



**WALIKOTA PALOPO  
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

**PERATURAN WALIKOTA PALOPO**

**NOMOR : 4 TAHUN 2016**

**TENTANG**

**PERATURAN INTERNAL (HOSPITAL BY LAWS)**

**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SAWERIGADING KOTA PALOPO**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**WALIKOTA PALOPO,**

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit terkait pengawasan terhadap Rumah Sakit dan sebagai acuan bagi Pimpinan Rumah Sakit dalam mengelola Rumah Sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis operasional, serta sebagai sarana perlindungan hukum, menjamin efektifitas dan mutu layanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit, maka perlu menetapkan Peraturan Walikota Palopo tentang Peraturan Internal (Hospital By Laws) RSUD Sawerigading Kota Palopo;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Mamasa dan Kota Palopo di Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 24, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4186);

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah dengan Pengganti Undang-undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan 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);
9. 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);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah; (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);

11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Tehknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
12. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
15. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
16. Peraturan Daerah Kota Palopo Nomor 5 Tahun 2015 tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Sawerigading Kota Palopo.

## **M E M U T U S K A N**

Menetapkan : **PERATURAN WALIKOTA PALOPO TENTANG PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SAWERIGADING KOTA PALOPO**

### **BAB I**

#### **KETENTUAN UMUM**

##### **Pasal 1**

Dalam Keputusan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Palopo.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota sebagai unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonomi.
3. Walikota adalah Walikota Palopo.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Pemerintah Kota Palopo.
5. Pemilik adalah pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Sawerigading yaitu Pemerintah Daerah Kota Palopo.
6. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Sawerigading yang selanjutnya disingkat RSUD Sawerigading.

7. Direktur Utama adalah Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Sawerigading.
8. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Law*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
9. Peraturan internal korporasi (*corporate bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.
10. Peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
11. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
12. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
13. Dewan Pengawas adalah organ rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan rumah sakit yang bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit.
14. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
15. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
16. Satuan Pemeriksaan Internal adalah organ di rumah sakit yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit.

17. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
18. Mitra Bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
19. 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*).
20. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
21. Tata Kelola Klinis yang Baik (*Good Clinical Governance*) adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, resiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit.
22. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
23. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
24. Tarif adalah imbalan atas barang dan / atau jasa yang diberikan oleh RSUD Sawerigading termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana, dapat bertujuan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
25. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit Umum Daerah Sawerigading.
26. Standard Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD Sawerigading kepada masyarakat.

**BAB II**  
**IDENTITAS**  
**bagian Kesatu**  
**Kedudukan Rumah Sakit**  
**Pasal 2**

- (1) Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Sawerigading Kota Palopo yang selanjutnya disebut RSUD Sawerigading.
- (2) Alamat rumah sakit di Jalan Dr. Ratulangi Km 7 Rampoang Kota Palopo.

**Pasal 3**

RSUD Sawerigading adalah Lembaga Teknis Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah Kota Palopo yang dipimpin oleh seorang Direktur Utama yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.

**Pasal 4**

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

**bagian kedua**

**Visi, Misi, Motto dan Nilai – Nilai Dasar**

**Pasal 5**

- (1) Visi RSUD Sawerigading adalah sebagai rumah sakit pusat rujukan terbaik di Jasirah Timur Provinsi Sulawesi Selatan.
- (2) Misi Rumah Sakit RSUD Sawerigading adalah:
  - a. Memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh, bermutu dan terjangkau pada masyarakat.
  - b. Meningkatkan sumber daya manusia agar lebih profesional dalam bidang pelayanan kesehatan dan manajemen Rumah Sakit demi tercapainya pelayanan prima.
  - c. Meningkatkan Kesejahteraan Karyawan Rumah Sakit.
  - d. Menerapkan konsep Manajemen Mutu Paripurna dalam pengelolaan Rumah Sakit.
  - e. Melaksanakan Prinsip-prinsip Pelayanan Prima dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit.

- f. Meningkatkan kerjasama dengan *stakeholder* dalam pengelolaan Rumah Sakit.
- (3) Visi dan Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dapat dilakukan evaluasi berkala setiap 5 (lima) tahun dan/atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (4) Visi dan Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) disosialisasikan oleh pengelola kepada seluruh pegawai dan masyarakat.

### **Pasal 6**

- (1) Motto RSUD Sawerigading adalah “SIPAKATAU”, singkatan dari:
- Simpatik
  - Patuh
  - Beretika
  - Tahu Diri
- (2) Nilai-nilai dasar RSUD Sawerigading berlandaskan pada :
- a. Kejujuran;
  - b. Keterbukaan;
  - c. Kesabaran;
  - d. Kerja Keras; dan
  - e. Religius.

### **bagian ketiga**

### **Logo Rumah Sakit dan Tujuan**

### **Pasal 7**

- (1) Logo Rumah Sakit :



**RSUD SAWERIGADING**

- (2) Deskripsi dari Logo sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari :
- a. Warna yang ada dalam logo tersebut berarti :
    1. Hijau :
      - dikaitkan dengan dunia alam;
      - warna yang menenangkan dan santai;
      - warna yang menyeimbangkan emosi;
      - menciptakan keterbukaan antara Anda dan orang lain;

- warna yang terkait dengan cakra jantung sehingga dipercaya membantu masalah emosional;
- warna kesan segar.

2. Biru :

- warna yang bisa meningkatkan nafsu makan “kekuatan”;
- warna yang menenangkan dan diyakini mengatasi insomnia;
- warna yang meningkatkan ekspresi verbal, komunikasi, ekspresi artistik dan kekuatan.
- merangsang pemikiran yang jernih dan menenangkan pikiran.
- warna yang dingin.
- warna yang tenang dan bersifat profesional.
- warna yang melambangkan kepercayaan dan trustfulness.

b. Bentuk setengah lingkaran “Pajung ri Luwu” dengan warna hijau berarti:

1. Kemuliaan dari Luwu yang menenangkan, membuka keterbukaan dalam pelayanan kesehatan, memberikan kesegaran dan kenyamanan pada pengunjung rumah sakit.
2. Rumah Sakit Umum Daerah Sawerigading Kota Palopo yang tenang dan nyaman menciptakan emosi yang segar, mempercepat proses pemulihan pasien.

c. Bentuk Lingkaran bulat berwarna Biru menandakan bahwa “Bumi Sawerigading”:

1. Kekuatan masyarakat Luwu Raya dengan pemikiran yang jernih;
2. Pelayanan rumah sakit yang tentang dalam mengatasi pemulihan pasien;
3. Rumah Sakit Sawerigading memberikan pelayanan kesehatan profesional, dengan memberikan citra kepercayaan yang tinggi dan trustfulness menjadi jaminan akan proses pemulihan pasien yang lebih cepat dan baik.

d. Bentuk bulatan kecil dan palang hijau berarti:

1. Rumah Sakit Sawerigading cerminan citra kemuliaan Pemerintah Kota Palopo dalam memberikan pelayanan kesehatan yang menyentuh cakra jantung Masyarakat Luwu Raya, pelayanan yang profesional dan terpercaya dalam proses pemulihan pasien, menciptakan keterbukaan dalam pelayanan kesehatan;
2. Untuk Luwu raya yang sehat dan kuat;
3. Rumah Sakit Sawerigading hadir melayani masyarakat tanpa pilih kasih.



## **Pasal 8**

Tujuan RSUD Sawerigading adalah :

- a. Tujuan umum adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya pengobatan, pemulihan, pencegahan, promosi kesehatan rumah sakit, pelayanan rujukan, penyelenggaraan pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat.
- b. Tujuan khusus adalah meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat dan menjadikan RSUD Sawerigading sebagai pusat rujukan yang paripurna dan mengupayakan RSUD Sawerigading untuk mampu menjadi pengelola pendidikan tenaga kesehatan yang profesional dan pendidikan kesehatan yang berorientasi kepada kepuasan pasien

### **bagian keempat**

#### **Tugas Pokok dan Rincian Tugas Jabatan**

### **Pasal 9**

- (1) RSUD Sawerigading mempunyai tugas pokok membantu Walikota dalam menyelenggarakan tugas-tugas Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) , RSUD Sawerigading mempunyai fungsi :
  - a. Penyusunan perencanaan bidang pelayanan kesehatan di rumah sakit;
  - b. Perumusan kebijakan teknis bidang pelayanan kesehatan di rumah sakit;
  - c. Pelaksanaan pelayanan medis dan administrasi pasien;
  - d. Pelaksanaan bimbingan asuhan keperawatan, etika dan mutu keperawatan;
  - e. Pembinaan, pengendalian dan fasilitas pelaksanaan kegiatan bidang pelayanan kesehatan;
  - f. Pelaksanaan penatausahaan;
  - g. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Walikota.

**BAB III**  
**DEWAN PENGAWAS**

**bagian kesatu**

**Kedudukan, Wewenang, Tugas dan Kewajiban**

**Pasal 10**

- (1) Dewan Pengawas Rumah Sakit adalah suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas Rumah Sakit dibentuk dengan Keputusan Walikota atas usulan Direktur Utama.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai wakil pemilik (*governing body*) dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.

**Pasal 11**

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

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

## **Pasal 12**

- (1) Dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat 3, Dewan Pengawas bertugas:
  - a. melakukan pengawasan pengelolaan keuangan BLUD Rumah Sakit;
  - b. mengarahkan kebijakan Rumah Sakit;
  - c. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis bisnis;
  - d. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana bisnis dan anggaran;
  - e. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - 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.
- (2) Selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1), Dewan Pengawas juga menyetujui program upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Sawerigading.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim *Ad-hoc*.

## **Pasal 13**

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 Dewan Pengawas berkewajiban:

- a. Memberikan pendapat, saran, nasihat dan arahan kepada Direksi dalam penyelenggaraan Rumah Sakit;
- b. Memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang diusulkan oleh Direktur Utama Rumah Sakit;
- c. Mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit, memberikan pendapat dan saran kepada Direktur Utama mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan Rumah Sakit;
- d. Melaporkan dengan segera kepada Direktur Utama apabila terjadi gejala menurunnya kinerja Rumah Sakit;
- e. Melakukan tugas pengawasan lain yang ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital bylaws*);

- f. Melakukan hal-hal lain yang dianggap perlu sebagaimana diatur dalam Peraturan Perundang-undangan dan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital bylaws*).

#### **Pasal 14**

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Walikota, dalam bentuk laporan Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan (persemester).

#### **bagian kedua**

### **Pengangkatan, Pemberhentian dan Penggantian Antar Waktu**

#### **Dewan Pengawas**

#### **Pasal 15**

- (1) Dewan Pengawas RSUD Sawerigading diangkat dan diberhentikan oleh Walikota dan ditetapkan dengan Keputusan Walikota.
- (2) Pengangkatan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan anggota Direksi.
- (3) Masa jabatan Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

#### **Pasal 16**

- (1) Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Walikota.
- (2) Pemberhentian Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) apabila terbukti:
  - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD Sawerigading;
  - d. mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan RSUD Sawerigading;
  - e. dipidana penjara karena melakukan perbuatan pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan RSUD Sawerigading; atau
  - f. berhalangan tetap.
- (3) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Walikota.

## **Pasal 17**

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (2), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

## **Bagian Ketiga**

### **Keanggotaan Dewan Pengawas**

## **Pasal 18**

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah paling banyak 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat terdiri dari:
  - a. pejabat Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang berkaitan dengan kegiatan BLUD;
  - b. pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah;
  - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
  - d. organisasi profesi,
  - e. asosiasi perumhaskitan, dan
  - f. tokoh masyarakat.

## **Pasal 19**

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 perumhaskitan, 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 Walikota.

#### **Pasal 20**

Ketua Dewan Pengawas bertugas:

- a. Memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
- b. Mengarahkan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal Rumah Sakit melalui Rapat Dewan Pengawas;
- c. Bekerja sama dengan Pengelola untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas dan bilamana rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur Utama untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu;
- d. Melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada huruf c, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.

#### **Pasal 21**

- (1) Dewan Pengawas diberikan honorarium atau jasa sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (2) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada RSUD Sawerigading, dan dimuat dalam Rencana Strategi Bisnis serta Rencana Bisnis dan Anggaran RSUD Sawerigading.

#### **bagian keempat**

#### **Sekretaris Dewan Pengawas**

#### **Pasal 22**

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur Utama Rumah Sakit 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, antara lain:
  - a. mengatur dan menyiapkan rapat Dewan Pengawas;
  - b. membuat risalah rapat Dewan Pengawas;
  - c. menyebarkan risalah rapat Dewan Pengawas kepada peserta rapat; dan

- d. menyiapkan bahan laporan kegiatan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak merangkap sebagai 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 kelima**

### **Penyusunan Laporan Dewan Pengawas**

#### **Pasal 23**

- (1) Dalam rangka mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas RSUD Sawerigading wajib menyampaikan laporan pengawasan kepada Walikota.
- (2) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester.
- (3) Laporan sebagaimana dimaksud ayat (2) terdiri dari:
- a. Laporan semester pertama paling lambat 30 hari setelah periode semester terakhir.
  - b. Laporan semester kedua (tahunan) paling lambat 40 hari setelah tahun anggaran berakhir.

#### **Pasal 24**

- (1) Laporan Dewan Pengawas RSUD Sawerigading sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 paling sedikit memuat hal-hal sebagai berikut:
- a. Penilaian terhadap Rencana Strategi Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran serta pelaksanaannya;
  - b. Penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan lain-lainnya;
  - c. Penilaian ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan;
  - d. Permasalahan-permasalahan pengelolaan RSUD Sawerigading dan solusinya;
  - e. Penilaian terhadap program upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien; dan
  - f. Saran dan rekomendasi.
- (2) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditandatangani oleh ketua dan anggota Dewan Pengawas.

## **Pasal 25**

Selain laporan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Dewan Pengawas RSUD Sawerigading sewaktu-waktu wajib menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan rumah sakit antara lain terkait dengan:

- a. penurunan kinerja rumah sakit;
- b. pemberhentian pimpinan rumah sakit sebelum berakhirnya masa jabatan.
- c. pergantian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas.
- d. berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.

### **bagian keenam**

## **Rapat Dewan Pengawas**

### **Pasal 26**

- (1) Rapat Dewan Pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dinilai perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasihat kepada Direksi.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari :
  - a. Rapat Rutin;
  - b. Rapat Khusus; dan
  - c. Rapat Tahunan.

### **Pasal 27**

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ayat (2) huruf a merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal.
- (2) Tidak termasuk dalam rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rapat tahunan dan rapat khusus.
- (3) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas, Direksi, Komite Medik, dan/atau pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi terhadap berbagai masalah di RSUD Sawerigading.
- (4) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas;



- (5) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat rutin kepada peserta rapat paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (6) Peserta rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (5) terdiri dari Ketua, Sekretaris, Anggota Dewan Pengawas, Direksi, Komite Medik, dan/atau pihak lain terkait baik berasal dari dalam maupun dari luar RSUD Sawerigading.
- (7) Penyampaian undangan rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (5) harus melampirkan:
  - a. 1 (satu) salinan agenda;
  - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu;
  - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

### **Pasal 28**

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (2) huruf b merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan dalam hal:
  - a. adanya permasalahan penting yang harus segera diputuskan;
  - b. adanya permintaan yang harus ditandatangani oleh paling sedikit tiga orang anggota Dewan Pengawas;
- (3) Dalam hal rapat khusus diselenggarakan karena adanya permintaan yang harus ditandatangani oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, rapat khusus harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat khusus kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus diselenggarakan.
- (5) Peserta rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terdiri dari Ketua, Sekretaris, Anggota Dewan Pengawas, Direksi, dan/atau pihak lain terkait baik berasal dari dalam maupun dari luar RSUD Sawerigading.
- (6) Undangan rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

### **Pasal 29**

- (1) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (2) huruf c merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
- (2) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan 1 (satu) kali dalam 1(satu) tahun kalender.
- (3) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diselenggarakan diantara tanggal 1 Juli dan 31 Desember tahun berjalan.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat khusus kepada peserta rapat paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat tahunan diselenggarakan.
- (5) Dalam rapat tahunan Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan RSUD Sawerigading termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

### **Pasal 30**

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

### **Pasal 31**

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan tercapai apabila dihadiri oleh 3/5 (tiga per lima) dari jumlah seluruh anggota Dewan Pengawas.

### **Pasal 32**

- (1) Dalam hal kuorum telah tercapai dan Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

### **Pasal 33**

- (1) Sekretaris Dewan Pengawas bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan dan pembuatan risalah rapat Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah setelah tandatangani oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.
- (3) Penandatanganan risalah rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan.
- (4) Segala putusan dalam risalah rapat tidak dapat dilaksanakan sebelum Risalah rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah.

### **Pasal 34**

- (1) Pengambilan keputusan rapat dilakukan melalui musyawarah untuk mencapai mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara yang dilaksanakan 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 Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
  - c. Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara yang kedua kalinya;
  - d. Suara yang dihitung hanyalah berasal dari Anggota Dewan Pengawas yang hadir pada rapat tersebut.
- (3) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

### **Pasal 35**

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya.
- (2) Usulan perubahan atau pembatalan keputusan pada rapat rutin atau rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat khusus.

- (3) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat diterima dalam rapat khusus yang diselenggarakan, usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

#### **BAB IV**

### **PENGELOLA DAN PEJABAT PENGELOLA**

#### **bagian kesatu**

#### **Struktur Organisasi, Tugas Pokok, Fungsi, Wewenang Dan Tanggung Jawab Pengelola**

##### **Pasal 36**

Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Pengelola Rumah Sakit ditetapkan oleh Walikota dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Peraturan Walikota Palopo tentang Tugas Pokok dan Rincian Tugas Jabatan pada RSUD Sawerigading Palopo.

##### **Pasal 37**

- (1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan RSUD Sawerigading secara keseluruhan menjadi tanggung jawab Direktur Utama.
- (2) Direktur Utama diangkat, diberhentikan dan bertanggungjawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Penilaian Kinerja Direksi dilakukan oleh Walikota.

#### **Bagian Kedua**

##### **Pasal 38**

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit terdiri atas :
  - a. Pemimpin yang terdiri dari satu orang Direktur Utama, dan dua orang direktur yakni Direktur Pelayanan dan Direktur Administrasi, Keuangan dan Bina Program;
  - b. Pejabat Keuangan adalah Kepala Bagian Keuangan; dan
  - c. Pejabat Teknis yaitu Pejabat yang secara teknis fungsional melaksanakan tugas dan fungsi pelayanan dan fungsi pendukung pelayanan.
- (2) Sebutan untuk pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku di Rumah Sakit.

### **Pasal 39**

- (1) Komposisi Pejabat Pengelola RSUD Sawerigading 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 40**

- (1) Direktur Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam pasal 39 ayat (1) huruf a, mempunyai tugas dan kewajiban :
  - a. Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit;
  - b. Menyusun Renstra Bisnis Rumah Sakit;
  - c. Menyiapkan Rencana Bisnis Anggaran;
  - d. Mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis kepada Kepala daerah sesuai ketentuan;
  - e. Menetapkan pejabat lainnya sesuai kebutuhan Rumah Sakit selain pejabat yang telah ditetapkan dengan Peraturan Perundang-undangan;
  - f. Menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan Rumah Sakit kepada Kepala Daerah.
- (2) Direktur Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan Rumah Sakit.

### **Pasal 41**

- (1) Pejabat Keuangan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada Pasal 38 ayat (2) huruf b, mempunyai tugas dan kewajiban :
  - a. Mengkoordinasikan penyusunan Rencana Bisnis Anggaran;
  - b. Menyiapkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran;
  - c. Melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
  - d. Menyelenggarakan pengelolaan kas;
  - e. Melakukan pengelolaan utang-piutang;
  - f. Menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
  - g. Menyelenggarakan system informasi manajemen keuangan; dan
  - h. Menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan.

- (2) Pejabat Keuangan Rumah sakit dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab keuangan Rumah Sakit.

#### **Pasal 42**

- (1) Pejabat teknis sebagaimana dimaksud dalam pasal 38 ayat (3) huruf c, mempunyai tugas dan kewajiban :
  - a. Menyusun perencanaan teknis di bidangnya;
  - b. Melaksanakan kegiatan teknis sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran;  
dan
  - c. Mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang masing-masing.
- (2) Pejabat teknis Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab teknis di bidang masing-masing.
- (3) Tanggung Jawab pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), berkaitan dengan mutu, dan peningkatan sumber daya lainnya.

#### **Pasal 43**

- (1) Pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan/ atau Non PNS yang professional sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (3) Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari PNS disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Pengangkatan dan pemberhentian pegawai Rumah Sakit yang berasal dari Non PNS dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.

#### **Pasal 44**

- (1) Direktur Rumah Sakit merupakan pejabat pengguna anggaran/barang daerah.
- (2) Direktur RSUD Sawerigading Palopo merupakan pejabat kuasa pengguna anggaran/barang daerah pada Rumah Sakit.

- (3) Dalam hal ini Direktur Rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berasal dari PNS dan Non PNS, pejabat keuangan Rumah Sakit wajib berasal dari PNS yang merupakan pejabat pengguna anggaran/barang daerah.
- (4) Dalam hal pimpinan Unit Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari Non PNS, pejabat keuangan Rumah sakit wajib berasal dari PNS yang mendapat kuasa pengguna anggaran/barang daerah pada Rumah Sakit.

### **bagian ketiga**

#### **Pengangkatan dan Pemberhentian**

##### **Pasal 45**

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola RSUD Sawerigading ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (3) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan RSUD Sawerigading.
- (4) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.

### **bagian keempat**

#### **Direktur Utama**

##### **Pasal 46**

Untuk dapat diangkat menjadi Direktur Utama RSUD Sawerigading wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian RSUD Sawerigading;
- c. berstatus PNS; dan
- d. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di RSUD Sawerigading.
- e. memenuhi persyaratan administrasi kepegawaian.

**bagian kelima**  
**Direktur Pelayanan**  
**Pasal 47**

Untuk dapat diangkat menjadi Direktur Pelayanan di RSUD Sawerigading wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu melaksanakan koordinasi;
- d. berstatus sebagai PNS;
- e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan yang profesional; dan
- f. memenuhi persyaratan administrasi kepegawaian.

**bagian keenam**  
**Direktur Administrasi Keuangan dan Bina Program**  
**Pasal 48**

Untuk dapat diangkat menjadi Direktur Administrasi Keuangan dan Bina Program di RSUD Sawerigading wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. seorang tenaga medis atau sarjana lainnya yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bagian umum, keuangan dan/atau akutansi;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
- c. mampu melaksanakan koordinasi;
- d. berstatus sebagai PNS;
- e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat; dan
- f. memenuhi persyaratan administrasi kepegawaian.



## **bagian tujuh**

### **Rapat Direksi**

#### **Pasal 49**

- (1) Rapat Direksi adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur Utama dan Direktur untuk membahas hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Rapat Direksi terdiri dari :
  - a. Rapat Rutin;
  - b. Rapat Tahunan; dan
  - c. Rapat Khusus.
- (3) Dalam rapat tertentu yang bersifat khusus, Direksi dapat mengundang Dewan Pengawas, yang disampaikan secara tertulis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelum rapat diselenggarakan.
- (4) Untuk setiap rapat Direksi dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Bagian Umum selaku Notulis.

#### **Pasal 50**

- (1) Rapat Rutin diselenggarakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan.
- (2) Dalam rapat rutin sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal yang berhubungan dengan kegiatan RSUD Sawerigading sesuai tugas, kewenangan dan kewajibannya.

#### **Pasal 51**

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

#### **Pasal 52**

- (1) Keputusan Rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.

**BAB V**  
**KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL**

**bagian kesatu**

**Umum**

**Pasal 53**

- (1) Komite merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis Komite ditetapkan oleh Direktur Utama setelah pengkajian menurut kebutuhan rumah sakit.
- (3) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- (4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.

**Pasal 54**

- (1) Komite pada RSUD Sawerigading, terdiri dari:
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Etik dan Hukum;
  - d. Komite Farmasi dan Terapi;
  - e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
  - f. Komite Mutu, keselamatan pasien dan manajemen resiko; dan
  - g. Komite lainnya sesuai kebutuhan Rumah sakit.
- (2) Tiap-tiap Komite pada RSUD Sawerigading mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur Utama.
- (3) Ketua dan Anggota Komite dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya apabila terbukti:
  - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD Sawerigading;

- d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan RSUD Sawerigading; atau
  - e. adanya kebijakan dari Walikota Palopo.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur Utama kepada yang bersangkutan;

#### **Pasal 55**

- (1) Setiap Komite akan dijabarkan dalam Bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya pada Buku I Peraturan Internal Korporasi.
- (2) Pengaturan mengenai Komite Medik akan diatur secara khusus dalam bab tersendiri pada Buku II Peraturan Internal Staf Medis.
- (3) Komite Keperawatan akan diatur secara khusus dalam Buku Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staf ByLaws*).

#### **bagian kedua**

#### **Komite Etik dan Hukum**

#### **Pasal 56**

- (1) Komite Etik dan Hukum paling sedikit terdiri atas Ketua, Sekretaris, dan 3 (tiga) orang anggota.
- (2) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum harus mewakili berbagai profesi di dalam rumah sakit.
- (3) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum dipilih, diangkat, dan diberhentikan dengan Keputusan Direktur Utama.
- (4) Masa jabatan Komite Etik dan Hukum ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

#### **Pasal 57**

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya Komite Etik dan Hukum berfungsi:
  - a. Menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi medikoetikolegal dalam aspek hukum, etika pelayanan dan etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit baik internal maupun eksternal;
  - b. Menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan terkait aspek hukum, etika pelayanan dan etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit.
  - c. Menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan risk management terhadap masalah-masalah etika dan hukum.

(2) Komite Etik dan Hukum bertugas:

- a. Memberikan pertimbangan dan saran kepada Direksi dalam hal menyusun dan merumuskan kebijakan medikoetikolegal dalam aspek hukum, etika pelayanan dan etika penyelenggaraan organisasi;
- b. Membantu Direksi dalam penyelesaian masalah yang terkait dalam aspek hukum, etika pelayanan dan etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit;
- c. Membantu Direksi melakukan pembinaan dan pemeliharaan dalam aspek hukum, etika pelayanan dan etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit dalam penyelenggaraan fungsi rumah sakit yang terkait dengan *Hospital By Laws*; dan
- d. Merupakan gugus bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di RSUD Sowerigading apabila diperlukan.

(3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (2) disampaikan secara tertulis kepada Direktur Utama dalam bentuk laporan dan rekomendasi.

(4) Rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberikan berdasarkan penugasan dari Direktur Utama.

**bagian ketiga**

**Komite Farmasi dan Terapi**

**Pasal 58**

- (1) Komite Farmasi dan Terapi paling sedikit terdiri atas Ketua, Sekretaris, dan 3 (tiga) orang anggota.
- (2) Keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama dengan masa jabatan 3 (tiga) tahun.

**Pasal 59**

- (1) Komite Farmasi dan Terapi berfungsi melaksanakan pengawasan mutu penggunaan obat dan alat kesehatan habis pakai dan menetapkan indikator pencapaian kinerja dan pelaksanaan evaluasi serta tindak lanjut terkait dengan penggunaan obat rasional.
- (2) Hasil pelaksanaan fungsi Komite Farmasi dan Terapi disampaikan secara tertulis kepada Direktur Utama dalam bentuk laporan dan rekomendasi.

## **Pasal 60**

Tugas dari Komite Farmasi dan Terapi adalah:

- a. Mengembangkan kebijakan tentang penggunaan Obat di Rumah Sakit;
- b. Melakukan seleksi dan evaluasi Obat yang akan masuk dalam formularium Rumah Sakit;
- c. Mengembangkan standar terapi;
- d. Mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan Obat;
- e. Melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan Obat yang rasional;
- f. Mengkoordinir penatalaksanaan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki;
- g. Mengkoordinir penatalaksanaan medication error;
- h. Menyebarkan informasi terkait kebijakan penggunaan Obat di Rumah Sakit.

## **bagian keempat**

### **Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Komite PPI)**

#### **Pasal 61**

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Komite PPI) paling sedikit terdiri atas Ketua, Sekretaris, dan 3 (tiga) orang anggota.
- (2) Keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama dengan masa jabatan 3 (tiga) tahun.

#### **Pasal 62**

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berfungsi melaksanakan kegiatan lintas sektoral dan lintas fungsi dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi di lingkungan rumah sakit.
- (2) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi disampaikan secara tertulis kepada Direktur Utama dalam bentuk laporan dan rekomendasi.

#### **Pasal 63**

Tugas dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah:

- a. Melakukan kajian mengenai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan pengelolaan manajemen risiko;

- b. Memberikan saran/pertimbangan strategis kepada Direktur Utama mengenai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit berdasarkan risiko terhadap pasien, petugas, pengunjung dan Rumah Sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit;
- c. Melaksanakan perencanaan dan pengembangan, monitoring dan evaluasi serta upaya perbaikan secara berkesinambungan terhadap pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi, baik secara periodik maupun insidental sesuai kebutuhan;
- d. Mengkoordinasikan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit dengan manajemen dan satuan kerja di rumah sakit;
- e. Mengusulkan upaya peningkatan kompetensi dan pemberdayaan SDM di bidang pencegahan dan pengendalian infeksi;
- f. Merekomendasikan sarana, prasarana dan fasilitas terkait pencegahan dan pengendalian infeksi sesuai perkembangan iptek terkini;
- g. Mengkoordinasikan dalam rangka Integrasi program pencegahan dan pengendalian infeksi dengan perbaikan mutu dan keselamatan dalam rangka menurunkan risiko infeksi pada pasien, staf, dan lain-lain.

#### **bagian kelima**

### **Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko**

#### **Pasal 64**

- (1) Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko paling sedikit terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, terdiri dari:
  - a. Sub Komite Mutu;
  - b. Sub Komite Keselamatan Pasien; dan
  - c. Sub Komite Manajemen Resiko.
- (3) Keanggotaan Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama dengan masa 3 (tiga) tahun.

### **Pasal 65**

- (1) Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko berfungsi melakukan kajian khusus mengenai upaya peningkatan mutu Rumah Sakit, pengelolaan manajemen risiko dan penilaian kinerja satuan kerja.
- (2) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko disampaikan secara tertulis kepada Direktur Utama dalam bentuk laporan dan rekomendasi.

### **Pasal 66**

Tugas Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko adalah :

- a. Memberikan saran/ pertimbangan strategis mengenai upaya peningkatan mutu Rumah Sakit dan keselamatan pasien, pengelolaan manajemen risiko dan upaya meningkatkan kinerja satuan kerja di Rumah Sakit.
- b. Melaksanakan perencanaan dan pengembangan, monitoring dan evaluasi serta upaya perbaikan secara berkesinambungan terhadap pelaksanaan kegiatan upaya peningkatan mutu Rumah Sakit dan pengelolaan manajemen risiko dan penilaian kinerja satuan kerja, baik secara periodik maupun insidental sesuai kebutuhan.
- c. Mengusulkan upaya peningkatan kompetensi dan pemberdayaan sumber daya manusia di bidang mutu dan manajemen risiko serta penilaian kinerja satuan kerja.
- d. Mengkoordinasikan upaya peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien dalam pencapaian akreditasi Rumah Sakit.
- e. Merekomendasikan sarana, prasarana dan fasilitas terkait mutu, manajemen risiko dan penilaian kinerja satuan kerja sesuai perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi.

### **bagian keenam**

#### **Satuan Pemeriksaan Internal**

### **Pasal 67**

Dalam melaksanakan tugas, Satuan Pemeriksaan Internal menyelenggarakan fungsi:

- a. memantau dan mengevaluasi pelaksanaan manajemen risiko di RSUD Sawerigading;
- b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;

- c. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengawasan internal yang ditugaskan oleh Direktur Utama;
- d. memantau pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
- e. memberikan konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional RSUD Sawerigading.

### **Pasal 68**

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



## **Pasal 69**

Dalam melaksanakan tugas, Satuan Pemeriksaan Internal berwenang:

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

## **Pasal 70**

- (1) Kepala Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan ditetapkan oleh Direktur Utama.
- (2) Masa jabatan Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selama 3 (tiga) tahun.
- (3) Susunan organisasi Satuan Pemeriksaan Internal terdiri dari:
  - a. Kepala SPI;
  - b. Kepala Sub Satuan merangkap anggota/auditor; dan
  - c. Anggota/auditor.
- (5) Struktur organisasi dan jumlah keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal disesuaikan dengan kebutuhan RSUD Sawerigading.
- (6) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal tidak dapat merangkap dalam jabatan lain.
- (7) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal pada RSUD Sawerigading merupakan jabatan fungsional auditor yang dijabat oleh Pegawai Negeri Sipil (PNS) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **Pasal 71**

- (1) Persyaratan Kepala Satuan Pemeriksaan Internal:
  - a. berpendidikan paling rendah Sarjana (S1);
  - b. lulus sertifikasi pendidikan dan pelatihan profesi auditor internal;
  - c. berpengalaman di bidang manajemen rumah sakit dan/atau pemeriksaan internal minimal 1 tahun;

- d. dapat bekerja purna waktu.
- (2) Persyaratan anggota/auditor Satuan Pemeriksaan Internal:
- a. berpendidikan paling rendah Sarjana (S1);
  - b. lulus sertifikasi pendidikan dan pelatihan profesi auditor internal;
  - c. dapat bekerja purna waktu.

#### **Pasal 72**

- (1) Setiap auditor Satuan Pemeriksaan Internal berkewajiban memelihara dan meningkatkan kompetensinya melalui pendidikan dan pelatihan professional yang berkelanjutan.
- (2) Direksi Rumah Sakit bertanggung jawab untuk memfasilitasi peningkatan kompetensi auditor sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Satuan Pemeriksaan Internal wajib menyusun laporan hasil audit dan disampaikan kepada Direktur Utama.
- (4) Laporan hasil audit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat disampaikan kepada Dewan Pengawas RSUD Sawerigading atau instansi yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.

#### **Pasal 73**

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

### **bagian ketujuh**

#### **Prosedur Kerja**

#### **Pasal 74**

Direktur Utama menetapkan prosedur kerja di bidang administrasi, pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan yang dibuat oleh unit kerja di lingkungan RSUD Sawerigading.

### **bagian kedelapan**

#### **Pengelolaan Sumber Daya Manusia**

#### **Pasal 75**

Pengelolaan sumber daya manusia dilakukan dengan perencanaan dan program kerja serta pelaksanaan program kerja serta pemantauan, evaluasi dan pelaporan bidang kepegawaian, pelatihan dan pendidikan.

## **bagian kesembilan**

### **Remunerasi**

#### **Pasal 76**

- (1) Pejabat pengelola RSUD Sawerigading ditetapkan sesuai ketentuan yang berlaku dengan Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan pegawai RSUD Sawerigading dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/ atau pensiun.
- (3) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan sekretaris dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan dalam bentuk honorarium.

#### **Pasal 77**

Penetapan remunerasi pimpinan RSUD Sawerigading, mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan :

- a. Ukuran (*size*) dan jumlah aset yang dikelola RSUD Sawerigading, tingkat pelayanan serta produktivitas,
- b. Pertimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenisnya,
- c. Kemampuan pendapatan RSUD Sawerigading bersangkutan, dan
- d. Kinerja operasional RSUD Sawerigading yang ditetapkan oleh kepala daerah dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.

#### **Pasal 78**

- (1) Remunerasi bagi pejabat pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud dalam pasal 31 ayat (1), dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian :
  - a. Pengalaman dan masa kerja (*basic index*),
  - b. Keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*),
  - c. Resiko kerja (*risk index*),
  - d. Tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*).
  - e. Jabatan yang disandang (*position index*); dan
  - f. Hasil/ capaian kerja (*performance index*).
- (2) Bagi pejabat pengelola dan pegawai RSUD Sawerigading yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan

tentang gaji dan tunjangan PNS serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### **Pasal 79**

- (1) Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas yang diberhentikan sementara dari jabatannya memperoleh penghasilan sebesar 50 % (lima puluh persen) dari remunerasi/ honorarium bulan terakhir yang berlaku sejak tanggal diberhentikan sampai dengan ditetapkannya keputusan definitif tentang jabatan yang bersangkutan.
- (2) Bagi pejabat pengelola berstatus PNS yang diberhentikan sementara dari jabatannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memperoleh penghasilan sebesar 50 % (lima puluh persen) dari remunerasi bulan terakhir di RSUD Sawerigading sejak tanggal diberhentikan atau sebesar gaji PNS berdasarkan Surat Keputusan pangkat terakhir.

#### **bagian kesepuluh**

#### **Standar Pelayanan Minimal**

#### **Pasal 80**

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh RSUD Sawerigading, kepala daerah menetapkan standar pelayanan minimal RSUD Sawerigading dengan peraturan kepala daerah.
- (2) Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diusulkan oleh pimpinan RSUD Sawerigading.
- (3) Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

#### **Pasal 81**

- (1) Standar pelayanan minimal sebagaimana pasal 35 memenuhi persyaratan sebagai berikut :
  - a. Fokus pada jenis pelayanan
  - b. Terukur
  - c. Dapat dicapai
  - d. Relevan dan dapat diandalkan
  - e. Tepat waktu

- (2) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi RSUD Sawerigading.
- (3) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (4) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (5) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (6) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

### **bagian kesebelas**

#### **Tarif Layanan**

##### **Pasal 82**

- (1) RSUD Sawerigading 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 atau hasil per investasi dana.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk didalamnya imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/ atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.

##### **Pasal 83**

- (1) Tarif layanan RSUD Sawerigading diusulkan oleh Direktur Utama RSUD Sawerigading kepada kepala daerah sesuai prosedur yang berlaku.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dengan peraturan kepala daerah dan disampaikan kepada pimpinan DPRD.
- (3) Dapat membentuk tim yang menerima usulan tarif layanan.
- (4) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (5) Keanggotaannya dapat berasal dari :

- a. Unsur teknis
  - b. Keuangan
  - c. Perguruan tinggi
  - d. Lembaga Profesi
- (6) Untuk membantu Kepala Daerah dalam menetapkan tarif, maka dapat dibantu oleh tim teknis yang ditunjuk oleh Kepala Daerah.

#### **Pasal 84**

- (1) Peraturan Kepala Daerah mengenai tarif layanan RSUD Sawerigading dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan, dengan Peraturan Kepala Daerah.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada 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 33.

#### **bagian kedubelas**

#### **Pengelolaan Keuangan**

#### **Pasal 85**

- (1) Pengelolaan keuangan RSUD Sawerigading dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengelolaan keuangan RSUD Sawerigading berdasarkan pada prinsip-prinsip efektifitas, efisiensi, dan produktivitas.
- (3) Pengelolaan administrasi keuangan berbasis pada akuntabilitas dan transparansi.

#### **bagian ketigabelas**

#### **Pembebasan Biaya Bagi Pasien Tidak Mampu**

#### **Pasal 86**

RSUD Sawerigading dapat membebaskan biaya jasa pelayanan dan jasa sarana bagi pasien tidak mampu, yang dibuktikan dengan surat keterangan dari dinas kesehatan dan dinas tenaga kerja dan sosial setempat.

#### **bagian keempatbelas**

#### **Kerjasama**

#### **Pasal 87**

- (1) Untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan, RSUD Sawerigading dapat melakukan kerjasama dengan pihak lain.
- (2) Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, efektivitas, ekonomis dan saling menguntungkan.

## **Pasal 88**

- (1) Kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam pasal 80 ayat (1) antara lain:
  - a. Kerjasama operasi;
  - b. Sewa menyewa; dan
  - c. Usaha lainnya yang menunjang tugas dan fungsi RSUD Sawerigading.
- (2) Kerjasama operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan perikatan antara RSUD Sawerigading dengan pihak lain, melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan pembagian keuntungan sesuai kesepakatan kedua belah pihak.
- (3) Sewa menyewa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan penyerahan hak penggunaan /pemakaian barang RSUD Sawerigading kepada pihak lain atau sebaliknya dengan imbalan berupa uang sewa bulanan atau tahunan untuk jangka waktu tertentu, baik sekaligus maupun secara berkala.
- (4) Usaha lainnya yang menunjang tugas dan fungsi RSUD Sawerigading sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kerjasama dengan pihak lain yang menghasilkan pendapatan bagi RSUD Sawerigading dengan tidak mengurangi kualitas pelayanan umum yang menjadi kewajiban RSUD Sawerigading.

## **Pasal 89**

- (1) Hasil kerjasama sebagaimana dimaksud dalam pasal 98 merupakan pendapatan RSUD Sawerigading.
- (2) Pendapatan RSUD Sawerigading sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dipergunakan secara langsung untuk membiayai pengeluaran sesuai RBA.

## **BAB VI**

### **TUJUAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS**

#### **Pasal 90**

Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff bylaws*) diantaranya adalah:

- a. Memberikan landasan hukum bagi Komite Medik dan Staf Medis guna melaksanakan tugas dan fungsinya dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di RSUD Sawerigading.
- b. Pengorganisasian Kelompok Staf Medik agar Staf Medis di RSUD Sawerigading dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap kebutuhan

pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas dan bertanggung jawab.

**BAB VII**  
**PENGORGANISASIAN STAF MEDIK**

**bagian kesatu**

**Umum**

**Pasal 91**

- (1) Staf Medik dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran dilingkungan RSUD Sawerigading bertanggung jawab profesi secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional.
- (2) Persyaratan menjadi Staf Medik :
  - a. Mempunyai Ijasah dari Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi yang diakui pemerintah;
  - b. Mempunyai surat tanda registrasi (STR);
  - c. Mempunyai surat penugasan bagi pegawai negeri sipil;
  - d. Memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di RSUD Sawerigading;
  - e. Telah melalui proses yang dilakukan oleh Komite Medik;
  - f. Memiliki surat penugasan klinis dari Direktur Utama;
  - g. Mengikuti program pengenalan tugas/program orientasi bagi staf medik fungsional baru;
  - h. Sesuai dengan ketentuan kepegawaian.

**bagian kedua**

**Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab**

**Pasal 92**

- (1) Staf Medik pada RSUD Sawerigading mempunyai tugas:
  - a. Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan;
  - b. Memberikan pelayanan medis yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di RSUD Sawerigading;
  - c. Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;



- d. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medik dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan;
  - e. Menyusun, mengumpulkan, menganalisis, dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas, Staf Medik pada RSUD Sawerigading menjalankan fungsi sebagai pelaksana pelayanan medik, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
- (3) Wewenang Staf Medik pada RSUD Sawerigading disusun oleh Ketua Kelompok Staf Medik dan dibuatkan rekomendasi untuk diajukan kepada Direktur Utama untuk ditetapkan dalam Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*).
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, staf medik pada RSUD Sawerigading bertanggung jawab untuk:
- a. Mematuhi seluruh ketentuan kepegawaian;
  - b. Komitmen untuk mewujudkan visi dan misi RSUD Sawerigading;
  - c. Menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya dalam waktu 2 x 24 jam;
  - d. Menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat jalan yang menjadi tanggung jawabnya saat pelayanan;
  - e. Memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya;
  - f. Berpartisipasi dalam pertemuan-pertemuan baik pertemuan untuk membahas masalah medis, perencanaan atau pertemuan lain untuk meningkatkan kinerja pelayanan RSUD Sawerigading.

### **bagian ketiga**

#### **Penerimaan, Penerimaan Kembali dan Pemberhentian Anggota Staf Medik Pasal 93**

- (1) Penerimaan calon Staf Medik pada RSUD Sawerigading dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional Penerimaan Staf Medik yang disusun oleh Direktur Administrasi, Keuangan dan Bina Program bersama-sama dengan Komite Medik;
- (2) Prosedur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
- a. Secara administratif, disusun oleh Direktur Administrasi, Keuangan dan Bina Program.
  - b. Secara profesi, disusun oleh Komite Medik.

- (3) Penerimaan dan penempatan Staf Medik pada RSUD Sawerigading ditetapkan oleh Direktur Utama dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medik.

#### **Pasal 94**

- (1) Staf Medik yang dengan alasan tertentu pindah atau cuti di luar tanggungan negara sehingga tidak bisa menjalankan tugas untuk kurun waktu tertentu, dapat diterima kembali sebagai Staf Medik dengan mengikuti prosedur yang berlaku.
- (2) Bagi Staf Medik yang telah pensiun dan ingin bekerja kembali pada RSUD Sawerigading maka dalam waktu 1 (satu) bulan sebelum masa pensiun yang bersangkutan diharuskan untuk mengajukan permohonan untuk bekerja kembali di RSUD Sawerigading sebagai dokter tidak tetap.
- (3) Penempatan kembali Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Direktur Utama dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medik.

#### **Pasal 95**

Staf Medik RSUD Sawerigading diberhentikan baik secara tetap atau sementara apabila:

- a. Meninggal dunia;
- b. Pensiun;
- c. Mengundurkan diri;
- d. Pindah tugas dari lingkungan RSUD Sawerigading; dan/atau
- e. Tidak mematuhi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang berlaku di RSUD Sawerigading.

#### **bagian keempat**

#### **Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis**

#### **Pasal 96**

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur Utama berdasarkan rekomendasi Direktur Pelayanan dan/atau Komite Medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf medis meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi.
- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Medik.

- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan dilakukan oleh Direktur Pelayanan.

#### **Pasal 97**

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

#### **bagian kelima**

#### **Kelompok Staf Medik**

#### **Pasal 98**

- (1) Staf Medik pada RSUD Sawerigading terdiri dari dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.
- (2) Setiap Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medik sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (3) Secara administratif manajerial, Kelompok Staf Medik berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan.
- (4) Kelompok Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) beranggotakan paling sedikit 2 (dua) orang Staf Medis.
- (5) Dalam hal tidak terdapat Staf Medik dengan profesi dan keahlian yang sama pada RSUD Sawerigading dapat dilakukan penggabungan Staf Medik dengan profesi dan keahlian yang berbeda dalam satu Kelompok Staf Medik.
- (6) Kelompok Staf Medik terdiri dari:
- a. KSM Penyakit Dalam ( Kardiologi, pulmonologi);
  - b. KSM Anak;
  - c. KSM Obstetri dan Ginekologi;
  - d. KSM Bedah (Bedah Umum, Ortopedi, bedah Saraf, Bedah Onkologi);
  - e. KSM THT
  - f. KSM Mata
  - g. KSM Anestesi (Anestesi dan Radiologi)
  - h. KSM Saraf (Saraf dan Jiwa)
  - i. KSM Kulit & Kelamin
  - j. KSM Patologi Klinik (Patologi Klinik dan Patologi anatomi)
  - k. KSM Dokter Umum.
  - l. KSM Dokter Gigi
  - m. KSM lainnya sesuai kebutuhan Rumah Sakit.

### **Pasal 99**

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

### **Pasal 100**

- (1) Pemilihan Calon Ketua KSM dilakukan sesuai prosedur yang telah ditetapkan oleh Direktur Utama.
- (2) Ketua KSM diangkat oleh Direktur Utama dari calon yang diajukan.
- (3) Dalam menentukan pilihan Ketua KSM, Direktur Utama dapat meminta pendapat dari Komite Medik.
- (4) Anggota KSM yang mendapat tugas dalam jabatan struktural atau non struktural dalam Rumah Sakit tetap menjadi anggota KSM dengan mengutamakan tugas dalam jabatan tersebut.

### **Pasal 101**

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

## **Pasal 102**

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

- a. memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota Staf Medik baru dan penempatan ulang anggota Staf Medik kepada Direktur Utama setelah anggota Staf Medik tersebut melalui proses kredensial/rekredensial oleh Komite Medik;
- b. melakukan evaluasi kinerja anggota Staf Medik di dalam kelompoknya;
- c. melakukan evaluasi dan mengusulkan revisi terhadap Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional (SPO).

## **bagian keenam**

### **Mitra Bestari**

#### **Pasal 103**

- (1) Mitra Bestari (*peer group*) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Mitra Bestari tidak terbatas dari staf medis yang ada di RSUD Sawerigading, tetapi dapat juga berasal dari Rumah Sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, dan/ atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.
- (3) Mitra Bestari yang berasal dari luar RSUD Sawerigading dapat ditunjuk sebagai Panitia *Adhoc* untuk membantu Komite Medik melakukan kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di RSUD Sawerigading.
- (4) Penetapan Mitra Bestari sebagai Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama atas usulan Ketua Komite Medik.

## **bagian ketujuh**

### **Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)**

#### **Pasal 104**

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di RSUD Sawerigading.

- (2) DPJP terdiri dari DPJP pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.
- (3) DPJP pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat saat itu.
- (4) DPJP pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan.
- (5) DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan.
- (6) DPJP pada pelayanan rawat inap sudah harus ditentukan sebelum pasien masuk rawat inap.

### **Pasal 105**

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan bertugas:
  - a. Melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa penyakit dan pemberian terapi dan melakukan evaluasi keberhasilan terapi;
  - b. Memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada tim pelayanan;
  - c. Melakukan presentasi kasus medis dihadapan komite medis apabila diperlukan;
  - d. Membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran dalam pendidikan klinis di RSUD Sawerigading; dan/atau
  - e. Menjalankan tugas sebagai koordinator Medis.
- (3) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan, maka Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pertama dapat mengalihkan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan kepada Staf Medik lain yang berkompeten melalui mekanisme konsul.
- (4) Dalam hal kondisi pasien memerlukan rawat bersama beberapa disiplin ilmu kedokteran, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan tetap menjadi penanggung jawab pasien.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ditetapkan oleh Direktur Utama.

**BAB VIII**  
**KEWENANGAN KLINIS (CLINICAL PRIVILEGE)**

**Pasal 106**

- (1) Kewenangan Klinis merupakan kewenangan untuk melaksanakan pelayanan medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Tanpa Kewenangan Klinis maka seorang dokter/ dokter gigi tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis.
- (3) Dalam hal terdapat kewenangan klinis yang dapat dilakukan oleh lebih dari satu Kelompok Staf Medik, maka keputusan penentuan kewenangan ditetapkan oleh Direktur Utama berdasarkan rekomendasi dari Komite Medik.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur Utama atas Rekomendasi Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial.
- (5) Rekomendasi Kewenangan klinis akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut oleh Direktur Utama.

**Pasal 107**

- (1) Dalam hal kewenangan klinisnya diperluas maka Staf Medik harus mengajukan permohonan kepada Direktur Utama dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur Utama berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Kelompok Staf Medik terkait;
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Keputusan Direktur Utama dan disampaikan kepada pemohon dan ditembuskan kepada Komite Medik dan Kelompok Staf Medik terkait.

**Pasal 108**

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik, Komite Medik dapat memberi rekomendasi kepada Direktur Utama untuk melakukan Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis Staf Medik.

- (2) Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dilakukan apabila Staf Medik dalam pelaksanaan tugasnya di nilai tidak sesuai dengan Standar Pelayanan Medik yang berlaku dan/atau tidak sesuai dari sudut kinerja klinis, sudut etik profesi dan sudut hukum.
- (3) Untuk menjaga mutu pelayanan rumah sakit, Direktur Utama dapat melakukan Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis seorang Staf Medik tanpa adanya rekomendasi Komite Medik.

#### **Pasal 109**

- (1) Kewenangan Klinis yang telah dicabut dapat diberikan kembali dengan ketentuan apabila Staf Medik dinilai telah pulih kompetensinya.
- (2) Dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medik akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
- (3) Komite medik dapat merekomendasikan kepada Direktur Utama untuk memberikan kembali kewenangan klinis tertentu kepada Staf Medik setelah melalui proses pembinaan.

#### **Pasal 110**

Kewenangan klinis akan berakhir apabila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur Utama.

#### **Pasal 111**

Dalam keadaan bencana alam, kegawat daruratan akibat bencana massal, kerusakan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis rumah sakit dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

### **BAB IX**

#### **PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)**

#### **Pasal 112**

- (1) Setelah melalui proses kredensial Direktur Utama akan menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis.
- (2) Surat Penugasan Klinis pada seorang Staf Medis hanya dapat ditetapkan apabila yang bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut :



- a. Memenuhi syarat sebagai Staf Medis berdasarkan peraturan perundang-undangan dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal.
  - b. Menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur Utama setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas Rumah Sakit.
  - c. Mencatat seluruh pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya diisi dengan lengkap, benar dan tuntas dalam jangka waktu sesuai dengan ketentuan.
  - d. Memperhatikan segala permintaan Rumah Sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis di RSUD Sawerigading dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinik (PPK), *Clinical Pathway* dan prosedur operasional/ manajerial/administrasi yang berlaku.
  - e. Mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri.
  - f. Memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di RSUD Sawerigading.
- (3) Staf Medis yang mendapat Penugasan Klinis di RSUD Sawerigading dapat berstatus sebagai dokter purna waktu atau dokter paruh waktu.
- (4) Dokter tamu / Dokter Konsultan dapat memberikan pelayanan dalam rangka alih ketrampilan dan keilmuan (*transfer of knowledge/skill*) tanpa dilakukan kredensial.
- (5) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (6) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dapat berakhir sebelum jangka waktu 3 (tiga) tahun apabila:
- a. Ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan; atau
  - b. Kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan medis secara menetap; atau

- c. Staf Medis telah berusia 60 tahun namun yang bersangkutan masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan/ pertimbangan Direktur Utama; atau
  - d. Staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) atau kontrak; atau
  - e. Staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelainan, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik; atau
  - f. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur Utama karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian;
  - g. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur Utama karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan RSUD Sawerigading setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
- (7) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketetapan dan/atau kontrak kerja yang berlaku bagi tenaga kontrak.

**BAB X**  
**KOMITE MEDIK**  
**bagian kesatu**

**Umum**

**Pasal 113**

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- (2) Pembentukan Komite Medik bertujuan untuk menyelenggarakan tatakelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medik dan keselamatan pasien dapat lebih terjamin dan terlindungi.
- (3) Komite Medik melaksanakan pengawasan dan review terhadap pelayanan pasien, mutu pelayanan medik, rekomendasi penetapan Staf Medik, Audit Medik, Pengawasan Etika dan Disiplin Profesi Medik.
- (4) Pengawasan dan review sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan oleh Sub-Sub Komite.

**Pasal 114**

- (1) Susunan organisasi Komite Medik pada RSUD Sawerigading terdiri atas:
  - a. Ketua;
  - b. Wakil Ketua;

- c. Sekretaris; dan
  - d. Sub Komite.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, terdiri atas:
- a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur Utama dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Masa jabatan Komite Medik pada RSUD Sawerigading selama 3 (tiga) tahun.
- (5) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur Utama dengan mempertimbangkan usulan anggota Komite Medik.
- (6) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh Direktur Utama sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di RSUD Sawerigading;

#### **bagian kedua**

### **Tugas, Fungsi dan Kewenangan Komite Medik**

#### **Pasal 115**

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di RSUD Sawerigading dengan cara:
- a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis pada; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:
- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
  - b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
  - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
  - d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
  - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;

- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

**bagian ketiga**

**Panitia Adhoc**

**Pasal 116**

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.5
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur Utama RSUD Sawerigading berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

**bagian keempat**

**Rapat Komite Medik**

**Pasal 117**

- (1) Rapat komite medik dan sub komite medik dilaksanakan untuk mengambil Keputusan Komite Medik.
- (2) Mekanisme pengambilan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*).
- (3) Rapat dan tata cara pelaksanaan rapat diatur lebih lanjut dalam Pedoman Rapat Pengambilan Keputusan Komite Medik.

**BAB XI**

**PENGORGANISASIAN SUB KOMITE**

**bagian kesatu**

**Sub Komite Kredensial**

**Pasal 118**

- (1) Sub Komite Kredensial terdiri atas 3 orang Staf Medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) pada RSUD Sawerigading dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda;

- (2) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

#### **Pasal 119**

Tugas dan Wewenang Sub Komite Kredensial antara lain:

- a. Menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis.
- b. Melakukan pemeriksaan dan pengkajian:
  1. Kompetensi;
  2. Kesehatan fisik dan mental;
  3. Perilaku;
  4. Etika profesi.
- c. Mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/P3KGB) tenaga medis;
- d. Mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
- e. Melaporkan hasil penilaian Kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
- f. Melakukan proses re-Kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

#### **Pasal 120**

Proses Kredensial yang dilakukan oleh Sub Komite Kredensial meliputi elemen:

- a. Kompetensi:
  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;
  1. Kompetensi mental/perilaku;
  2. Perilaku etis (ethical standing).

### **Pasal 121**

- (1) Proses Kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (2) Proses Kredensial dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan bentukan dari Sub Komite Kredensial dengan persetujuan Direktur Utama.
- (3) Setelah dilakukannya proses Kredensial, Komite Medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur Utama tentang lingkup kewenangan klinis seorang Staf Medis.
- (4) Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

### **Pasal 122**

- (1) Sub Komite Kredensial melakukan Rekredensial bagi setiap Staf Medis dalam hal:
  - a. Masa berlaku surat penugasan klinis (*Clinical Appointment*) yang dimiliki oleh Staf Medis telah habis masa berlakunya;
  - b. Staf Medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalain terkait tugas dan kewenangannya;
  - c. Staf Medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Dalam proses Rekredensial Sub Komite Kredensial dapat memberikan rekomendasi:
  - a. Kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. Kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. Kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - d. Kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - e. Kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
  - f. Kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (3) Sub Komite Kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

**bagian kedua**  
**Sub Komite Mutu Profesi**  
**Pasal 123**

- (1) Sub Komite Mutu Profesi terdiri atas 3 orang Staf Medis yang memiliki surat penugasan klinis (clinical appointment) pada RSUD Sawerigading dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda;
- (2) Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

**Pasal 124**

Tugas dan wewenang Sub Komite Mutu Profesi antara lain:

- a. Menjaga Mutu Profesi medis dengan memastikan kualitas Pelayanan Medik yang diberikan oleh Staf Medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*), yang dilakukan dengan mengusulkan penetapan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
- b. Melakukan audit medis;
- c. Mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi tenaga medis;
- d. Mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi tenaga medis;
- e. Memfasilitasi proses pendampingan (proctoring) bagi tenaga medis yang membutuhkan;
- f. Memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu Pelayanan Medik.

**Pasal 125**

- (1) Sub Komite Mutu Profesi dalam menjaga Mutu Profesi medis dilakukan dengan pemantauan dan pengendalian Mutu Profesi melalui:
  - a. Memantau kualitas, melalui morning report, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, journal reading.

- b. Tindak lanjut terhadap temuan kualitas, melalui pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.
- (2) Audit medis yang dilakukan oleh Subkomite Mutu Profesi pada RSUD Sawerigading adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan peer-review, surveillance dan assessment terhadap pelayanan medis.
- (3) Hasil dari Audit medis dapat digunakan sebagai :
- Sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan;
  - Dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - Dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
  - Dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

#### **Pasal 126**

- (1) Subkomite Mutu Profesi pada RSUD Sawerigading menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan-pengaturan waktu yang disesuaikan.
- (2) Selain pertemuan ilmiah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Subkomite Mutu Profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
- (3) Subkomite Mutu Profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.
- (4) Bagian Pendidikan dan Penelitian dan Instalasi Pendidikan dan Pelatihan memfasilitasi kegiatan-kegiatan ilmiah yang dibuat oleh subkomite mutu profesi serta mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (5) Subkomite Mutu Profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.



- (6) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

### **bagian ketiga**

#### **Sub Komite Etika Dan Disiplin Profesi**

##### **Pasal 127**

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi terdiri atas 3 orang Staf Medis yang memiliki surat penugasan klinis (clinical appointment) pada RSUD Sawerigading dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda;
- (2) Pengorganisasian Subkomite etika dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

##### **Pasal 128**

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi mempunyai tugas antara lain:

- a. Melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. Melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit;
- c. Memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada Pelayanan Medik pasien.

##### **Pasal 129**

Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional Staf Medis, antara lain:

- a. Pedoman pelayanan kedokteran;
- b. Prosedur kerja pelayanan;
- c. Daftar kewenangan klinis;
- d. Standar kompetensi kedokteran;
- e. Kode etik kedokteran Indonesia;
- f. Pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
- g. Pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- h. Pedoman Pelayanan Medik/klinik;
- i. Standar prosedur operasional pelayanan medik.

##### **Pasal 130**

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Subkomite etika dan disiplin profesi.

- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri 3 (tiga) orang Staf Medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
  - a. 1 (satu) orang dari Sub Komite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
  - b. 2 (dua) orang atau lebih Staf Medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar RS, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan direktur rumah sakit atau kepala/direktur rumah sakit terlapor.
- (3) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar RS.
- (4) Pengikutsertaan Mitra Bestari yang berasal dari luar rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi Komite Medik.

#### **Pasal 131**

- (1) Staf Medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.
- (2) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikut sertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etik.

### **BAB XII**

#### **PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS (CLINICAL GOVERNANCE)**

#### **Pasal 132**

Guna melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) di RSUD Sawerigading maka setiap Staf Medis berkewajiban untuk :

- a. Melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis masing-masing dalam Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) Rumah Sakit dan Kelompok Staf Medis (KSM).
- b. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang disesuaikan dengan kebutuhan medis pasien.
- c. Melakukan konsultasi kepada dokter umum, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

- d. Merujuk pasien apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana pada RSUD Sawerigading dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

### **BAB XIII KERAHASIAAN DAN INFORMASI MEDIS**

#### **Pasal 133**

- (1) Setiap staf medis fungsional wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur Utama atau Direktur Pelayanan.

#### **Pasal 134**

- (1) Pengawasan terhadap pelanggaran etika profesi menjadi tanggung jawab Komite Medis, pengawasan terhadap pelanggaran etika non profesi diawasi oleh Direktur Administrasi, Keuangan dan Bina Program.
- (2) Pengawasan mutu pelayanan medis menjadi tanggung jawab bersama Komite Medis dan Direktur Pelayanan.

#### **Pasal 135**

- (1) Komite medis wajib membuat laporan pengawasan etika dan mutu pelayanan secara berkala kepada Direktur Utama.
- (2) Direktur Utama dan atau Direktur Pelayanan bertanggung jawab menindaklanjuti laporan yang terkait dengan fasilitas dan tenaga yang bukan staf medis.
- (3) Direktur Utama memerintahkan Komite Medis untuk menindaklanjuti laporan yang terkait dengan profesi.

### **BAB XIV PERUBAHAN PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT**

#### **Pasal 136**

- (1) Perubahan Peraturan Internal Rumah sakit (*Hoptital Bylaws*) RSUD Sawerigading dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan atas permohonan secara tertulis dari salah satu pihak yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, yaitu Direksi, Staf Medis, dan Komite Medik pada RSUD Sawerigading

**BAB XV**  
**KETENTUAN PENUTUP**  
**Pasal 137**

(1) Dengan berlakunya Peraturan ini maka Peraturan Walikota Nomor 13 Tahun 2013 tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) BLUD RSUD Sawerigading Kota Palopo dan Peraturan Walikota Nomor 21 Tahun 2013 tentang Peraturan Internal Staf Medis BLUD RSUD Sawerigading Kota Palopo dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

(2) Peraturan ini berlaku pada tanggal diundangkan sejak ditetapkan.

Agar setiap orang mengetahui memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Palopo.

TELAH DIPERIKSA	PARAF	TANGGAL
1. Sekretaris Kota		
2. Asisten .....1.....		
3. Kabag ....Hekkom.....		
4. Kasubag <del>DAK &amp; PENY.</del> HEK		

Ditetapkan di Palopo  
pada tanggal 9 Pebruari 2016  
WALIKOTA PALOPO,

  
**M. JUDAS AMIR**

Diundangkan di Palopo  
pada tanggal 9 Pebruari 2016  
SEKRETARIS DAERAH KOTA PALOPO,

  
**MUHAMMAD KASIM ALWI**




Berita Daerah Kota Palopo Tahun 2016 Nomor 4

**BAB XV**  
**KETENTUAN PENUTUP**  
**Pasal 137**

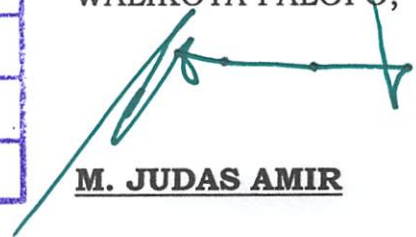
(1) Dengan berlakunya Peraturan ini maka Peraturan Walikota Nomor 13 Tahun 2013 tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) BLUD RSUD Sawerigading Kota Palopo dan Peraturan Walikota Nomor 21 Tahun 2013 tentang Peraturan Internal Staf Medis BLUD RSUD Sawerigading Kota Palopo dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

(2) Peraturan ini berlaku pada tanggal diundangkan sejak ditetapkan.

Agar setiap orang mengetahui memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Palopo.

TELAH DIPERIKSA	DAFTAR	TANGGAL
1. Sekretaris Kota		
2. Asisten ....1.....		
3. Kabag ...HUCKEM...		
4. Kasubag ...EDUC & PENY... LITAM		

Ditetapkan di Palopo  
pada tanggal 9 Pebruari 2016  
WALIKOTA PALOPO,

  
**M. JUDAS AMIR**

Diundangkan di Palopo  
pada tanggal 9 Pebruari 2016  
SEKRETARIS DAERAH KOTA PALOPO,



**MUHAMMAD KASIM ALWI**

Berita Daerah Kota Palopo Tahun 2016 Nomor 4