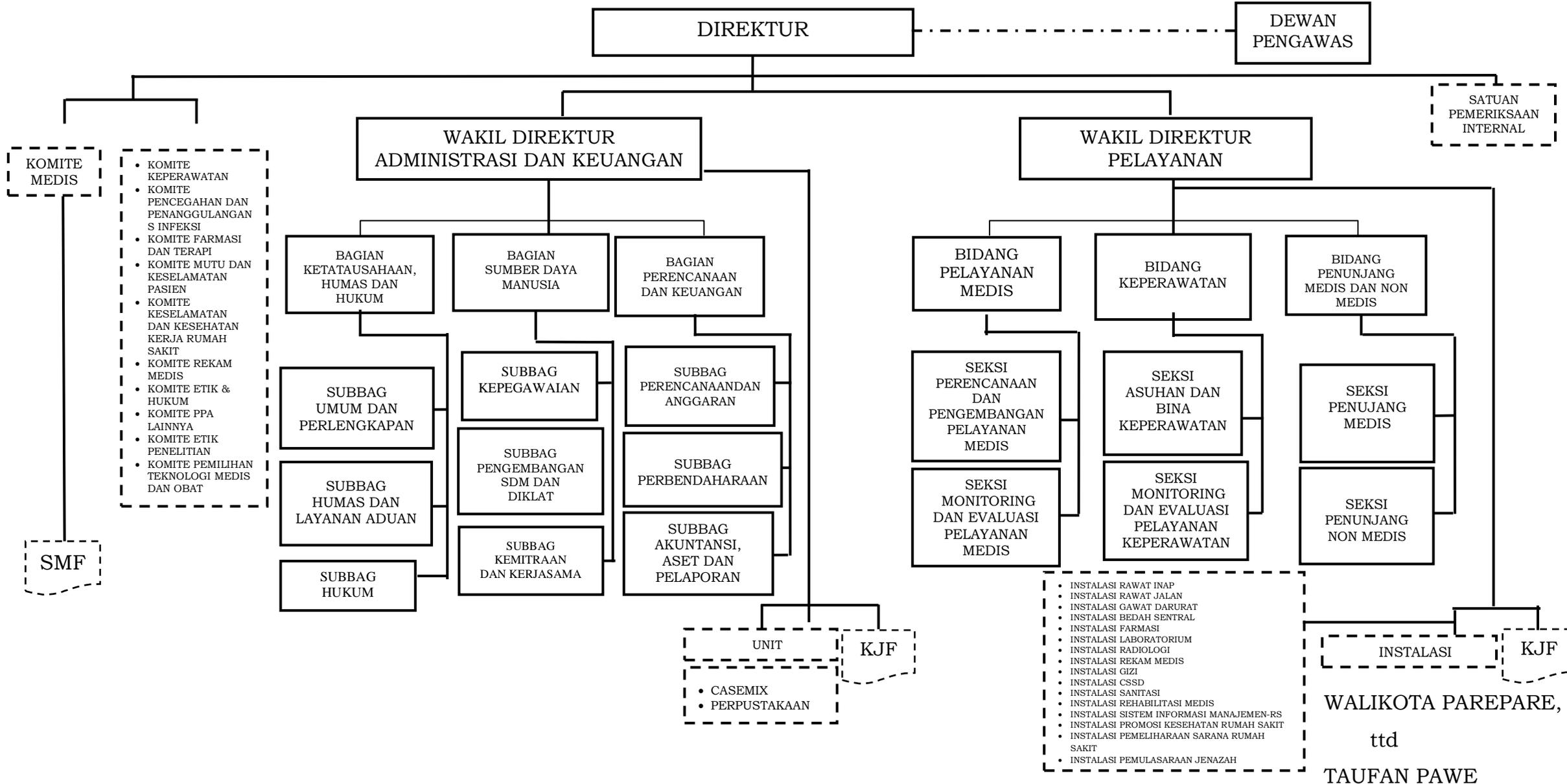


WALIKOTA PAREPARE,

ttd

TAUFAN PAWE

STRUKTUR ORGANISASI
 RUMAH SAKIT dr. HASRI AINUN HABIBIE KOTA PAREPARE



WALIKOTA PAREPARE,
 ttd
 TAUFAN PAWE