



SALINAN

BUPATI PASANGKAYU
PROVINSI SULAWESI BARAT
PERATURAN BUPATI PASANGKAYU
NOMOR 3 TAHUN 2023

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PASANGKAYU,

- Menimbang : a. bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan kinerja Rumah Sakit Umum Daerah agar dapat berjalan selaras, seimbang, efektif dan efisien dalam memberikan pelayanan bermutu kepada masyarakat;
- b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana Kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan Kesehatan masyarakat;
- c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 29 ayat (1) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang, setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu;

- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Luwu Timur dan Kabupaten Mamuju Utara di Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 27, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4270);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6842);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2017 tentang Perubahan Nama Kabupaten Mamuju Utara Menjadi Kabupaten Pasangkayu di Provinsi Sulawesi Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 312, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6175);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 12);
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 772/MENKES/SK/VI/2022 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Law*);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN PASANGKAYU

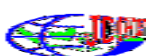
BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Daerah Kabupaten Pasangkayu.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Pasangkayu.
3. Bupati adalah Bupati Pasangkayu.
4. Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan



secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat yang selanjutnya disingkat RSUD.

5. Direktur adalah Pimpinan tertinggi RSUD yang diangkat oleh Bupati dan bertindak sebagai Pejabat Pengelola BLUD.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah BLUD RSUD kabupaten Pasangkayu adalah perangkat daerah dilingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
7. Pemilik adalah Pemerintah Kabupaten Pasangkayu yang dalam Peraturan Internal di sebut pemilik.
8. Tata Kelola (*Hospital by Law*) adalah Pedoman dasar untuk acuan perencanaan, pengembangan dan penyelenggaraan program dan kegiatan sesuai dengan visi dan misi RSUD.
9. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualiaan dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
10. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala sub Bagian dan kepala seksi.
11. Jabatan Fungsional adalah sekelompok jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan fungsional yang berdasarkan keahlian dan/atau keterampilan tertentu.
12. Dewan Pengawas adalah orang yang bertugas melakukan pengawasan dan pembinaan terhadap pengelolaan RSUD.

13. Komite Medik adalah kelompok tenaga medis yang bertugas membantu Direktur dalam pengelolaan profesional, yang dipilih dari staf medis fungsional dan ditetapkan oleh Direktur.
14. Komite Keperawatan adalah kelompok perawat yang bertugas membantu Direktur dalam pengelolaan profesional, yang dipilih dari perawat fungsional dan ditetapkan oleh Direktur.
15. Komite Kesehatan adalah Komite yang beranggotakan beberapa kelompok profesi terkait yang bertugas membantu Direktur dalam memberikan saran kepada staf medik dan administrasi mengenai masalah yang berkaitan dengan penggunaan obat-obatan, menyusun formularium, kebijakan penggunaan antibiotika, mendefinisikan kategori obat yang digunakan, memberikan masukan kepada instalasi farmasi dalam mengembangkan dan mengevaluasi kebijakan, tata tertib serta aturan penggunaan obat, melakukan drug utilization review, mengumpulkan, mereview laporan efek samping obat, serta mengembangkan program penyuluhan kepada staf medik dan perawatan.
16. Pegawai adalah Pegawai Negeri Sipil dan Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil.
17. Staf Medis Fungsional adalah kelompok dokter dan dokter gigi yang bekerja di Instalasi dalam jabatan fungsional dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
18. Staf Keperawatan Fungsional adalah kelompok perawat dan bidan yang bekerja di Instalasi dalam jabatan fungsional dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.
19. Staf fungsional non medis dan non `keperawatan adalah kelompok profesi non dokter dan non perawat yang menyelenggarakan profesinya dalam jabatan fungsional di Instalasi, yang meliputi tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, analis laboratorium, penata rontgen, tenaga elektro medik, refraksionis, tenaga perekam medik, tenaga profesi gizi, dan penata anastesi.

20. Dokter adalah tenaga medis yang memiliki izm kompetensi di bidang kedokteran yang terikat kerja dengan RSUD dan diberikan kewenangan untuk melakukan pelayanan medis di RSUD.
21. Tenaga Keperawatan adalah tenaga yang terdiri dari perawat dan bidan.
22. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/ atau ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya Kesehatan.
23. Instalasi adalah bagian dari RSUD yang bertugas menyelenggarakan fungsi teknis seluruh kegiatan pelayanan sesuai dengan bidang masing-masing.
24. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya Kesehatan yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, raawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium klik/pathologi anatomi, rehabilitasi medik dan pelayanan penunjang lainnya.
25. Unit Kerja adalah tempat staf administrasi, staf medik, profesi Kesehatan dan profesi lainya yang menjalankan profesinya dapat berbentuk instansi, unit dan lain-lain.
26. Rencana Strategis Bisnis yang selanjutnya disingkat Renstra Bisnis adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional.
27. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran di RSUD.
28. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disebut DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang akan dihasilkan dan digunakan sabagai dasar pelaksanaan anggaran oleh RSUD.
29. Praktek bisnis yang sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah manajemen yang baik

dalam rangka pemberian layanan yang bermutu dan berkesinambungan.

30. Satuan Pengawas Internal adalah karyawan rumah sakit yang ditunjuk dan ditetapkan oleh direktur untuk melakukan kegiatan pengawasan secara internal terhadap program-program yang dijalankan.

BAB II TATA KELOLA

Pasal 2

Uraian Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagaian yang tidak terpisahkan dari peraturan ini.

BAB III KETENTUAN PENUTUP

Pasal 3

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Pasangkayu
pada tanggal 1 Februari 2023

BUPATI PASANGKAYU,

Ttd.

YAUMIL AMBO DJIWA

Diundangkan di Pasangkayu
pada tanggal 1 Februari 2023

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PASANGKAYU,

Ttd.

KASMUDIN

BERITA DAERAH KABUPATEN PASANGKAYU TAHUN 2023 NOMOR



Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,

Ttd.

MULYADI, SH

Pangkat : Pembina, IV/a

NIP: 19791115 200804 1 001



LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI PASANGKAYU
NOMOR TAHUN 2023
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

A. Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu adalah salah satu Rumah Sakit Umum yang pertama di wilayah Kabupaten Pasangkayu Rumah Sakit merupakan unit pelayanan kesehatan yang terdepan dan terdekat dengan masyarakat serta mempunyai tanggung jawab yang sangat besar atas kesehatan masyarakat yang ada disekitarnya serta dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu yang dapat memenuhi kebutuhan pelayanan sesuai dengan standar (Quality of Compermance) sehingga secara tidak langsung dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat dengan kualitas pelayanan prima yang diberikan oleh Rumah Sakit. Rumah Sakit sebagai salah satu Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) merupakan ujung tombak dalam pembangunan kesehatan masyarakat.

Salah satu upaya Pemerintah Kabupaten Pasangkayu dalam mengoptimalkan kegiatan pelayanan kesehatan khususnya di pelayanan kesehatan rujukan adalah melalui perwujudan program pembangunan kesehatan yang berkesinambungan. Pelayanan kesehatan di RSUD Pasangkayu merupakan upaya kesehatan kuratif dan rehabilitatif yang diselenggarakan oleh lingkup Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Pasangkayu dengan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, sama rata, dan tidak memihak.

RSUD Kabupaten Pasangkayu mempunyai tugas pokok membantu Bupati dalam melaksanakan urusan pemerintahan bidang pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi upaya penyembuhan, pemulihan, pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan yang berbasis pelayanan, meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan Kesehatan mencakup pelayanan kesehatan medik, fisioteraphy dan pelayanan keperawatan. Sedangkan pelayanan administrasi dilaksanakan untuk mendukung manajemen pelayanan, administrasi manajemen termasuk manajemen keuangan baik pendapatan maupun belanja untuk kebutuhan operasional RS. Atas dasar itu, pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan holistik.

B. Maksud dan Tujuan HBL

Penyusunan peraturan internal (*Hospital Bylaws*) ini dilandasi adanya kesadaran bahwa kesehatan adalah hak individu setiap manusia sebagai anugerah dan karunia Allah SWT, sehingga rumah sakit berupaya untuk memberikan layanan kesehatan yang optimal di bidang kesehatan bagi setiap individu yang mempercayakan layanan kesehatannya kepada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu Rumah Sakit akan selalu memberikan layanan kesehatan yang optimal, dengan mutu layanan

yang terus ditingkatkan mengikuti kemajuan zaman, serta sikap profesionalisme dari staf medik yang selalu mengutamakan keselamatan pasien.

Perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio- ekonomi yang dapat dijadikan subyek hukum, hal ini perlu diantisipasi dengan adanya kejelasan tentang hak dan tanggung jawab masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit, yang akan diatur dalam *Hospital by Laws (Statuta)*.

Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang multi disiplin ilmu, syarat dengan dana dan teknologi yang canggih serta resiko yang tinggi. Tidak menutup kemungkinan adanya konflik antar pihak yang berkepentingan, baik antara *customer* dengan pemberi pelayanan, maupun antara pemilik dengan pengelola atau pengelola dengan pemberi pelayanan yaitu semua Staf Rumah Sakit.

Hospital by Laws (Statuta) salah satu bentuk aturan tertulis yang merupakan hasil dari kesepakatan dan evaluasi antara pihak Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu selaku pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu dengan pihak Pengelola dalam hal ini adalah Direktur Rumah Sakit, pejabat struktural dan seluruh Kelompok Staf Medik Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu.

Hospital by Laws (Statuta) berlaku di suatu rumah sakit, dengan tujuan untuk melindungi semua pihak yang terkait secara baik dan benar, berdasarkan rasa keadilan dan Undang-undang, Peraturan yang berlaku di Indonesia. Pengelola rumah sakit pada dasarnya ditentukan oleh ketiga komponen, pihak yang berperan besar yaitu Pemilik termasuk Dewan Pengawas, Direktur, pejabat struktural dan Staf Medik Fungsional serta peran dari Komite Medik dan Komite Keperawatan. Oleh karena itu dalam *Hospital by Laws (Statuta)* ini akan diatur hubungan, hak dan kewajiban, tanggung jawab peran dari Dewan Pengawas, Direktur dan Kelompok Staf Medik serta Peran Komite Medik dan Komite Keperawatan di Rumah Sakit.

Seluruh tatanan hukum, peraturan, ketentuan, dan kebijakan yang diberlakukan di internal Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan harus tunduk dan mengacu kepada peraturan internal (*Hospital by Laws*), sebagai landasan hukum dan merupakan peraturan tertinggi di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu. Peraturan internal (*Hospital by Laws*) harus ditaati oleh seluruh pihak yang terkait dengan penyelenggaraan, pengelolaan dan pelaksanaan segala bentuk kegiatan dan layanan di Rumah Sakit.

Hal-hal yang belum diatur dalam peraturan internal (*Hospital by Laws*) ini diatur secara lebih teknis sebagai bentuk kebijakan teknis operasional dan mengacu pada *Hospital by Laws* dan peraturan lain yang telah ditetapkan terlebih dulu sesuai dengan peraturan, perundangan yang berlaku.

Perlu diingat kembali dengan meningkatnya kesadaran serta kepekaan hukum di masyarakat akhir-akhir ini, mendorong timbulnya tuntutan hukum terhadap rumah sakit, adanya *Hospital by Laws (Statuta)* sebagai aturan tertulis di rumah sakit akan menjadi acuan hukum dan perlindungan hukum yang sangat penting.

Walaupun begitu kita semua mengharapkan, apapun masalah yang terjadi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu tetap mengedepankan azas kekeluargaan dan kultur dari masyarakat yang ada dalam penyelesaiannya.

C. Manfaat HBL

Pertama, sebagai "Landasan hukum yang tertulis, jelas dan dapat mengatur hubungan segi tiga yang seimbang antara pemilik dengan direktur sebagai pengelola manajemen dan pelanggan dalam - pelanggan luar, baik hak-hak maupun kewajibannya" untuk mengantisipasi kejadian internal dan eksternal yang tidak diinginkan.

Kedua, melindungi hak dan kewajiban semua pihak (pemilik dengan direktur sebagai pengelola manajemen dan pelanggan luar dan dalam) secara seimbang dilandasi keadilan, dalam rangka menuju pelayanan Rumah Sakit yang baik. (*Good corporate and clinical governance*).

Ketiga, merupakan pedoman baku bagi semua pihak, dapat sebagai perpanjangan tangan/ acuan hukum bagi pihak-pihak yang berselisih, dapat merupakan sarana peningkatan mutu pelayanan, serta merupakan salah satu syarat memperoleh sertifikat akreditasi Rumah Sakit tingkat lanjut.

Keempat, mengatur hak dan kewajiban pemilik, hak dan kewajiban dan kewenangan direktur Rumah Sakit, hak dan kewajiban petugas Rumah Sakit dan pasien serta kewajiban RS terhadap pemerintah dan aparat penegak hukum.

BUKU KESATU
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(CORPORATE BY LAWS)

BAB I
KETENTUAN UMUM

Bagian Pertama
Pengertian Umum

Pasal 1

A. Definisi

Peraturan internal (*Hospital Bylaws*) atau Statuta Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Pasangkayu adalah aturan dasar dalam hal pengelolaan rumah sakit yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit dalam hal ini Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu.

B. Batasan

Dalam peraturan internal ini yang dimaksud dengan:

1. Statuta atau peraturan internal Rumah Sakit adalah aturan dasar rumah sakit (*Hospital by Laws*).
2. Peraturan perundangan adalah segala ketentuan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang berlaku di Indonesia.
3. Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu adalah Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu yang dinyatakan dengan Peraturan Daerah Nomor: Nomor 6 Tahun 2006 Tentang Pembentukan Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Mamuju Utara. Surat Ijin No: 430/ 017/ DKP-SB/ Yan-2/ I/2009 tanggal 7 Januari 2009.
4. Rumah Sakit Umum Daerah adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Pasangkayu yang merupakan Instansi milik Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu dan berkedudukan di jalan Bukit Husada, Ako Pasangkayu, Kabupaten Pasangkayu dan dipimpin oleh Direktur yang menyediakan sarana dan fasilitasnya untuk dimanfaatkan oleh dokter atau profesi lain dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
5. Pemilik adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu.
6. Pengelola rumah sakit adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu beserta pejabat struktural Rumah Sakit.
7. Dewan Pengawas adalah Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu yang terdiri dari sekelompok orang

yang ditunjuk oleh Pemerintahan Daerah Kabupaten Pasangkayu untuk membina, mengawasi dan memerikan masukan kepada Direktur Rumah Sakit, baik teknis maupun keuangan dalam rangka penyelenggaraan Rumah Sakit.

8. Direktur adalah seseorang yang ditunjuk oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu untuk menduduki jabatan sebagai pimpinan tertinggi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu, yang mengelola rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Pemerintah Daerah serta mewakili Rumah Sakit baik di dalam maupun diluar pengadilan. Dalam hal yang bersangkutan tidak ada, maka pengertian ini juga meliputi orang-orang yang akan ditunjuk oleh Pemerintah Daerah untuk bertindak dalam jabatan tersebut untuk sementara waktu.
9. Staf medik adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang telah terikat perjanjian dengan rumah sakit maupun yang ditetapkan berdasarkan surat keputusan penempatan di rumah sakit dari direktur dan memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan medik di rumah sakit, termasuk tindakan medik diagnostik maupun terapeutik.
10. Staf medik pengganti adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang telah terikat perjanjian dengan rumah sakit maupun yang ditetapkan berdasarkan surat keputusan penempatan di rumah sakit dari direktur dan hanya memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan medik di rumah sakit dalam rangka menggantikan tugas profesi seorang staf medik yang berhalangan.
11. Staf medik konsultan tamu adalah seorang dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang telah diketahui memiliki reputasi tinggi dibidang keahliannya yang diminta oleh rumah sakit untuk melakukan tindakan medik tertentu untuk jangka waktu tertentu.
12. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medik di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medik dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medik. Merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit oleh Direktur Rumah Sakit.
13. Sub komite adalah kelompok kerja dibawah komite medik yang dibentuk untuk menanggulangi masalah keprofesian medik tertentu.

14. Kelompok Staf Medik (KSM) adalah sekumpulan staf medik dengan spesialisasi dan / atau keahlian yang sejenis, atau hampir sejenis.
15. Komite Keperawatan, merupakan perangkat rumah sakit yang berfungsi sebagai wahana bagi tenaga keperawatan untuk berpartisipasi dalam memberikan masukan tentang hal-hal yang terkait masalah profesi dan teknis keperawatan.
16. Satuan Pengawas Internal (SPI) adalah karyawan rumah sakit yang ditunjuk dan ditetapkan oleh direktur untuk melakukan kegiatan pengawasan secara internal terhadap program – program yang dijalankan.
17. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur kewajiban, kewenangan, hak dan tanggung jawab pemilik rumah sakit, Dewan Pengawas, Direktur dan staf medik dalam mengelola rumah sakit sehingga dapat efektif, efisien, dan berkualitas serta ditetapkan oleh Ketua Pemerintah Daerah.
18. Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff by Laws*) aturan internal yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) peran dan fungsi Pemilik, Dewan Pengawas, Direksi, manajemen dan staf medik untuk menjaga profesionalisme staf medik di rumah sakit yang ditetapkan oleh direktur dan diketahui oleh Pemerintah Daerah.
19. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medik untuk melakukan sekelompok pelayanan medik tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
20. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medik untuk melakukan sekelompok pelayanan medik tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
21. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medik untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
22. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medik yang memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
23. Audit medik adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medik yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam mediknya yang dilaksanakan oleh profesi medik.

24. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medik dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medik.
25. Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
26. Rapat tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun.
27. Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas diluar jadwal rapat rutin untuk mengambil putusan hal-hal yang dianggap khusus.
28. Pelaksana rumah sakit adalah seluruh karyawan RSUD Kabupaten Pasangkayu

BAB II

IDENTITAS

Bagian Pertama

Nama dan Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 2

Nama	: Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu
Alamat	: Jln.Bukit Husada No 10 Ako, Pasangkayu
Kelas	: C
Pembiayaan	: APBD/BLUD
Pemilik	: Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu
Tahun Berdiri	: 2009
Izin Penyelenggaraan	: Surat Ijin No: 430/017/DKP-SB/Yan-2/I/2009 Tanggal 7 Januari 2009

Stempel

1. Di RSUD Kabupaten Pasangkayu ditentukan satu bentuk stempel induk dengan spesifikasi Kalimat Pemerintah kabupaten Pasangkayu melingkari Huruf RSUD dengan 2 gambar bintang ,bebentuk bulat (lingkaran) dengan menggunakan satu warna biru sebagaimana berikut;



(LOGO STEMPEL RSUD PASANGKAYU)

2. Ukuran stempel ditetapkan dengan diameter 4 (empat) sentimeter yang penempatannya di Bagian Tata Usaha dan Bagian Keuangan
3. Stempel induk digunakan untuk legalisasi surat yang ditanda tangani oleh Direktur Rumah Sakit dan pejabat struktural lainnya ditempatkan di Bagian Tata Usaha, sedangkan untuk legalisasi administrasi keuangan ditempatkan di Bagian Keuangan (kasir);
4. Bentuk stempel unit pelayanan akan diatur lebih lanjut dalam surat keputusan direktur rumah sakit, Penggunaan stempel rumah sakit diatur lebih lanjut oleh pejabat struktural yang berwenang untuk itu.

Bagian Kedua

Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran

Pasal 3

VISI

“Terwujudkan Pelayanan Kesehatan Rujukan Yang Terjangkau dan Berkualitas

Menuju Masyarakat Sejahtera, Maju dan Bermartabat”

Artinya:

- a. Pelayanan kesehatan rumah sakit yang berpedoman kepada standar pelayanan minimal yang cepat, tepat dan berkualitas;
- b. tarif rumah sakit yang terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat dan akses pelayanan yang mudah dicapai

MISI

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau;
2. Meningkatkan kualitas sarana dan prasarana rumah sakit;
3. Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia yang profesional;
4. Mewujudkan pola tata kelola pemerintahan yang baik (good Governance).

MOTTO

“Menyapa dengan senyum, melayani dengan hati”

Artinya :

Menyapa pasien dengan penuh senyum dan sepenuh hati melayani pasien dapat membantu pada proses penyembuhan.

SASARAN

1. Terlayannya masyarakat sesuai standar pada unit rawat jalan, rawat inap, IGD dan penunjang.
2. Tersedianya fasilitas kesehatan dan tenaga yang terdidik dan terlatih di RSUD Kabupaten Pasangkayu.
3. Tersedianya dan terpeliharanya sarana dan pra sarana rumah sakit.
4. Terselenggaranya unsur-unsur manajemen rumah sakit.

Bagian Ketiga

LOGO

Pasal 4

1. RSUD Kabupaten Pasangkayu adalah logo Pemerintah Kabupaten Pasangkayu mempunyai lambang atau logo yang berbentuk sebagai berikut:



2. Lambang atau logo RSUD Kabupaten Pasangkayu mempunyai makna sebagai berikut berikut:
 1. Perisai Segi Lima Melambangkan Jiwa dan semangat Pancasila.
 - b. Bintang bersudut dan bersinar lima sebagai Nur cahaya yang mewujudkan lambang Ketuhanan Yang Maha Esa.
 - c. Buku; Melambangkan Ilmu Pengetahuan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia.
 - d. Padi dan Kapas Melambangkan Kemakmuran.
 - e. Gunung, Sawah dan Sungai: Melambangkan Kekayaan Alam Yang Melimpah.

- f. Kelapa Sawit dan Sapi Melambangkan Sumber sumber Kehidupan.
- g. Pohon Pasangkayu Melambangkan Ciri Khas Kabupaten Mamuju Utara.
- h. Perahu Layar Melambangkan Jiwa Kelautan.
- i. Tombak dan Parang Yang diikat Dua Mata Rantai Melambangkan Kepahlawanan dan Perjuangan.

BAB III

PEMILIK

Pasal 5

Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu.

Pasal 6

Pemerintah Kabupaten Pasangkayu berdasarkan kewenangan yang dimilikinya bertanggungjawab terhadap kelangsungan hidup serta kemajuan dan perkembangan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu.

Pasal 7

Pemerintah Kabupaten Pasangkayu berwenang:

- (1) Menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit;
- (2) Menunjuk atau menetapkan direksi rumah sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
- (3) Menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, minimal setahun sekali;
- (4) Menetapkan struktur organisasi rumah sakit;
- (5) Menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit;
- (6) Tanggung jawab dan kewenangan memberikan arahan kebijakan rumah sakit;
- (7) Tanggung jawab dan kewenangan menetapkan visi dan misi rumah sakit dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit serta mereview secara berkala misi rumah sakit;
- (8) Tanggung jawab dan kewenangan menilai dan menyetujui rencana anggaran;

- (9) Tanggung jawab dan kewenangan menyetujui rencana strategi rumah sakit;
- (10) Tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;
- (11) Tanggung jawab dan kewenangan menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut;
- (12) Tanggung jawab dan kewenangan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindak lanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
- (13) Tanggung jawab dan kewenangan mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- (14) Tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan Rumah sakit;
- (15) Tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit dilaksanakan rumah sakit; dan
- (16) Tanggung jawab dan kewenangan mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;

BAB IV DEWAN PENGAWAS

Bagian Pertama Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 8

Syarat Keanggotaan dan Unsur Pengurus Dewan Pengawas:

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan dapat diberhentikan oleh Pemilik.
- (2) Yang dapat diangkat sebagai Anggota Dewan Pengawas adalah sebagai berikut:
 - a. Memiliki dedikasi, memahami masalah-masalah manajemen rumah sakit, dan dapat menyediakan yang cukup untuk melaksanakan tugas;
 - b. Memiliki pengetahuan dibidang hukum kesehatan dan tidak pernah menjadi anggota Direksi, Komisaris, atau Dewan Penasihat yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu perusahaan yang dipimpinnya pailit; dan
 - c. Sehat Jasmani dan Rohani

- (3) Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur-unsur:
 - a. Kalangan masyarakat yang ditunjuk oleh Pemilik; dan
 - b. Kalangan professional kesehatan, diutamakan perumasakitan
- (4) Jumlah Anggota Dewan Pengawas maksimal 5 (lima) orang, dengan ketua merangkap anggota.
- (5) Kepengurusan Dewan Pengawas Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. Pengurus sekurang-kurangnya terdiri atas: Ketua, Sekretaris (bukan anggota Dewan Pengawas), dan Anggota; dan
 - b. Ketua Dewan pengawas dipilih dari dan oleh Dewan Pengawas.
- (6) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan tetap, maka Dewan Pengawas mengangkat satu orang diantara anggota Dewan Pengawas lainnya menjadi Ketua Dewan Pengawas untuk masa jabatan hingga berakhirnya masa kepengurusan Dewan Pengawas.
- (7) Dewan Pengawas bertanggung jawab kepada Pemilik.

Pasal 9

Prosedur Pemilihan, Pengangkatan, dan Masa Bakti Dewan Pengawas

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan ditetapkan oleh pemilik berdasarkan kriteria yang telah ditentukan dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Lama masa bakti Dewan Pengawas satu periode adalah 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang kembali satu kali masa jabatan sepanjang memenuhi kriteria perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Kedua

Aturan Merangkap Jabatan

Pasal 10

Dewan Pengawas tidak dibenarkan untuk memangku jabatan rangkap sebagai:

- a. Ketua dan Pengurus Pemerintah Daerah.
- b. Direktur RSUD Kabupaten Pasangkayu.
- c. Jabatan Struktural lainnya dalam RSUD Kabupaten Pasangkayu.

Bagian Ketiga

Pemberhentian Dewan Pengawas

Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas dapat diberhentikan oleh Pemilik.
- (2) Pemberhentian Dewan Pengawas, oleh karena:

- a. Telah habis masa jabatannya.
- b. Melakukan tindakan yang melanggar Peraturan Internal Rumah Sakit atau terkena kasus pidana.

Bagian Keempat

Pemberhentian Sebelum Habis Masa Jabatannya

Pasal 12

- (1) Pemberhentian Dewan Pengawas sebelum masa jabatannya.
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik.
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan.
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit.
 - d. Dipidana penjara karena melakukan perbuatan pidana kejahatan dan atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya.
- (2) Ada pemberitahuan secara tertulis dari Pemilik kepada anggota Dewan Pengawas yang bersangkutan tentang rencana pemberhentian dan jenis kesalahan yang dilakukannya.
- (3) Yang bersangkutan diberi kesempatan membela diri sebelum diterbitkannya Surat Keputusan Pemberhentiannya.
- (4) Pembelaan diri dimaksud ayat (2) dilakukan secara tertulis, disampaikan kepada Pemilik dalam jangka waktu 1 (satu) bulan sejak anggota Dewan Pengawas yang bersangkutan diberitahukan secara tertulis.
- (5) Bila dalam jangka waktu 1 (satu) bulan yang bersangkutan tidak memberikan pembelaan sebagaimana yang dimaksud ayat (2), maka pemilik dapat langsung membuat Surat Keputusan pemberhentiannya.
- (6) Selama pemberhentiannya dalam proses, maka anggota Dewan Pengawas yang bersangkutan dapat melanjutkan tugasnya.
- (7) Bila dalam jangka waktu 2 (dua) bulan terhitung sejak tanggal penyampaian pembelaan diri sebagaimana dimaksud ayat (2) Pemilik tidak memberikan Keputusan tentang pemberhentian anggota Dewan Pengawas tersebut maka rencana pemberhentian tersebut menjadi batal.

Bagian Kelima

Tugas dan Wewenang

Pasal 13

- (1) Tugas Pokok dewan pengawas adalah:
 - a. Memberikan masukan dan nasehat kepada Direksi.

- b. Mengarahkan kepengurusan Direksi dalam hal Pelaksanaan fungsi Rumah Sakit, Rencana jangka panjang dan rencana jangka pendek dan Ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Kewajiban dewan pengawas dalam melaksanakan tugasnya yakni.
 - a. Mengikuti perkembangan kegiatan di Rumah sakit.
 - b. Memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik tentang pelaksanaan fungsi-fungsi Rumah Sakit.
 - c. Melaporkan dengan segera kepada Pemilik, bila terjadi penurunan kinerja Rumah Sakit.
 - d. Menghormati otonomi profesi yang ada di rumah sakit.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud ayat (1) dan (2) kepada Pemilik secara berkala (minimal 1 tahun sekali) dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- (4) Dewan Pengawas berhak memperoleh anggaran pembiayaan yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas yang dibebankan dalam anggaran operasional Rumah Sakit.
- (5) Wewenang Dewan Pengawas:
 - a. Meminta penjelasan Direktur dan atau pejabat struktural lain mengenai persoalan Rumah Sakit;
 - b. Meminta Direktur dan atau pejabat struktural lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
 - c. Menghadiri rapat Direksi dan memberikan pendapat atau saran.
 - d. Memberikan persetujuan atau bantuan dalam pembuatan hukum;
 - e. Mengajukan anggaran untuk keperluan tugas-tugas Dewan Pengawas;
 - f. Mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen lainnya bila diperlukan atas persetujuan Direktur.

Pasal 14

Tugas Ketua Dewan Pengawas adalah:

- (1) Memimpin pertemuan yang diadakan Dewan Pengawas;
- (2) Bekerjasama dengan Direktur untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya ditetapkan oleh putusan Dewan Pengawas dalam hal rapat Dewan Pengawas belum sempat disenggarakan, dan memberikan wewenang pada direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat ini;
- (3) Melaporkan pada rapat rutin berikut perihal tindakan yang diambil berdasarkan Peraturan internal ini sebagaimana dimaksud dalam butir

diatas, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.

Pasal 15

- (1) Dalam menjalankan tugasnya dewan pengawas dibantu oleh Sekretaris Dewan pengawas yang bukan anggota Dewan Pengawas.
- (2) Tugas Sekretaris Dewan Pengawas mencakup administratif dewan Pengawas termasuk didalamnya adalah;
 - a. Membuat risalah rapat.
 - b. Mengatur rapat Dewan Pengawas.
 - c. Menyiapkan undangan rapat.
 - d. Menyiapkan kebutuhan dewan pengawas.

BAB V

RAPAT-RAPAT

Bagian Pertama

Rapat Rutin

Pasal 16

- (1) Rapat rutin intern Dewan Pengawas dilaksanakan paling sedikit 1 (satu) bulan sekali dengan interval yang tetap, pada waktu dan tempat yang telah ditetapkan oleh Ketua Dewan Pengawas
- (2) Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada peserta rapat paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Ketua Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam butir diatas harus melampirkan:
 - a. Satu salinan agenda dan atau; dan
 - b. Satu salinan risalah rapat rutin yang lalu.

Pasal 17

Rapat koordinasi dengan Direktur paling sedikit dilaksanakan 1 (satu) bulan sekali dengan interval yang tetap dan dilaksanakan di RSUD Kabupaten Pasangkayu dan setiap waktu apabila diperlukan serta apabila ada keperluan yang sangat mendesak.

Pasal 18

Rapat antara Wakil Direktur paling sedikit dilaksanakan 1 (satu) bulan sekali dengan interval yang tetap dan dilaksanakan di RSUD Kabupaten Pasangkayu dan setiap waktu apabila diperlukan serta apabila ada keperluan yang sangat mendesak.

Pasal 19

Rapat antara unit kerja paling sedikit dilaksanakan 1 (satu) bulan sekali dengan interval yang tetap dan dilaksanakan di RSUD Kabupaten

Pasangkayu dan setiap waktu apabila diperlukan serta apabila ada keperluan yang sangat mendesak.

Pasal 20

Rapat internal unit kerja paling sedikit dilaksanakan 1 (satu) bulan sekali dengan interval yang tetap dan dilaksanakan di RSUD Kabupaten Pasangkayu dan setiap waktu apabila diperlukan serta apabila ada keperluan yang sangat mendesak

Bagian Kedua

Rapat Khusus

Pasal 21

- (1) Dewan Pengawas mengundang rapat khusus dalam hal:
 - a. Diperintahkan oleh Gubernur
 - b. Membahas masalah yang perlu penanganan segera.
 - c. Permintaan yang diajukan oleh paling sedikit tiga anggota Dewan Pengawas dalam waktu dua puluh empat jam sebelumnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan kepada peserta rapat paling lambat dua puluh empat jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Bagian Ketiga

Rapat Tahunan

Pasal 22

- (1) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam satu tahun kalender.
- (2) Rapat tahunan Dewan Pengawas membahas materi utama yaitu laporan Direktur tentang hasil kegiatan RSUD Kabupaten Pasangkayu selama 1 (satu) tahun termasuk laporan keuangan, sebagai pertanggungjawaban dan sebagai bahan pembuatan.
- (3) Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja (RAPB) tahun berikutnya yang dipimpin Oleh Dewan Pengawas.
- (4) Dewan Pengawas menyampaikan undangan tertulis kepada para peserta dan undangan lain paling sedikit 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Bagian Keempat

Undangan Rapat

Pasal 23

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



Bagian Kelima

Peserta Rapat

Pasal 24

- (1) Setiap rapat intern Dewan Pengawas dihadiri oleh seluruh anggota Dewan Pengawas
- (2) Setiap rapat koordinasi Dewan pengawas dengan Direktur dihadiri oleh anggota Dewan pengawas dan Direktur Rumah Sakit dengan pejabat struktural lainnya, bila dianggap perlu juga dihadiri oleh staf Manajemen rumah sakit yang telah ditentukan oleh Direktur RSUD Kabupaten Pasangkayu.
- (3) Pada rapat tahunan Dewan Pengawas dihadiri oleh Pemilik, Dewan pengawas dan Direktur Rumah Sakit dengan pejabat struktural lainnya juga serta staf Manajemen rumah sakit yang telah ditentukan oleh Direktur RSUD Kabupaten Pasangkayu.
- (4) Dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka dalam hal kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas memilih pejabat Ketua untuk memimpin rapat.

Bagian Keeman

Kuorum

Pasal 25

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum dianggap tercapai bila dihadiri oleh paling sedikit setengah dari seluruh anggota yang mempunyai hak suara.
- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat dapat dilanjutkan sesuai dengan agenda yang telah ditentukan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Bagian Ketujuh

Risalah Rapat

Pasal 26

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggungjawab Sekretaris Dewan Pengawas
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam rapat berikutnya dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh disahkan sebelum disahkan dalam rapat berikutnya.

Bagian Kedelapan

Pengambilan Putusan Rapat

Pasal 27

- (1) Pengambilan keputusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara dengan tata cara sebagai berikut :
 - a. Setiap risalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan cara mengangkat tangan atau dengan amplop tertutup.
 - b. Putusan rapat diambil berdasarkan pada suara terbanyak.
 - c. Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Pimpinan rapat berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara yang kedua kalinya.

Bagian Kesembilan

Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 28

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana yang telah ditentukan dalam *Corporate by laws* ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 1 (satu) tahun terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut

BAB VI

DIREKTUR RUMAH SAKIT

Bagian Pertama

Pengangkatan, Persyaratan, Prosedur Perekrutan Direktur

Pasal 29

- (1) Pengelola rumah sakit adalah Direktur Rumah Sakit yang diangkat oleh Bupati selaku Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu sebagai pimpinan tertinggi dalam pengelolaan rumah sakit yang dalam pelaksanaannya dibantu oleh jajaran pejabat struktural.
- (2) Direktur bertugas melaksanakan kebijakan pengelolaan Rumah Sakit yang disetujui oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu.

- (3) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati selaku Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu sebagai Pemilik.

Pasal 30

Persyaratan Direktur:

- a. Warga Negara Indonesia yang tidak tersangkut masalah hukum
- b. Berakhlaq baik
- c. Sehat jasmani dan rohani
- d. Dokter Umum/Dokter Gigi/Dokter Spesialis
- e. Diutamakan S2 Administrasi RS (M. Kes/MARS)
- f. Berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS)

Pasal 31

Prosedur Perekrutan Calon Direktur dan Pejabat Struktural:

- (1) Tenaga yang diusulkan sebagai calon Direktur dan Pejabat Struktural dapat berasal dari PNS lingkup Provinsi Sulawesi Selatan;
- (2) Badan Kepegawaian Daerah (BKD) Kabupaten mengusulkan calon direktur dan pejabat struktural RSUD Kabupaten Pasangkayu Kepada Bupati Kabupaten Pasangkayu;
- (3) Surat Keputusan pengangkatan Direktur dan Pejabat Struktural dibuat oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu yang ditanda tangani oleh Bupati Pasangkayu.

Pasal 32

Tes Kepatutan dan Kelayakan Calon Direktur dan Pejabat Struktural.

- (1) Test Kepatutan dan Kelayakan (*Fit and Proper Test*) Calon Direktur Semua calon Direktur yang diusulkan akan diuji Kepatutan dan kelayakannya oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu.
- (2) Berdasarkan hasil Test Kepatutan dan Kelayakan serta pertimbangan khusus, maka Baperjakat meromendasikan salah satu calon direktur untuk menjadi Direktur di RSUD Kabupaten Pasangkayu. Test Kepatutan dan Kelayakan (*Fit and Proper Test*) Calon Pejabat Struktural
 - a. Semua calon Pejabat Struktural yang diusulkan oleh Direktur RSUD Kabupaten Pasangkayu, akan diuji Kepatutan dan Kelayakan oleh Direktur dan Dewan Pengawas Pemerintah Daerah.
 - b. Calon Pejabat Struktural yang lulus Test Kepatutan dan Kelayakan namanya akan direkomendasikan pada rapat koordinasi antara Bupati dengan dewan Pengawas RSUD Kabupaten Pasangkayu.

Bagian Kedua

Masa Bakti, Pengangkatan dan

Pemberhentian Direktur dan Pejabat Struktural

Pasal 33

Masa Bakti Direktur dan Pejabat Struktural RSUD Kabupaten Pasangkayu mengikuti ketentuan aturan Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Pasangkayu.

Pasal 34

Pengangkatan dan Pemberhentian Direktur dan Pejabat Struktural:

- (1) Direktur dan Pejabat Struktural RSUD Kabupaten Pasangkayu diangkat dan diberhentikan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu.
- (2) Pemberhentian Direktur dan Pejabat Struktural bisa dilaksanakan sesuai surat keputusan Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu.
- (3) Direktur dan Pejabat Struktural dapat diberhentikan dari jabatannya apabila:
 - a. Melakukan pelanggaran berat atau tindakan asusila.
 - b. Tidak cakap dalam memimpin rumah sakit.
 - c. Mengundurkan diri
 - d. Cacat badan secara tetap yang tidak mungkin dapat melaksanakan kegiatan sehari-hari.
 - e. Meninggal dunia.

Bagian Ketiga

Aturan Merangkap Jabatan, Tugas dan Wewenang, Tanggung Jawab dan Hak Direktur

Pasal 35

Direktur tidak dibenarkan untuk merangkap jabatan rangkap sebagai

- (1) Direktur perusahaan atau badan hukum di luar Rumah Sakit.
- (2) Jabatan lain yang berhubungan dengan pengurus perusahaan.

Pasal 36

Tugas dan wewenang Direktur adalah:

- (1) Memimpin dan mengelola rumah Sakit sesuai dengan Visi dan Misi serta Tujuan Rumah Sakit dan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- (2) Melaksanakan fungsi-fungsi manajemen Rumah Sakit secara terpadu, efektif, efisien dan amanah sehingga sesuai dengan Visi, Misi dan Tujuan penyelenggaraan RSUD Kabupaten Pasangkayu;
- (3) Melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara komprehensif sesuai dengan Standar Pelayanan Rumah Sakit, Standar Pelayanan Medik, Standar Asuhan Keperawatan dan Standar Pelayanan Profesi lain yang

- telah mendapat pengesahan dari Kemenkes RI atau pihak yang berwenang dalam hal tersebut.
- (4) Melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh Pemilik.
 - (5) Mengusulkan Struktur organisasi dan tata kerja Rumah Sakit lengkap dengan rincian tugasnya;
 - (6) Mengelola, mengawasi dan mengendalikan seluruh aset Rumah Sakit khususnya keuangan sehingga sesuai dengan RAPBD yang telah ditetapkan.
 - (7) Mengajukan dan menyiapkan Rencana Strategis dan Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja Tahunan Rumah Sakit yang disampaikan ke Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Selatan untuk persetujuan pelaksanaannya.
 - (8) Mengajukan rekomendasi dan atau persetujuan atau pertimbangan terhadap pengambilan kebijakan atau keputusan yang memiliki dampak luas diluar ketetapan yang telah diberlakukan oleh Penyelenggara.
 - (9) Memberikan laporan secara tertib dan berkala kepada pihak-pihak yang terkait sesuai dengan peraturan dan pedoman yang berlaku.
 - (10) Memelihara hubungan baik dengan Instansi yang berwenang, organisasi perumahsakit dan organisasi lainnya atas dasar kemanusiaan.
 - (11) Mewakili segenap kepentingan Rumah Sakit untuk mengadakan perjanjian kerjasama dengan pihak ketiga sepanjang berkaitan dengan pengelolaan Rumah Sakit dengan persetujuan Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu.
 - (12) Mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai dengan prinsip-prinsip tata kelola keuangan rumah sakit.
 - (13) Menyiapkan, membuat dan menetapkan system kebijakan operasional dan prosedur kerja Rumah Sakit;
 - (14) Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah sakit, termasuk *clinical privilege* bagi dokter, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - (15) Mengangkat dan memberhentikan pegawai Rumah Sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku.
 - (16) Mengusulkan Pengangkatan dan Pemberhentian pejabat struktural dan pejabat fungsional Rumah Sakit kepada Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu.

- (17) Mewakili Rumah Sakit di dalam dan diluar pengadilan dan dalam hubungan kerja sama dengan pihak lain;
- (18) Mendatangkan ahli, konsultasi atau lembaga independen apabila diperlukan.
- (19) Menjalin kemitraan dengan pihak lain dengan persetujuan Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu.
- (20) Melaksanakan tugas-tugas lain yang berkaitan dengan Rumah Sakit dari Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu.
- (21) Menyampaikan laporan tahunan dan laporan berkala ke Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu.

Pasal 37

Tanggung Jawab Direktur:

- (1) Direktur bertanggung jawab kepada Pemilik.
- (2) Direktur memberikan laporan pertanggung jawaban kepada pemilik.
- (3) Direktur wajib menyampaikan laporan pertanggung jawabannya setiap saat diminta oleh Pemilik.

Pasal 38

Hak Direktur:

- (1) Mendapat imbalan jasa/upah dan fasilitas Rumah Sakit sebagai pengelola.
- (2) Hak untuk memperoleh perlindungan atas kesehatan dan keselamatan kerja
- (3) Hak atas cuti.
- (4) Hak atas Tunjangan Hari Raya Keagamaan.
- (5) Hak untuk dipenuhi persyaratan minimal sarana dan prasarana Rumah Sakit baik fisik maupun perijinan sesuai peraturan dan per undang undang yang berlaku oleh Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Selatan sebagai Pemilik Rumah Sakit.
- (6) Memperoleh perlindungan dan bantuan hukum.

BAB VII

WAKIL DIREKTUR, KEPALA BAGIAN/BIDANG,
KEPALA SUB BAGIAN/BIDANG, KEPALA UNIT KERJA
Bagian Pertama

Pengangkatan, Persyaratan Perekrutan Wakil Direktur

Pasal 39

- (1) Wakil Direktur Rumah Sakit yang diangkat oleh Bupati selaku Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu, sebagai pimpinan tertinggi dalam pengelolaan rumah sakit yang dalam pelaksanaannya dibantu oleh jajaran pejabat struktural.
- (2) Wakil direktur bertugas membantu Direktur dalam melaksanakan kebijakan pengelolaan Rumah Sakit.
- (3) Wakil Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

Pasal 40

Persyaratan Wakil Direktur:

- a. Warga Negara Indonesia yang tidak tersangkut masalah hukum
- b. Berakhlaq baik.
- c. Sehat jasmani dan rohani.
- d. Dokter Umum/Dokter Gigi/Dokter Spesialis/Tenaga Kesehatan lainnya.
- e. Diutamakan Strata Dua (S2).
- f. Berstatus Pegawai Negeri Sipil.

Pasal 41

Wakil Direktur tidak dibenarkan untuk merangkap jabatan rangkap sebagai:

- a. Pimpinan perusahaan atau badan hukum di luar Rumah Sakit.
- b. Jabatan lain yang berhubungan dengan pengurus perusahaan.

Pasal 42

Tugas dan wewenang Wakil Direktur adalah:

- (1) Menyusun rencana kegiatan sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas.
- (2) Mendistribusikan dan memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sehingga pelaksanaan tugas berjalan lancar.
- (3) Memantau dan mengevaluasi pelaksanaan tugas dan kegiatan bawahan untuk mengetahui tugas-tugas yang telah dan belum dilaksanakan;
- (4) Membuat konsep, mengoreksi, memaraf dan/atau menandatangani naskah dinas.
- (5) Mengikuti rapat-rapat sesuai dengan bidang tugasnya.
- (6) Mengkoordinasikan, melaksanakan dan mengendalikan perumusan program, perumusan kebijakan dan pengelolaannya sesuai dengan bidang tugasnya.
- (7) Menyusun laporan hasil pelaksanaan tugas dan memberikan saran pertimbangan kepada atasan sebagai bahan perumusan kebijakan.

- (8) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diperintahkan oleh atasan sesuai bidang tugasnya untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas.

Bagian Kedua

Persyaratan Perekrutan, Tugas Pokok dan Fungsi Kepala Bagian/Bidang

Pasal 43

Persyaratan Kepala Bagian/Bidang:

- a. Warga Negara Indonesia yang tidak tersangkut masalah hukum;
- b. Berakhlaq baik;
- c. Sehat jasmani dan rohani;
- d. Dokter Umum/Dokter Gigi/Dokter Spesialis/Tenaga Kesehatan lainnya;
- e. Diutamakan Strata Dua (S2);
- f. Berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS);

Pasal 44

Tugas dan wewenang Kepala Bagian/Bidang adalah:

- (1) Menyusun rencana kegiatan bagian/bidang sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas;
- (2) Mendistribusikan dan memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sehingga pelaksanaan tugas berjalan lancar;
- (3) Memantau, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan tugas dan kegiatan bawahan untuk mengetahui tugas-tugas yang telah dan belum dilaksanakan;
- (4) Membuat konsep, mengoreksi, memaraf dan/atau menandatangani naskah dinas;
- (5) Mengikuti rapat-rapat sesuai dengan bidang tugasnya;
- (6) Melaksanakan koordinasi pelaksanaan kegiatan dalam lingkup RSUD Kabupaten Pasangkayu, sehingga terwujud koordinasi, sinkronisasi dan integritas pelaksanaan kegiatan;
- (7) Melaksanakan, mengkoordinasikan, dan pengolahan data pelayanan sesuai bidang tugas;
- (8) Menyusun laporan hasil pelaksanaan tugas bagian/bidang dan memberikan saran pertimbangan kepada atasan sebagai bahan perumusan kebijakan;

- (9) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diperintahkan oleh atasan sesuai bidang tugasnya untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas.

Bagian Ketiga

Persyaratan Perekrutan, Tugas Pokok dan Fungsi Kepala Sub Bagian/Bidang

Pasal 45

Persyaratan Kepala Sub Bagian/Bidang:

- a. Warga Negara Indonesia yang tidak tersangkut masalah hukum;
- b. Berakhlaq baik;
- c. Sehat jasmani dan rohani;
- d. Dokter Umum/Dokter Gigi/Dokter Spesialis/Tenaga Kesehatan lainnya;
- e. Diutamakan minimal Strata Satu (S1); dan
- f. Berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS).

Pasal 46

Tugas dan wewenang Kepala Sub Bagian/Bidang adalah:

- (1) Menyusun rencana kegiatan sub bagian/bidang sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas;
- (2) Mendistribusikan tugas-tugas tertentu dan memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sehingga pelaksanaan tugas berjalan lancar;
- (3) Memantau, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan tugas dan kegiatan bawahan untuk mengetahui tugas-tugas yang telah dan belum dilaksanakan;
- (4) Membuat konsep, mengoreksi, memaraf dan/atau menandatangani naskah dinas;
- (5) Mengikuti rapat-rapat sesuai dengan bidang tugasnya;
- (6) Melakukan kerjasama dan koordinasi dengan seluruh sub bagian/bidang dan seksi dalam lingkup RSUD Kabupaten Pasangkayu;
- (7) Melaksanakan, mengkoordinasikan, menyiapkan bahan dan mengolah data pelayanan sesuai bidang tugas;
- (8) Menyusun laporan hasil pelaksanaan tugas bagian/bidang dan memberikan saran pertimbangan kepada atasan sebagai bahan perumusan kebijakan;

- (9) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diperintahkan oleh atasan sesuai bidang tugasnya untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas.

Bagian Keempat

Persyaratan Perekrutan, Tugas Pokok dan Fungsi Kepala Unit Kerja

Pasal 47

Persyaratan Kepala Unit Kerja:

- a. Warga Negara Indonesia yang tidak tersangkut masalah hukum;
- b. Berakhlaq baik;
- c. Sehat jasmani dan rohani;
- d. Dokter Umum / Dokter Gigi / Dokter Spesialis / Tenaga Kesehatan lainnya;
- e. Diutamakan minimal Strata Satu (S1); dan
- f. Berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS).

Pasal 48

Tugas dan wewenang Kepala Unit Kerja adalah

- (1) Menyusun rencana kegiatan unit kerja sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas;
- (2) Mendistribusikan tugas-tugas tertentu dan memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sehingga pelaksanaan tugas berjalan lancar;
- (3) Memantau, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan tugas dan kegiatan bawahan untuk mengetahui tugas-tugas yang telah dan belum dilaksanakan;
- (4) Membuat konsep, mengoreksi, memaraf dan/atau menandatangani naskah dinas;
- (5) Mengikuti rapat-rapat sesuai dengan bidang tugasnya;
- (6) Melakukan kerjasama dan koordinasi dengan seluruh sub bagian/bidang, seksi dan unit kerja dalam lingkup RSUD Kabupaten Pasangkayu;
- (7) Melaksanakan, mengkoordinasikan, menyiapkan bahan dan mengolah data pelayanan sesuai bidang tugas;
- (8) Menyusun laporan hasil pelaksanaan tugas bagian/bidang dan memberikan saran pertimbangan kepada atasan sebagai bahan perumusan kebijakan;

- (9) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diperintahkan oleh atasan sesuai bidang tugasnya untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas.

BAB VIII

KOMITE-KOMITE

Bagian Pertama

Komite Medik

Pasal 49

- (1) Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medik dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Untuk mewujudkan pelayanan klinis yang baik, efektif, professional, dan aman bagi pasien, sering terdapat kegiatan pelayanan yang terkait erat dengan masalah keprofesian. Direktur rumah sakit bekerjasama dengan komite medik untuk menyusun pengaturan layanan medik (*medical staff rules and regulations*) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk rumah sakit hingga keluar dari rumah sakit.
 - a. Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur.
 - b. Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.
 - c. Susunan Organisasi dan Keanggotaannya, tugas dan fungsinya, kewenangan, hubungan dengan Direktur dan lain hal yang berkaitan dengan Komite Medik diatur di Pedoman Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff by Laws*).

Bagian Kedua

Komite Keperawatan

Pasal 50

- (1) Komite Keperawatan merupakan wadah non struktural yang berkembang dari struktur organisasi formal rumah sakit bertujuan untuk menghimpun, merumuskan dan mengkomunikasikan pendapat dan ide-ide perawat/bidan sehingga memungkinkan penggunaan gabungan pengetahuan, keterampilan, dan ide dari staf professional keperawatan. Komite Keperawatan merupakan perangkat rumah sakit yang berfungsi sebagai wahana bagi tenaga keperawatan untuk

berpartisipasi dalam memberikan masukan tentang hal-hal yang terkait masalah profesi dan teknis keperawatan.

- (2) Komite Keperawatan dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan keperawatan dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
 - a. Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur.
 - b. Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf paramedik.
 - c. Susunan Organisasi dan Keanggotaannya, tugas dan fungsinya, kewenangan, hubungan dengan Direktur dan lain hal yang berkaitan dengan Komite Keperawatan diatur di Pedoman Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff by Laws*).

BAB IX

SATUAN PENGAWAS INTERNAL

Bagian Pertama

Keanggotaan, Syarat dan Masa Bakti

Pasal 51

Satuan Pengawas Internal terdiri dari:

- (1) Kepala Satuan Pengawas Internal merangkap Anggota
- (2) Anggota Satuan Pengawas internal.
- (3) Jumlah Minimal Satuan Pengawas Internal 3 (tiga) orang.

Pasal 52

Syarat menjadi Satuan Pengawas Internal adalah:

- a. memenuhi kriteria, integritas, dan pengalaman dibidang Auditor Perumahsakitan.
- b. berkelakuan baik, mampu bersikap objektif dan independen.
- c. memiliki dedikasi tinggi untuk mengawasi dan menilai kegiatan Rumah Sakit.

Pasal 53

- (1) Satuan Pengawas Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (2) Pembentukan Satuan Pengawas Internal di Rumah Sakit ditetapkan dengan Surat keputusan direktur dengan Masa Bakti 3 (tiga) tahun.

Bagian Kedua

Tugas, Tanggungjawab, Tugas Pokok dan Wewenang

Pasal 23

Tugas dan Wewenang Satuan Pengawas Internal adalah:

- (1) Mengawasi dan Menilai Pelaksanaan Pelayanan Administrasi, Pelayanan Medik, Administrasi Keuangan dan Administrasi Kerumahtanggaan Rumah Sakit.
- (2) Memberikan laporan hasil pengawasan dan penilaian kepada Direktur.

Pasal 54

- (1) Satuan Pengawas Internal bertanggung jawab terhadap pengawasan dan penilaian pelaksanaan pelayanan medik, administrasi keuangan, dan kerumahtanggaan rumah sakit.
- (2) Satuan Pengawas Internal bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 55

Tugas Pokok dan Wewenang Satuan Pengawas Internal adalah:

- (1) Membuat, menyusun dan menetapkan:
 - a. Standar prosedur kerja dalam kegiatan pengawasan internal Rumah Sakit.
 - b. Rencana kegiatan pengawasan internal Rumah Sakit.
- (2) Melaksanakan, mengawasi dan menilai kegiatan:
 - a. Pengawasan internal rumah sakit
 - b. Audit Medik, Audit Keuangan dan Audit Kegiatan Operasional Rumah Sakit serta menyampaikan rekomendasi kepada Direksi berdasar hasil audit;
 - c. Pemanfaatan kekayaan rumah sakit dan pertanggungjawabannya termasuk pengendalian dari segala kemungkinan resiko kerugian dalam pemanfaatan kekayaan;
 - d. Dampak social dan dampak lingkungan atas setiap kegiatan rumah sakit.
- (3) Menyampaikan laporan pertanggung jawaban pelaksanaan tugas dan memberikan rekomendasi atas hasil dari pengawasan secara periodik dan tertulis kepada Direktur.

Bagian ketiga

Rangkap Jabatan, Pemberhentian SPI

Pasal 56

Kepala Satuan Pengawas Internal tidak dibenarkan untuk memangku jabatan rangkap sebagai:

- a. Direktur RSUD Kabupaten Pasangkayu.
- b. Pejabat Struktural RSUD Kabupaten Pasangkayu lainnya.

Pasal 57

- (1) Pemberhentian Kepala Satuan Pengawas Internal dilakukan bila yang bersangkutan:
 - a. diberhentikan sebelum habis masa berlakunya;
 - b. habis masa jabatannya;
 - c. mengundurkan diri;
 - d. meninggal dunia.
- (2) Pemberhentian Kepala Satuan Pengawas Internal ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur.

Pasal 58

- (1) Pemberhentian kepala satuan pengawas internal sebelum habis masa jabatannya bila yang bersangkutan
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - d. Dipidana penjara karena melakukan perbuatan pidana kejahatan dan atau kesalahan yang berkaitan dengan pengurusan rumah sakit;
- (2) Ada pemberitahuan secara tertulis dari Direktur kepada Kepala Satuan Pengawas Internal yang bersangkutan tentang rencana pemberhentian yang disertai dengan alasan pemberhentian dan jenis kesalahannya.
- (3) Yang bersangkutan diberi kesempatan membela diri sebelum direktur mengeluarkan Surat Keputusan Pemberhentian.
- (4) Pembelaan diri dimaksud ayat (4) dilakukan secara tertulis dan disampaikan kepada direktur dalam jangka waktu 1 (satu) bulan sejak Kepala Satuan Pengawas Internal yang bersangkutan diberitahukan secara tertulis.
- (5) Bila dalam jangka waktu 1 (satu) bulan yang bersangkutan tidak memberikan pembelaan sebagaimana dimaksud ayat (4), maka Direktur dapat langsung membuat Surat keputusan Pemberhentiannya.
- (6) Selama rencana pemberhentian masih dalam proses, maka Kepala Satuan Pengawas Internal yang bersangkutan dapat melanjutkan tugasnya.

- (7) Bila dalam jangka waktu 2 (dua) bulan terhitung sejak tanggal penyampaian pembelaan diri sebagaimana dimaksud ayat (4) Direktur tidak memberikan keputusan pemberhentian Kepala Satuan Pengawas Internal tersebut maka rencana pemberhentian menjadi batal.

BUKU KEDUA
PEDOMAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK
BAB X
PENGORGANISASIAN KELOMPOK STAF MEDIK
Bagian Kesatu
Kedudukan dan Keanggotaan Kelompok Staf Medik
Pasal 59

Secara administratif, Kelompok Staf Medik (KSM) berada dibawah Direktur namun secara fungsional sebagai profesi bertanggungjawab kepada Komite Medik.

- a. KSM dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- b. KSM paling sedikit terdiri dari 2 orang dokter.
- c. Apabila ada dokter dengan spesialisasi tertentu hanya 1 (satu) orang maka dokter tersebut dapat bergabung dengan dokter Spesialisasi yang fungsinya hampir sama.
- d. KSM ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) Tahun.
- e. Tugas Ketua KSM adalah menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja KSM yang dipimpinnya.
- f. Pengaturan KSM secara rinci diatur tersendiri oleh surat keputusan Direktur.

Pasal 60

Kelompok Staf Medik adalah kelompok-kelompok yang beranggotakan para tenaga profesional medik yang memberikan pelayanan langsung secara mandiri dalam jabatan fungsional, seperti Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi. Kelompok Staf Medik RSUD Kabupaten Pasangkayu terdiri dari:

- a. Kelompok Staf Medik (KSM) Psikiatri; dan
- b. Kelompok Staf Medik (KSM) Non Psikiatri.

Bagian Kedua
Kewajiban dan Kewenangan Kelompok Staf Medik

Pasal 61

- (1) Semua dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis yang memiliki izin praktik dan bekerja di RSUD Kabupaten Pasangkayu dalam jabatan fungsional, baik sebagai dokter tetap atau dokter organik, dokter tamu maupun dokter paruh waktu, wajib menjadi anggota Kelompok Staf Medik RSUD Kabupaten Pasangkayu.
- (2) Penempatan dokter ke dalam Kelompok Staf Medik RSUD Kabupaten Pasangkayu, termasuk dokter tamu maupun dokter paruh waktu, ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur RSUD Kabupaten Pasangkayu, dengan ketentuan, untuk dokter tamu dan dokter paruh waktu, penempatannya ke dalam Kelompok Staf Medik RSUD Kabupaten Pasangkayu harus dilengkapi dengan perjanjian kerja/kontrak.

Bagian Ketiga

Staf Medik

Pasal 62

- (1) Untuk dapat bergabung dengan Rumah Sakit maka dokter harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, berlisensi yang asli menurut Peraturan Perundang - undangan yang berlaku, sehat jasmani dan rohani serta memiliki perilaku dan penampilan baik yang disaring melalui Komite Medik.
- (2) Secara administratif harus memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Mekanisme pemberhentian Staf Medik sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit dan Peraturan Perundangan yang berlaku.
- (4) Staf Medik Dokter Tamu dan Dokter Konsultan berhenti secara otomatis sebagai staf medik RSUD tanpa hak pensiun manakala masa kontraknya berakhir atau berhenti atas persetujuan bersama.

Bagian Keempat

Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab Kelompok Staf Medik

Pasal 63

- (1) Melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.
- (2) Menyusun Prosedur Tetap (PROTAP) pelayanan medik bidang administrasi/ manajerial, meliputi antara lain pengaturan tugas rawat jalan, pengaturan tugas rawat inap, pengaturan visite, pertemuan

klินิก, presentasi kasus, kasus kematian, prosedur konsultasi, dan lain-lain.

- (3) Menyusun Prosedur Tetap (PROTAP) pelayanan medik bidang keilmuan/keprofesian.

Bagian Kelima

Kewajiban dan Hak Staf Medik

Pasal 64

- (1) Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- (2) Mentaati semua peraturan internal rumah sakit (*Hospital by Laws*).
- (3) Menyusun standar prosedur operasional pelayanan medik yang terdiri dari:
 - a. standar Prosedur Operasional bidang administrasi/manajerial antara lain meliputi pengaturan tugas rawat jalan, pengaturan tugas rawat inap, pengaturan tugas jaga, pengaturan tugas rawat intensif, pengaturan tugas kamar operasi, kamar bersalin, pengaturan visite ronde, pertemuan klinik, presentasi kasus (kasus kematian, kasus sulit, kasus langka, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi dan lain-lain.
 - b. standar Prosedur Operasional pelayanan medik bidang keilmuan / keprofesian.
 - c. standar Prosedur Operasional pelayanan medik bidang administrasi.
- (4) KSM yang bekerja sebagai Dokter Mitra, bertanggung jawab sepenuhnya atas segala bentuk kerugian yang dialami pasien sebagai akibat dari kesalahan medik yang dilakukan.

Pasal 65

- (1) Penghasilan yang layak berupa gaji, tunjangan dan penghasilan lain yang sah serta jasa pelayanan sesuai dengan Sistem Remunerasi yang ditetapkan oleh rumah sakit;
- (2) Kenaikan pangkat, pengembangan karir, cuti tahunan, cuti sakit, cuti hamil, cuti khusus, cuti alasan penting dan cuti lainnya;
- (3) Lingkungan kerja yang sehat serta perlindungan terhadap kecelakaan kerja;
- (4) Pemeriksaan kesehatan berkala, rutin dan khusus sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh RSUD Kabupaten Pasangkayu.
- (5) Uang duka bagi keluarganya apabila meninggal dunia;

- (6) Penghasilan setelah pensiun;
- (7) Menggunakan fasilitas yang dimiliki rumah sakit untuk melakukan layanan kesehatan berdasarkan standar mutu layanan yang optimal;
- (8) Meminta konsultasi kepada dokter lain yang tercatat sebagai staf medik rumah sakit;
- (9) Mendampingi dokter tamu (*visiting doctor*) yang tidak tercatat sebagai staf medik rumah sakit, baik untuk kepentingan konsultasi atau untuk membantu melaksanakan sebagian pekerjaan yang tidak dapat dilaksanakannya setelah memperoleh izin dari Direktur atau pejabat lain yang ditunjuk.

Pasal 66

- (1) Penghasilan yang layak sesuai peraturan yang berlaku atau kesepakatan yang dibuat oleh pihak rumah sakit dengan staf medik yang bersangkutan;
- (2) Lingkungan kerja yang sehat mendapatkan perlindungan terhadap kecelakaan kerja;
- (3) Kesempatan untuk merawat pasien di rumah sakit;
- (4) Penggunaan fasilitas yang dimiliki oleh rumah sakit melakukan layanan kesehatan berdasarkan standar mutu layanan yang tinggi;
- (5) Kesempatan untuk berkonsultasi dengan dokter lain yang tercatat sebagai staf medik RSUD Kabupaten Pasangkayu;
- (6) Kesempatan untuk mendatangkan dokter tamu (*visiting doctor*) yang tidak tercatat sebagai staf medik rumah sakit, baik untuk kepentingan konsultasi atau untuk membantu melaksanakan sebagian pekerjaan yang tidak dapat dilaksanakannya setelah mendapat izin dari Direktur atau Pejabat yang ditunjuk; dan
- (7) Kesempatan tidak bekerja untuk sementara waktu karena sakit atau karena alasan-alasan lain yang dapat dipertanggungjawabkan.

BAB XI

KEWENANGAN KLINIS

Pasal 67

- (1) Pelayanan medik di RSUD Kabupaten Pasangkayu hanya dilaksanakan oleh staf medik yang telah diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) yaitu izin dan hak khusus untuk melakukan pelayanan medik tertentu atas rekomendasi dari komite medik setelah di kredensial.

- (2) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) kepada setiap staf medik sesuai dengan kompetensinya yang nyata.
- (3) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) tersebut harus melibatkan komite medik yang dibantu oleh mitra bestarinya (*peer group*) sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.

Pasal 68

- (1) Kewenangan klinis (*clinical privilege*) setiap staf medik dapat saling berbeda walaupun mereka memiliki spesialisasi yang sama dan harus dirinci lebih lanjut (*delineation of clinical privilege*).
- (2) Rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) setiap spesialisasi di rumah sakit ditetapkan oleh komite medik dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (3) Komite medik wajib menetapkan dan mendokumentasi syarat-syarat yang terkait dengan kompetensi yang dibutuhkan dalam melakukan setiap jenis pelayanan medik sesuai dengan ketentuan kolegium setiap spesialisasi ilmu kedokteran.
- (4) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis seorang staf medik tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilannya saja, akan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (*behavior*) staf medik tersebut.

BAB XII

DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 69

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) adalah seorang dokter yang bertanggung jawab terhadap pelayanan dan pengelolaan asuhan medik seorang pasien.
- (2) DPJP melakukan pelayanan sesuai dengan keahliannya, dalam era saat ini, pelayanan medik harus sesuai dengan kompetensinya.
- (3) Berkaitan dengan hal tersebut diatas, maka masing-masing KSM menetapkan dan mengatur DPJP nya.

- (4) Bila melakukan rawat bersama maka ditetapkan salah seorang dokter sebagai Ketua Tim yang mengkoordinasikan kegiatan, sekaligus menjamin komunikasi dan kesepakatan antar professional yang menjamin keselamatan pasien.
- (5) Dokter Spesialis wajib bertanggungjawab pada pelayanan dan pengelolaan asuhan medik seorang pasien yang dirawat.
- (6) DPJP wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk terjadinya kejadian yang diharapkan dan tidak diharapkan.
- (7) Diterapkan metoda dan tata laksana agar rumah sakit mampu melakukan evaluasi, analisis, dan tindak lanjut dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) pada pasien.

Bagian kedua

Tujuan

Pasal 70

Asuhan medik/Pelayanan pasien dilakukan oleh dokter yang berkompeten sesuai dengan kasusnya/penyakitnya.

Bagian ketiga

Kebijakan

Pasal 71

- (1) Ketua kelompok staf medik diberi wewenang untuk menetapkan dan mengatur Jadwal dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP).
- (2) Bila rawat bersama maka ketua tim adalah dokter yg pertama menerima pasien.
- (3) Ketentuan kebijakan ditetapkan lebih rinci lagi dengan surat keputusan Direktur.

Pasal 72

- (1) Direktur menerbitkan Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yaitu suatu surat keputusan untuk menugaskan staf medik yang bersangkutan untuk melakukan pelayanan medik tertentu di rumah sakit setelah mendapat rekomendasi rincian kewenangan klinis dari komite medik.
- (2) Dalam keadaan tertentu direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*), misalnya untuk konsultan tamu yang diperlukan sementara oleh rumah sakit.

- (3) Direktur rumah sakit dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medik berdasarkan pertimbangan komite medik atau alasan tertentu.

BAB XIII

KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu

Nama dan Susunan Organisasi

Pasal 73

- (1) Komite medik dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu.
- (2) Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris;
 - c. subkomite.
- (3) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Ketua komite medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.
- (5) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.
- (6) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
- (7) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c terdiri dari:
 - a. subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medik;
 - b. subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medik; dan
 - c. subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik.

Bagian kedua

Tugas Dan Fungsi

Pasal 74

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medik yang akan melakukan pelayanan medik di rumah sakit;

- b. memelihara mutu profesi staf medik; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medik berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1) kompetensi;
 - 2) kesehatan fisik dan mental;
 - 3) perilaku;
 - 4) etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran / kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medik komite medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
- a. pelaksanaan audit medik;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medik yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik komite medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medik yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan

- d. pemberian nasehat/ pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medik pasien.
- (5) Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, komite medik senantiasa melibatkan mitra bestari untuk mengambil keputusan profesional;

Bagian ketiga

Kewenangan Komite Medik

Pasal 75

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

Bagian Keempat

Pola Hubungan Komite Medik Dengan Direktur

Pasal 76

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Ketua komite medik bertanggungjawab kepada direktur rumah sakit.
- (3) Komite medik wajib memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukan kepada direktur.
- (4) Direktur bersama komite medik untuk menyusun pengaturan layanan medik (*medical staff rules and regulations*) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk hingga keluar dari rumah sakit.

Bagian Kelima

Panitia Ad-hoc

Pasal 77

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia ad-hoc.
- (2) Panitia ad-hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (3) Panitia Ad-hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medik yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medik 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.

Rapat Komite Medik
Bagian Kesatu

Pasal 78

- (1) Rapat komite medik terdiri atas rapat rutin, rapat khusus, dan rapat pleno.
- (2) Setiap rapat komite medik dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan secara pantas kecuali seluruh anggota komite medik yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 79

- (1) Komite medik menyelenggarakan rapat rutin satu bulan sekali pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh komite medik.
- (2) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat lima hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Rapat rutin dihadiri oleh pengurus komite medik.
- (4) Ketua dapat mengundang pihak lain bila dianggap perlu
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh sekretaris komite medik sebagaimana diatur dalam ayat (2) harus melampirkan :
 - a. satu salinan agenda rapat;
 - b. satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. satu salinan risalah rapat khusus yang lalu

Pasal 80

- (1) Rapat khusus komite medik diselenggarakan dalam hal:
 - a. diperintahkan oleh ketua atau;

- b. permintaan yang diajukan secara tertulis oleh paling sedikit tiga pengurus komite medik dalam waktu empat puluh delapan jam sebelumnya atau;
 - c. permintaan ketua komite medik untuk hal-hal yang memerlukan penetapan kebijakan komite medik dengan segera.
- (2) Sekretaris komite medik menyelenggarakan rapat khusus dalam waktu empat puluh delapan jam setelah diterimanya permintaan tertulis rapat yang ditandatangani oleh seperempat dari jumlah anggota komite medik yang berhak untuk hadir dan memberikan suara dalam rapat tersebut.
 - (3) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat khusus beserta agenda rapat kepada para pengurus yang berhak hadir paling lambat dua puluh empat jam sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
 - (4) Pemberitahuan rapat khusus akan menyebutkan secara spesifik hal-hal yang akan dibicarakan dalam rapat tersebut, dan rapat hanya akan membicarakan hal-hal yang tercantum dalam pemberitahuan tersebut.

Pasal 81

- (1) Rapat pleno komite medik diselenggarakan satu kali satu tahun.
- (2) Rapat pleno dihadiri oleh seluruh staf medik . RSUD Kabupaten Pasangkayu
- (3) Agenda rapat pleno paling tidak memuat laporan kegiatan yang telah dilaksanakan komite medik, rencana kegiatan yang akan dilaksanakan komite medik, dan agenda lainnya yang ditetapkan oleh komite medik.
- (4) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat tahunan secara tertulis beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat empat belas hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

Bagian Kedua

Kuorum

Pasal 82

- (1) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat tahunan kepada seluruh anggota komite medik. Kuorum rapat tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit setengah dari jumlah pengurus komite medik ditambah satu yang berhak untuk hadir dan memberikan suara.
- (2) Keputusan hanya dapat ditetapkan bila kuorum telah tercapai.

Bagian Ketiga



Pengambilan Putusan Rapat

Pasal 83

- (1) Kecuali telah diatur dalam Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff By Laws*) ini, maka Pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat;
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak dari anggota yang hadir; dan
- (3) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka ketua berwenang membuat keputusan hasil rapat.

Bagian Keempat

Tata Tertib Rapat

Pasal 84

- (1) Setiap rapat komite medik berhak dihadiri oleh seluruh pengurus komite medik.
- (2) Rapat dipimpin oleh ketua komite medik atau yang ditunjuk oleh ketua komite medik.
- (3) Sebelum rapat dimulai agenda rapat dan notulen dibacakan atas perintah ketua.
- (4) Setiap peserta rapat wajib mengikuti rapat sampai selesai.
- (5) Setiap peserta rapat hanya dapat meninggalkan rapat dengan seijin pimpinan rapat.
- (6) Setiap peserta wajib menjaga ketertiban selama rapat berlangsung.
- (7) Hal-hal lain yang menyangkut teknis tata tertib rapat akan ditetapkan oleh ketua sebelum rapat dimulai.

Bagian Kelima

Notulen Rapat

Pasal 85

- (1) Setiap rapat harus dibuat notulennya.
- (2) Semua notulen rapat komite medik dicatat oleh sekretaris komite medik atau penggantinya yang ditunjuk.
- (3) Notulen akan diedarkan kepada semua peserta rapat yang berhak hadir sebelum rapat berikutnya.
- (4) Notulen rapat tidak boleh dirubah kecuali untuk hal-hal yang berkaitan dengan keakuratan notulen tersebut.
- (5) Notulen rapat ditandatangani oleh ketua komite medik dan sekretaris komite medik pada rapat berikutnya, dan notulen tersebut diberlakukan sebagai dokumen yang sah.
- (6) Sekretaris memberikan salinan notulen direktur paling lambat satu minggu setelah ditandatangani oleh ketua dan sekretaris komite Medik.

BAB XIV
SUB KOMITE KREDENSIAL

Bagian Kesatu

Tujuan

Pasal 86

- (1) Tujuan umum penetapan Sub Komite Kredensial adalah untuk melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medik yang akan melakukan pelayanan medik di rumah sakit kredibel.
- (2) Tujuan khusus penetapan Sub komite Kredensial adalah:
 - a. mendapatkan dan memastikan staf medik yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;
 - b. tersusunnya jenis-jenis kewenangan klinis (*clinical privilege*) bagi setiap staf medik yang melakukan pelayanan medik di rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi yang ditetapkan oleh kolegium kedokteran/kedokteran gigi indonesia;
 - c. dasar bagi direktur rumah sakit untuk menerbitkan penugasan klinis (*clinical appointment*) bagi setiap staf medik untuk melakukan pelayanan medik di rumah sakit;
 - d. terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medik dan institusi rumah sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) rumah sakit lainnya.

Bagian Kedua

Konsep Kredensial

Pasal 87

- (1) Setiap pelayanan medik yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medik yang benar-benar kompeten, yang meliputi dua aspek, kompetensi profesi medik yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional, serta kompetensi fisik dan mental.
- (2) Komite medik wajib melakukan verifikasi kembali keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medik dalam lingkup spesialisasi tersebut (*credentialing*).
- (3) Setelah dilakukan kredensial medik dinyatakan kompeten maka komite medik akan menerbitkan rekomendasi kewenangan klinis.

- (4) Dalam hal pelayanan medik seorang staf medik membahayakan pasien maka kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf medik dapat saja dicabut sehingga tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medik tertentu di lingkungan rumah sakit tersebut.
- (5) Pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tersebut dilakukan melalui prosedur tertentu yang melibatkan komite medik.

Bagian Ketiga

Keanggotaan

Pasal 88

1. Sub komite kredensial di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medik yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
2. Pengorganisasian sub komite kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Keempat

Mekanisme Kredensial Dan Pemberian Kewenangan Klinis

Pasal 89

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan berbagai kebijakan dan prosedur bagi staf medik untuk memperoleh kewenangan klinis.
- (2) Tahapan pemberian kewenangan klinis meliputi:
 - a. staf medik mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
 - b. berkas permohonan staf medik yang telah lengkap disampaikan oleh direktur rumah sakit kepada komite medik.
 - c. kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon.
 - d. dalam melakukan kajian sub komite kredensial dapat membentuk panel atau panitia ad-hoc dengan melibatkan mitra bestari dari disiplin yang sesuai dengan kewenangan klinis yang diminta berdasarkan buku putih (*white paper*).

- e. sub komite kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panel atau panitia ad-hoc dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan.
- f. pengkajian oleh sub komite kredensial meliputi elemen:
 - 1) kompetensi:
 - a. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 - b. kognitif;
 - c. afektif;
 - d. psikomotor.
 - 1. kompetensi fisik;
 - 2. kompetensi mental/perilaku;
 - 3. perilaku etis (*ethical standing*).
- g. kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- h. daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) diperoleh dengan cara:
 - 1. Menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medik;
 - 2. Mengkaji kewenangan klinis bagi Pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - 3. Mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medik; dan dilakukan secara periodik.
- i. rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- j. subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medik yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*), dengan rekomendasi berupa:
 - 1. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan.
 - 2. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah.
 - 3. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi.
 - 4. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu.
 - 5. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi.

6. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- k. bagi staf medik yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada komite medik melalui kepala/direktur rumah sakit. Selanjutnya, komite medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (proctoring).
1. kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:
 1. Pendidikan:
 - a. Lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi, atau darisekolah kedokteran luar negeri dan sudah di registrasi;
 - b. Menyelesaikan program pendidikan konsultan.
 2. Perizinan (*lisensi*):
 - a. Memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
 - b. Memiliki izin praktik dari dinas kesehatan setempat yang masih berlaku.
 3. Kegiatan penjagaan mutu profesi:
 - a. Menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
 - b. Berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
 4. Kualifikasi personal:
 - a. Riwayat disiplin dan etik profesi;
 - b. Keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
 - c. Keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol, yang dapat memengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
 - d. Riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;
 - e. Memiliki asuransi proteksi profesi (*professional indemnity insurance*).
 5. Pengalaman dibidang keprofesian:
 - a. Riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
 - b. Riwayat tuntutan medik atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.
- m. Berakhirnya kewenangan klinis .

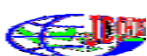
1. Kewenangan klinis akan berakhir bila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh direktur rumah sakit.
 2. Surat penugasan klinis untuk setiap staf medik memiliki masa berlaku untuk periode tertentu.
 3. Pada akhir masa berlakunya surat penugasan tersebut rumah sakit harus melakukan rekredensial terhadap staf medik yang bersangkutan.
 4. Proses rekredensial ini lebih sederhana dibandingkan dengan proses kredensial awal sebagaimana diuraikan di atas karena sudah memiliki informasi setiap staf medik yang melakukan pelayanan medik di rumah sakit tersebut.
- n. Pencabutan, perubahan/modifikasi, dan pemberian kembali kewenangan klinis.
1. Pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh direktur rumah sakit didasarkan pada kinerja profesi dilapangan, misalnya staf medik yang bersangkutan terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
 2. Pencabutan kewenangan klinis juga dapat dilakukan bila terjadi kecelakaan medik yang diduga karena inkompetensi atau karena tindakan disiplin dari komite medik;
 3. Kewenangan klinis yang dicabut sebagaimana dimaksud dalam diktum 1) dan 2) diatas dapat diberikan kembali bila staf medik tersebut dianggap telah pulih kompetensinya.
 4. Dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medik diakhiri, komite medik akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
 5. Komite medik dapat merekomendasikan kepada direktur rumah sakit pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

BAB XV

SUB KOMITE MUTU PROFESI

Bagian Kesatu

Tujuan



- (1) Memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh staf medik yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
- (2) Memberikan asas keadilan bagi staf medik untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi (*maintaining competence*) dan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
- (3) Mencegah terjadinya kejadian yang tak diharapkan (*medical mishaps*);
- (4) Memastikan kualitas asuhan medik yang diberikan oleh staf medik melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*).

Bagian Kedua

Konsep Mutu Profesi

Pasal 90

- (1) Kualitas pelayanan medik yang diberikan oleh staf medik sangat ditentukan oleh semua aspek kompetensi staf medik dalam melakukan penatalaksanaan asuhan medik (*medical care management*).
- (2) Untuk mempertahankan mutu dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui :
 - a. memantau kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medik, *journal reading*;
 - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Bagian Ketiga

Keanggotaan

Pasal 91

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

Bagian Keempat

Mekanisme Kerja

Pasal 92

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja sub komite mutu profesi berdasarkan masukan komite medik.
- (2) Direktur rumah sakit wajib memfasilitasi agar seluruh kegiatan dalam mekanisme menjaga mutu profesi medik yang meliputi:
 - a. dilaksanakan sebagai implementasi fungsi manajemen klinis dalam rangka penerapan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit dan tidak digunakan untuk mencari ada atau tidaknya kesalahan seorang staf medik dalam satu kasus.
 - b. audit medik dilakukan dengan mengedepankan respek terhadap semua staf medik (*no blaming culture*) dengan cara tidak menyebutkan nama (*no naming*), tidak mempersalahkan (*no blaming*), dan tidak mempermalukan (*no shaming*).
 - c. audit medik yang dilakukan dengan melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medik di rumah sakit.
 - d. evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*) dapat dilaksanakan di tingkat rumah sakit, komite medik, atau masing-masing kelompok staf medik.
 - e. pelaksanaan audit medik harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu
 - 1) sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medik pemberi pelayanan di rumah sakit;
 - 2) sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - 3) sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
 - 4) sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/ modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medik.
 - f. Langkah-langkah pelaksanaan audit medik dilaksanakan sebagai berikut:

- 1) pemilihan topik yang akan dilakukan audit memperhatikan jumlah kasus atau epidemiologi penyakit yang ada di rumah sakit dan adanya keinginan untuk melakukan perbaikan;
- 2) pemilihan dan penetapan topik atau masalah yang ingin dilakukan audit dipilih berdasarkan kesepakatan komite medik dan kelompok staf medik;
- 3) penetapan kriteria dan standar profesi yang jelas, obyektif dan rinci terkait dengan topik tersebut;
- 4) penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
- 5) membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
- 6) melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
- 7) kasus-kasus tersebut di analisis dan didiskusikan apa kemungkinan penyebabnya dan mengapa terjadi ketidaksesuaian dengan standar;
- 8) tim pelaksana audit dan Mitra bestari (*peer group*) melakukan tindakan korektif terhadap ketidak sesuaian secara kolegal, dan menghindari “*Blaming culture*”. Hal ini dilakukan dengan membuat rekomendasi upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pendidikan dan latihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya;
- 9) rencana reaudit untuk topik yang sama untuk mengetahui apakah sudah ada upaya perbaikan.
- 10) memilih topik yang lainnya.

Pasal 93

- (1) Sub komite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medik dengan pengaturan-pengaturan waktu yang disesuaikan.
- (2) Pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus tersebut antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
- (3) Setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

- (4) Notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip dari subkomite mutu profesi.
- (5) Subkomite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medik menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite mutu profesi yang melibatkan staf medik rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.
- (6) Setiap kelompok staf medik wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan subkomite mutu profesi pertahun.
- (7) Subkomite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan & penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (8) Subkomite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medik setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
- (9) Subkomite mutu profesi memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medik sebagai asupan kepada direksi.

Pasal 94

1. Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medik yang akan mendampingi staf medik yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.
2. Komite medik berkoordinasi dengan direktur rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

BAB XVI

SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 95

Subkomite etika dan disiplin profesi pada komite medik di rumah sakit dibentuk dengan tujuan:

- a. Melindungi pasien dari pelayanan staf medik yang tidak memenuhi syarat (*unqualified*) dan tidak layak (*unfit/unproper*) untuk melakukan asuhan klinis (*clinical care*); dan
- b. Memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medik di rumah sakit.

Pasal 48

- (1) Setiap staf medik dalam melaksanakan asuhan medik di rumah sakit harus menerapkan prinsip-prinsip profesionalisme kedokteran sehingga dapat memperlihatkan kinerja profesi yang baik sehingga pasien akan memperoleh asuhan medik yang aman dan efektif.
- (2) Upaya peningkatan profesionalisme staf medik dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisiplinan berperilaku profesional staf medik di lingkungan rumah sakit.
- (3) Dalam penanganan asuhan medik tidak jarang dijumpai kesulitan dalam pengambilan keputusan etis sehingga diperlukan adanya suatu unit kerja yang dapat membantu memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis tersebut.
- (4) Pelaksanaan keputusan sub komite etika dan disiplin profesi di rumah sakit merupakan upaya pendisiplinan oleh komite medik terhadap staf medik di rumah sakit yang bersangkutan.
- (5) Landasan kerja Sub komite ini antara lain:
 - a. peraturan internal rumah sakit;
 - b. peraturan internal staf medik;
 - c. etik rumah sakit; norma etika medik dan norma-norma bioetika.
- (6) Tolak ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medik, antara lain adanya:
 - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
 - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
 - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medik (*white paper*) di rumah sakit;
 - e. kode etik kedokteran indonesia;
 - f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
 - g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran;
 - h. pedoman pelayanan medik/klinik;
 - i. standar prosedur operasional asuhan medik.

Pasal 96

- (1) Sub komite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medik yang memiliki surat

penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

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

Pasal 97

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja sub komite disiplin dan etika profesi berdasarkan masukan komite medik.
- (2) Direktur rumah sakit menyediakan berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan ini dapat terselenggara.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua sub komite etika dan disiplin profesi.
- (4) Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medik 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 medik dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan direktur rumah sakit.
 - c. panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit. Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.
- (5) Program atau kegiatan yang harus dilakukan Sub komite Etika dan Disiplin Profesi meliputi Upaya Pendisiplinan Perilaku Profesional, dengan mekanisme pemeriksaan sebagai berikut:
 - a. Sumber Laporan
 - 1) Notifikasi (laporan) yang berasal dari perorangan, antara lain:
 - (a) manajemen rumah sakit;
 - (b) staf medik lain;
 - (c) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
 - (d) pasien atau keluarga pasien.
 - 2) Notifikasi (laporan) yang berasal dari non perorangan berasal dari:

- (a) hasil konferensi kematian;
 - (b) hasil konferensi klinis.
- b. Dasar Dugaan Pelanggaran Disiplin Profesi, dengan Keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi oleh seorang staf medik adalah hal-hal yang menyangkut, antara lain:
 - a) Kompetensi klinis;
 - b) Penatalaksanaan kasus medik;
 - c) Pelanggaran disiplin profesi;
 - d) Penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit;
 - e) Ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.
- c. Pemeriksaan
 - a) Dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
 - b) Melalui proses pembuktian;
 - c) Dicatat oleh petugas sekretariat komite medik;
 - d) Terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
 - e) Panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
 - f) Seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.
- d. Keputusan
 - a) Keputusan panel yang dibentuk oleh sub komite etika dan disiplin profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit;
 - b) Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada sub komite etika dan disiplin yang kemudian akan membentuk panel baru;
 - c) Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada direksi rumah sakit melalui komite medik.

- e. Tindakan Pendisiplinan Perilaku Profesional, pemberian Rekomendasi tindakan pendisiplinan profesi pada staf medik oleh subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit berupa:
 - a) Peringatan tertulis;
 - b) Limitasi (*reduksi*) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - c) Bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medik tersebut;
 - d) Pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
- f. Pelaksanaan Keputusan, Ketua komite medik memberikan rekomendasi hasil keputusan subkomite etika dan disiplin profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada direktur rumah sakit untuk ditindaklanjuti.

BAB XVII

KOMITE KEPERAWATAN

Bagian kesatu

Nama dan Susunan Organisasi

Pasal 98

- (1) 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, sehingga pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan kepada pasien diberikan secara benar (ilmiah) sesuai estandar yang baik (etis) sesuai kode etik profesi, serta hanya diberikan oleh tenaga keperawatan yang kompeten dengan kewenangan yang jelas.
- (2) Komite keperawatan dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit
- (3) Susunan organisasi komite keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Sub komite ;
 - 1) Sub komite Kredensial
 - 2) Sub komite Mutu Profesi
 - 3) Sub komite Etik dan Disiplin Profesi

- (4) Keanggotaan komite keperawatan ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (5) Ketua komite keperawatan ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan (perawat dan bidan) yang bekerja di rumah sakit.
- (6) Sekretaris komite keperawatan dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (7) Anggota dipilih dari perwakilan bidang keahlian dan kelompok tenaga keperawatan, misalnya keperawatan jiwa, keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan kritis, keperawatan komunitas dan kelompok Perawat Klinik, peer manager dan lain-lain.
- (8) Peraturan internal staf keperawatan (nursing staf by laws) bertujuan agar komite keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (good clinical governance) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi. Selain itu untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (peer group) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite keperawatan bahwa hanya staf keperawatan yang kompeten dan berperilaku profesional sajalah yang boleh melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit.

Pasal 99

Prinsip sinergisme yang memperlihatkan *power of thinking* kelompok terpilih untuk bersama-sama berupaya memperoleh keluaran yang lebih efektif. Tenaga keperawatan professional diberdayakan untuk berkontribusi secara kolektif terhadap proses pengambilan keputusan yang berhubungan dengan pelayanan keperawatan.

Pasal 100

- (1) Mengorganisasi kegiatan pelayanan keperawatan melalui penggabungan pengetahuan, keterampilan dan ide-ide.
- (2) Menggabungkan sekelompok orang yang menyadari pentingnya sinergi dan kekuatan berpikir agar dapat memperoleh *output* yang paling efektif.
- (3) Meningkatkan otonomi tenaga keperawatan dalam pengelolaan pelayanan keperawatan di RS.

Pasal 101

- (1) Fasilitator pertumbuhan dan perkembangan profesi melalui kegiatan yang terkoordinasi.

- (2) Tim kendali mutu untuk mempertahankan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aman.
- (3) *Problem solver* dalam mengatasi masalah keperawatan yang terkait dengan etik dan sikap moral perawat.
- (4) Investigator, kelompok peneliti yang mengkaji berbagai aspek keperawatan untuk meningkatkan pelayanan.
- (5) Implementator, menjamin diterapkannya standar praktik, asuhan, dan prosedur.
- (6) *Human relation team*, menjamin hubungan kerja dengan staff
- (7) *Designer/implementator/pemantau dan evaluator ide baru*.
- (8) Komunikator, edukator, negosiator, dan pemberi rekomendasi terhadap hasil kerja staff.

Pasal 102

- (1) Menjamin tersedianya norma-norma standar praktik/asuhan/prosedur keperawatan sesuai lingkup asuhan dan pelayanan serta aspek penting asuhan di seluruh area keperawatan
- (2) Menjaga kualitas asuhan melalui perumusan rencana peningkatan mutu keperawatan tingkat rumah sakit: menetapkan alat-alat pemantauan, besar sampel, nilai batas, metodologi pengumpulan data, tabulasi, serta analisis data.
- (3) Mengkoordinasi semua kegiatan pemantauan mutu dan evaluasi keperawatan jenis kegiatan, jadwal pemantauan dan evaluasi, penanggung-jawab pelaksanaan.
- (4) Mengintegrasikan proses peningkatan mutu keperawatan dengan rencana rumah sakit untuk menemukan kecenderungan dan pola kinerja yang berdampak pada lebih dari satu departemen atau pelayanan.
- (5) Mengkomunikasikan informasi hasil telaah mutu keperawatan kepada semua yang terkait, misalnya komite mutu rumah sakit.
- (6) Mengusulkan solusi kepada manajemen atas masalah yang terkait dengan keprofesionalan tenaga dan asuhan dalam sistem pemberian asuhan, misalnya sistem pelaporan pasien, penugasan staf dan lain-lain.
- (7) Memprakarsai perubahan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.
- (8) Berpartisipasi dalam komite mutu tingkat rumah sakit.
- (9) Mempertahankan keterkaitan antara teori, riset dan praktik.

Pasal 103

- (1) Menetapkan lingkup praktik, kompetensi dan kewenangan fungsional tenaga keperawatan.
- (2) Merumuskan norma-norma: harapan dan pedoman perilaku.
- (3) Menyediakan alat ukur pantau kinerja tenaga keperawatan.
- (4) Memelihara dan meningkatkan kompetensi untuk meningkatkan kinerja anggota.
- (5) Membina dan menangani hal-hal yang berkaitan dengan etika profesi.
- (6) Mewujudkan komunitas profesi keperawatan.
- (7) Merumuskan sistem rekrutmen dan retensi staf keperawatan.

Pasal 104

- (1) Menyusun dan menetapkan Standar Asuhan Keperawatan di RS
- (2) Memantau pelaksanaan asuhan keperawatan
- (3) Menyusun model Praktik Keperawatan Profesional
- (4) Memantau dan membina perilaku etik dan profesional tenaga keperawatan
- (5) Meningkatkan profesionalisme keperawatan melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan seiring kemajuan IPTEK yang terintegrasi dengan perilaku yang baik.
- (6) Bekerjasama dengan Direktur/bidang keperawatan dalam merencanakan program untuk mengatur kewenangan profesi tenaga keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan sejalan dengan rencana strategi RS.
- (7) Memberi rekomendasi dalam rangka pemberian kewenangan profesi bagi tenaga keperawatan yang akan melakukan tindakan asuhan keperawatan.
- (8) Mengkoordinir kegiatan-kegiatan tenaga keperawatan, menyampaikan laporan kegiatan Komite Keperawatan secara berkala (setahun sekali) kepada seluruh tenaga keperawatan RS.

Pasal 105

Ketua Komite Memberi kepemimpinan dan arah kepada sub komite yang bertugas untuk

- (1) *mereview* berbagai isu yang disajikan dan merujuk ke sub komite yang sesuai.
- (2) menjaga dan merekomendasi perbaikan-perbaikan yang diperlukan.

- (3) memberi bimbingan dan dukungan kepada sub komite.
- (4) memfasilitasi proses penetapan tujuan tahunan sub komite.
- (5) *mereview* jadwal operasional tahunan.

Pasal 106

Sub Komite Kredensial bertugas untuk

- (1) Memberikan kejelasan kewenangan klinis (*clinical privilege*) bagi setiap tenaga keperawatan;
- (2) Melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas;
- (3) Pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga keperawatan yang berada di semua tingkat pelayanan.

Pasal 107

- (1) Menyusun buku putih (*white paper*) yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar kompetensinya. Buku putih disusun oleh komite keperawatan dengan melibatkan Mitra Bestari (*peer group*) dari berbagai unsur organisasi profesi keperawatan dan kebidanan, kolegium keperawatan, unsur pendidikan tinggi keperawatan dan kebidanan;
- (2) Menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial dari bagian Sumber Daya Manusia (SDM)/Kepegawaian meliputi:
 - 1) Ijazah;
 - 2) Surat Tanda Registrasi (STR);
 - 3) Sertifikat kompetensi;
 - 4) *Logbook* yang berisi uraian capaian kinerja;
 - 5) Surat pernyataan telah menyelesaikan program orientasi Rumah Sakit atau orientasi di unit tertentu bagi tenaga keperawatan baru;
 - 6) Surat hasil pemeriksaan kesehatan sesuai ketentuan.
- (3) Merekomendasikan tahapan proses kredensial;
 - a. perawat dan/atau bidan mengajukan permohonan untuk memperoleh Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) kepada Ketua Komite Keperawatan;
 - b. ketua komite keperawatan menugaskan subkomite kredensial untuk melakukan proses kredensial (dapat dilakukan secara individu atau kelompok);

- c. sub komite membentuk panitia adhoc untuk melakukan review, verifikasi dan evaluasi dengan berbagai metode: porto folio, asesmen kompetensi;
 - d. sub komite memberikan laporan hasil kredensial sebagai bahan rapat menentukan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan.
- (4) Merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan.
 - (5) Melakukan kredensial ulang (rekredensial) secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan.
 - (6) Sub komite membuat laporan seluruh proses kredensial kepada ketua komite keperawatan untuk diteruskan ke kepala/direktur rumah sakit.
 - (7) Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis untuk memperoleh surat penugasan klinis (*clinical appointment*).

Pasal 108

- (1) Mempersiapkan kewenangan klinis mencakup kompetensi sesuai area praktik yang ditetapkan oleh rumah sakit.
- (2) Menyusun kewenangan klinis dengan criteria sesuai dengan persyaratan kredensial dimaksud;
- (3) Melakukan asesmen kewenangan klinis dengan berbagai metode yang disepakati;
- (4) Memberikan laporan hasil kredensial sebagai bahan rekomendasi memperoleh penugasan klinis dari direktur rumah sakit;
- (5) Memberikan rekomendasi kewenangan klinis untuk memperoleh penugasan klinis dari direktur rumah sakit dengan cara:
 - a. Tenaga keperawatan mengajukan permohonan untuk memperoleh kewenangan klinis kepada ketua komite keperawatan;
 - b. Ketua komite keperawatan menugaskan sub komite kredensial untuk melakukan proses kredensial (dapat dilakukan secara individu atau kelompok);
 - c. Sub komite melakukan review, verifikasi dan evaluasi dengan berbagai metode: porto folio, asesmen kompetensi;
 - d. Sub komite memberikan laporan hasil kredensial sebagai bahan rapat menentukan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan.

- (6) Melakukan pembinaan dan pemulihan kewenangan klinis secara berkala.
- (7) Melakukan kredensial ulang (rekredensial) secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan.

Pasal 109

- (1) Agar tenaga keperawatan menerapkan prinsip-prinsip etik dalam memberikan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
- (2) Melindungi pasien dari pelayanan yang diberikan oleh tenaga keperawatan yang tidak profesional;
- (3) Memelihara dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan.

Pasal 110

- (1) Melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
- (2) Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
- (3) Melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan;
- (4) Merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
- (5) Merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
- (6) Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.

Pasal 111

- (1) Memberikan usul rekomendasi pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
- (2) Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- (3) Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 112

- (1) Melakukan prosedur penegakan disiplin profesi dengan tahapan:
 - a. mengidentifikasi sumber laporan kejadian pelanggaran etik dan disiplin di dalam rumah sakit;
 - b. melakukan telaah atas laporan kejadian pelanggaran etik dan disiplin profesi.

- (2) Membuat keputusan terkait pelanggaran etik profesi dilakukan dengan melibatkan panitia ad hoc.
- (3) Melakukan tindak lanjut keputusan berupa:
 - a. pelanggaran etik di rekomendasikan kepada organisasi profesi keperawatan dan kebidanan di rumah sakit melalui ketua komite;
 - b. pelanggaran disiplin profesi diteruskan kepada direktur medik dan keperawatan/direktur keperawatan melalui ketua komite keperawatan;
 - c. rekomendasi pencabutan kewenangan klinis diusulkan kepada ketua komite keperawatan untuk diteruskan kepada direktur rumah sakit.
- (4) Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan, meliputi:
 - a. pembinaan ini dilakukan secara terus menerus, melekat dalam pelaksanaan praktik keperawatan dan kebidanan sehari-hari;
 - b. menyusun program pembinaan, mencakup jadwal, materi/topic dan metode serta evaluasi;
 - c. metode pembinaan dapat berupa diskusi, ceramah, lokakarya, “*coaching*”, symposium, “*bedside teaching*”, diskusi refleksi kasus dan lain-lain disesuaikan dengan lingkup pembinaan dan sumber yang tersedia.
- (5) Menyusun laporan kegiatan sub komite untuk disampaikan kepada ketua komite keperawatan.

Pasal 113

Memastikan mutu profesi tenaga keperawatan sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan yang berorientasi kepada keselamatan pasien sesuai kewenangannya.

Pasal 114

- (1) Menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
- (2) Merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
- (3) Melakukan audit asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
- (4) Memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

Pasal 115

Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan, pendidikan keperawatan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan.

Pasal 116

- (1) Koordinasi dengan bidang keperawatan untuk memperoleh data dasar tentang profil tenaga keperawatan di rumah sakit sesuai area praktiknya berdasarkan jenjang karir;
- (2) Mengidentifikasi kesenjangan kompetensi yang berasal dari data subkomite kredensial sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan perubahan standar profesi. Hal tersebut menjadi dasar perencanaan CPD.
- (3) Merekomendasikan perencanaan CPD kepada unit masing-masing.
- (4) Koordinasi dengan praktisi tenaga keperawatan dalam melakukan pendampingan sesuai kebutuhan.
- (5) Melakukan audit keperawatan dan kebidanan dengan cara :
 - a. Pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
 - b. Penetapan standar dan kriteria;
 - c. Penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 - d. Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 - e. Melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 - f. Menerapkan perbaikan;
 - g. Rencana reaudit.
- (6) Menyusun laporan kegiatan subkomite untuk disampaikan kepada ketua komite keperawatan.

Pasal 117

Komite mempunyai peran yang sangat besar dalam membantu direktur dalam mencapai tujuan yang ditetapkan. Hubungan Komite dengan Direktur/Bidang keperawatan bukan hubungan atasan-bawahan, melainkan hubungan kerjasama, koordinasi, kemitraan, dan saling menguatkan. Direktur RSUD Kabupaten Pasangkayu menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan fungsi dan tugas komite keperawatan.

Pasal 118

- (1) Media utama untuk mengakomodasi dan memfasilitasi berkembangnya profesional keperawatan yang dapat mempertahankan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan.
- (2) Mitra direktur/bidang keperawatan dalam mencapai visi dan misi serta tujuan bidang keperawatan.
- (3) Pembantu fungsi-fungsi manajemen dan menyelesaikan persoalan operasional.

- (4) Pemberi nasehat terkait aspek profesi keperawatan.

BAB XVIII

PEMBINAAN PROFESIONALISME DAN ETIKA

Pasal 56

Pembinaan Profesionalisme Kedokteran:

- (1) Sub komite etika dan disiplin profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran.
- (2) Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dan sebagainya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, komite medik, dan sebagainya.
- (3) Pertimbangan Keputusan Etis
 - a. Staf medik dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik;
 - b. Sub komite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis tersebut.

BAB XIX

MUTU ASUHAN PROFESIONAL KEPADA PASIEN

Pasal 119

- (1) Staf medik harus mengambil tindakan yang diperlukan untuk menjamin kelengkapan rekam medik tiap pasien yang ditanganinya di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi terpelihara dengan baik, adekuat dan dalam waktu yang secukupnya;
- (2) Pelanggaran atas ketentuan ini, staf medik dapat dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 120

- (1) Staf medik wajib mengirimkan jaringan yang dikeluarkan pada waktu operasi untuk pemeriksaan patologi.
- (2) Staf medik wajib melakukan pemeriksaan secara cermat dan teliti pada waktu masuk rawat dan mencatat diagnosa pra-bedah.

Pasal 121

Staf medik wajib memberikan kesempatan yang cukup bagi pasien yang hendak melakukan konsultasi mengenai penyakit dan/atau keluhan yang dideritanya sebelum dilakukan upaya medik.

Pasal 122

- (1) Semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
- (2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan secara tertulis maupun lisan.
- (3) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang diperlukan tentang perlunya tindakan kedokteran dilakukan.
- (4) Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang dibuat dalam bentuk pernyataan yang tertuang dalam formulir khusus yang dibuat untuk itu dan ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.
- (5) Tindakan kedokteran yang tidak termasuk dalam ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat diberikan dengan persetujuan lisan dan diberikan dalam bentuk ucapan setuju atau bentuk gerakan menganggukkan kepala yang dapat diartikan sebagai ucapan setuju.
- (6) Dalam hal persetujuan lisan yang diberikan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dianggap meragukan, maka dapat dimintakan persetujuan tertulis.
- (7) Dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien dan/atau mencegah kecacatan tidak diperlukan persetujuan tindakan kedokteran, tindakan yang dilakukan dicatat di dalam rekam medik, dan dokter atau dokter gigi wajib memberikan penjelasan sesegera mungkin kepada pasien setelah pasien sadar atau kepada keluarga terdekat.
- (8) Dokter dan/atau staf medik yang akan melakukan tindakan medik mempunyai tanggungjawab utama memberikan informasi dan penjelasan yang diperlukan kepada pasien dan/atau keluarga pasien
- (9) Informasi dan penjelasan atas persetujuan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) meliputi:
 - a. Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran;
 - b. Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan;
 - c. Alternatif tindakan lain, dan risikonya;
 - d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan

- e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
- f. Perkiraan pembiayaan

BAB XX
PEMBIAYAAN

Pasal 123

Segala biaya yang timbul akibat pelaksanaan peraturan ini dibebankan pada anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pasangkayu.

BAB XXI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 124

Peraturan Bupati ini akan berlaku efektif paling lama setelah 30 hari sejak di tetapkan secara sah oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Pasangkayu.

Pasal 125

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

BUPATI PASANGKAYU,

Ttd.

YAUMIL AMBO DJIWA

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,

Ttd.

MULYADI, SH

Pangkat : Pembina, IV/a

NIP: 19791115 200804 1 001

