



WALIKOTA BANJARMASIN
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

PERATURAN WALIKOTA BANJARMASIN
NOMOR 97 TAHUN 2019

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
(HOSPITAL BY LAW)

UNIT PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN SURIANSYAH
WALIKOTA BANJARMASIN,

- Menimbang :
- a. bahwa sesuai dengan ketentuan Pasal 29 Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, bahwa rumah sakit berkewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit;
 - b. bahwa untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit dalam melaksanakan kewajibannya kepada masyarakat guna memberikan kepastian hukum dan mengatur hubungan antar pemilik rumah sakit dengan pengelola/manajemen serta staf medik, keperawatan dan tenaga fungsional lainnya, perlu membuat peraturan internal rumah sakit (*hospital by law*);
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota Banjarmasin;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 8) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063).

Kantor	Wakil	Wakil	Wakil
4	SP	6	

4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114), Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187), Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pedoman Pembentukan dan Klasifikasi Cabang Dinas dan Unit Pelaksana Teknis Daerah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 451);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);

4



6

14. Peraturan Walikota Banjarmasin Nomor 23 Tahun 2019 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah Kota Banjarmasin (Berita Daerah Kota Banjarmasin Tahun 2019 Nomor 23).
15. Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 3 Tahun 2014 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kota Banjarmasin Tahun 2014 Nomor 3);
16. Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Banjarmasin (Lembaran Daerah Kota Banjarmasin Tahun 2016 Nomor 7, Tambahan Lembaran Daerah Kota Banjarmasin Nomor 40);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan: PERATURAN WALIKOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL (HOSPITAL BYLAWS) UNIT PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN SURIANSYAH.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Banjarmasin.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah kota Banjarmasin, selaku pemilik rumah sakit.
3. Walikota adalah Walikota Banjarmasin.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin selaku Induk Organisasi dari Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah selaku pembina, pengawas dan bertanggung jawab kepada walikota.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin yang melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan bertanggung jawab kepada Dinas Kesehatan
6. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah aturan tata kelola dasar yang mengatur tatacara penyelenggaraan rumah sakit, hubungan antara pemilik dan/atau yang mewakili pemilik (dalam hal ini dewan pengawas), pengelola atau direktur dengan staf manajemen serta staf medis, keperawatan dan tenaga fungsional lainnya.
7. Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Daerah kota Banjarmasin.
8. Dewan Pengawas adalah Dewan yang mewakili Pemilik, yang terdiri dari Ketua dan Anggota, yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh direktur bersama jajarannya dan memberikan nasihat dalam menjalankan kegiatan pengelolaan rumah sakit.

1 SP 2

9. Direktur adalah Pimpinan Rumah Sakit yang bertugas dalam pengelolaan rumah sakit yang bertanggung jawab kepada kepala dinas kesehatan.
10. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur dan diangkat serta diberhentikan oleh direktur.
11. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur dan diangkat serta diberhentikan oleh Direktur.
12. Kompetensi adalah dimensi yang dimiliki seseorang meliputi kedalaman pemahaman (aspek kognitif), keterampilan, pengetahuan, minat, sikap dan nilai yang merupakan standar perilaku yang telah menyatu dalam diri seseorang dalam melakukan pekerjaan yang dibebankan kepadanya.
13. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada direktur dalam hal menyusun dan merumuskan etika pelayanan Rumah Sakit, penyelesaian masalah etika Rumah Sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan Rumah Sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi Rumah Sakit, kebijakan yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah Kota Banjarmasin.
14. Kolektif kolegial adalah cara pengambilan keputusan oleh tim/dewan/satuan yang dilakukan secara bersama-sama dengan maksud dan tujuan yang sama dan sejalan.
15. Satuan Pemeriksaan Intern adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan intern di Rumah Sakit.
16. Staf Medik Fungsional adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit.
17. Rapat Rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
18. Rapat Tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun sekali.
19. Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas di luar jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan dan hal-hal yang dianggap khusus.
20. Dokter dan dokter gigi adalah dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit terdiri dari Pegawai Negeri Sipil dan dokter dengan perjanjian kerja/kontrak.
21. Kewenangan Klinis adalah hak khusus seorang staf medis/staf keperawatan untuk melakukan sekelompok pelayanan medis/keperawatan tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis.
22. Penugasan klinis adalah penugasan kepada seorang staf medis/keperawatan untuk melakukan sekelompok pelayanan medis/keperawatan di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis/keperawatan yang bersangkutan.

4 *SP* b

23. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis/staf keperawatan untuk menentukan kelayakan kewenangan klinis yang telah diberikan.
24. Rekrutensial adalah proses evaluasi ulang terhadap staf medis/staf keperawatan yang telah memiliki kewenangan klinis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
25. Tenaga kontrak adalah tenaga yang diangkat dengan status tenaga kontrak di Rumah Sakit, yang ditetapkan dengan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu berdasarkan ketentuan hukum yang berlaku.
26. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang selanjutnya disingkat DPJP adalah Dokter Penanggung Jawab Pasien Rumah Sakit merupakan dokter yang bertugas mengelola rangkaian tata lola medis seorang pasien.
27. Dokter Pendidik Klinis adalah jabatan yang mempunyai ruang lingkup, tugas, tanggung jawab, dan wewenang untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan/pelayanan medis, pengabdian masyarakat, dan pendidikan dokter di Rumah Sakit Pendidikan serta melakukan penelitian guna pengembangan ilmu kedokteran dengan hak dan kewajiban yang diberikan secara penuh oleh pejabat yang berwenang.
28. Peserta Didik adalah peserta program pendidikan, yaitu dokter, perawat dan bidan dan profesi kesehatan lainnya yang sedang mengikuti pendidikan di Rumah Sakit.
29. Tenaga Magang Kerja adalah tenaga yang magang/dibekukan dirinya pada rumah sakit dengan maksud mencari pengalaman kerja, mendapatkan bimbingan pengetahuan dan peningkatan kemampuan dari DPJP atau tenaga profesional lainnya.
30. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disebut PNS adalah warga negara Indonesia yang memenuhi syarat tertentu, diangkat sebagai Pegawai Aparat Sipil Negara secara tetap oleh pejabat pembina kepegawaian untuk menduduki jabatan pemerintahan.
31. Unit Pelaksana Teknis Daerah yang selanjutnya disebut UPT adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah Kota Banjarmasin.
32. Kepala Bagian Umum dan Keuangan yang selanjutnya disingkat Kabag Umum dan Keuangan adalah bagian dari organisasi rumah sakit yang membidangi urusan keuangan, akuntansi dan manajemen keuangan serta pengelolaan urusan ketatausahaan, perencanaan kebutuhan pendidikan dan penelitian, pengembangan serta melakukan bimbingan, pengawasan, dan penilaian pelaksanaan pendidikan dan penelitian, pengembangan, administrasi kepegawaian, perlindungan dan bantuan hukum serta informasi.
33. Kepala Bidang Pelayanan Medis yang selanjutnya disingkat Kabid Pelayanan Medis adalah bagian dari organisasi rumah sakit yang membidangi kegiatan pelayanan medis.
34. Kepala Bidang Keperawatan yang selanjutnya disingkat Kabid Keperawatan adalah bagian dari organisasi rumah sakit yang membidangi kegiatan pelayanan keperawatan.
35. Kepala Bidang Penunjang Medis yang selanjutnya disingkat Kabid Penunjang Medis adalah bagian dari organisasi rumah sakit yang membidangi urusan penunjang medis, rekam medis dan informasi teknologi serta rumah tangga.
36. Reappointments adalah pengangkatan kembali kelompok staf medis.
37. *Clinical Privileges* adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis.
38. *Temporary Privileges* adalah kewenangan seorang staf medis untuk melakukan sesuatu hal istimewa yang dimiliki profesi tertentu, diberikan oleh hukum terhadap kompetensi yang dimiliki yang bersifat sementara.

39. *Emergency privileges* adalah kewenangan seorang staf medis untuk melakukan sesuatu hal istimewa yang dimiliki profesi tertentu, diberikan oleh hukum terhadap kompetensi yang dimiliki dalam suatu keadaan yang darurat.
40. *Profesional privileges* adalah kewenangan seorang staf medis secara profesional untuk melakukan sesuatu hal istimewa yang dimiliki profesi tertentu, diberikan oleh hukum terhadap kompetensi yang dimiliki dalam suatu keadaan yang darurat.

BAB II NAMA, LOGO DAN MAKNA LOGO RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Nama Rumah Sakit

Pasal 2

Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah

Bagian Kedua

Logo Rumah Sakit

Pasal 3

Logo Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah :



Bagian Ketiga

Makna Logo

Pasal 4

Makna Logo adalah sebagai berikut :

- warna biru pada lambang logo bermakna keteguhan hati dan kebulatan tekad untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik pada masyarakat;
- warna hijau pada lambang logo memberikan makna cerminan pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah yang bermutu dan bermartabat serta memberikan perlindungan dan keselamatan kepada pasien;
- warna Kuning pada lambang logo memberikan makna pelayanan yang diberikan dilandasi oleh semangat keikhlasan dan berintegritas;
- warna Putih membentuk huruf SS pada lambang logo memberikan makna pelayanan yang dilaksanakan oleh masing masing profesi adalah sebuah pekerjaan yang luhur dan terhormat tanpa diskriminasi; dan
- simbol huruf SS pada logo melambangkan nama rumah sakit yakni Sultan Suriansyah. *SS*

**BAB III
ALAMAT DAN KELAS RUMAH SAKIT**

Bagian Kesatu

Alamat Rumah Sakit

Pasal 5

Alamat Rumah Sakit terletak di Jalan Rantauan Darat Rt. 4 Rw.01 Kelurahan Kelayan Selatan Kecamatan Banjarmasin Kode Pos 70246 Selatan Kota Banjarmasin Provinsi Kalimantan Selatan.

Bagian Kedua

Kelas Rumah Sakit

Pasal 6

Status Kelas Rumah sakit adalah "C" sesuai dengan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin Nomor : 144.5-/276/sekr-VIII/dinkes tanggal 1 Agustus 2019.

**BAB IV
VISI, MISI, NILAI-NILAI, FILOSOFI DAN NILAI ORGANISASI**

Bagian Kesatu

Visi

Pasal 7

Visi Rumah Sakit adalah : "Menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah Sebagai Pilihan Masyarakat Dengan Pelayanan Yang Bermutu Dan Bermartabat, Sesuai Standar Akreditasi".

Bagian Kedua

Misi

Pasal 8

Misi Rumah Sakit Umum adalah :

- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, efektif berorientasi pada keselamatan pasien;
- b. mengembangkan kompetensi sumber daya manusia yang profesional akuntabel dalam memberikan pelayanan;
- c. mengembangkan rumah sakit yang berwawasan lingkungan dan peduli pada masyarakat kelompok khusus;
- d. menyediakan peralatan medis, keperawatan dan penunjang medis yang sesuai dengan ilmu pengetahuan dan teknologi terbaru; dan
- e. mengembangkan perangkat manajemen yang inovatif dan responsif berbasis informasi teknologi.

Bagian Ketiga

Nilai-nilai Organisasi

Pasal 9

- (1) Nilai-nilai kerja Rumah sakit adalah nilai budaya kerja yang disepakati dengan dinas kesehatan dan seluruh staf dinas kesehatan terdiri dari :
- togetherness* yang berarti kerja sama;
 - wise/wisdom* yang berarti bijaksana;
 - integrity* yang berarti integritas ;
 - norm* yang berarti norma;
 - non discrimination* yang berarti tidak membedakan;
 - energetic* yang berarti bersemangat;
 - responsive* yang berarti responsif; dan
 - safety* yang berarti keselamatan pasien dan petugas.
- (2) Nilai organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selanjutnya disingkat dan disebut dengan kata "THE WINNERS".

Bagian Keempat

Filosofis

Pasal 10

Falsafah Rumah Sakit adalah "Menjunjung Tinggi Harkat dan Martabat Manusia Dalam Pelayanan Kesehatan".

Bagian Kelima

Motto

Pasal 11

Motto Rumah sakit adalah :

MELAYANI DENGAN KASIH SAYANG, PROFESIONAL DAN
BERTANGGUNG JAWAB

BAB V

KEDUDUKAN RUMAH SAKIT

Pasal 12

- (1) Rumah Sakit adalah rumah sakit milik Pemerintah Kota Banjarmasin yang berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin.
- (2) Rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) merupakan UPT Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan.

4 Al l

BAB VI
TUJUAN, TUGAS DAN FUNGSI

Bagian Kesatu

Tujuan Rumah Sakit

Pasal 13

Tujuan Rumah sakit adalah meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat untuk mewujudkan penyelenggaraan tugas pemerintah daerah mencapai Banjarmasin sehat, memajukan kesejahteraan dan mencerdaskan kehidupan masyarakat Banjarmasin.

Bagian Kedua

Tugas Rumah Sakit

Pasal 14

Rumah sakit mengemban tugas similtan yaitu melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan dengan serasi dan terpadu dengan upaya meningkatkan derajat kesehatan perorangan dengan upaya penyembuhan penyakit dan menyelenggarakan upaya rujukan secara paripurna.

Bagian Ketiga

Fungsi Rumah Sakit

Pasal 15

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14, Rumah Sakit melaksanakan fungsi :
a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta pemanfaatan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

4
A
1

BAB VII
STRUKTUR ORGANISASI DAN
PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Struktur Rumah Sakit

Pasal 16

Struktur organisasi UPT Rumah sakit berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 Tentang perangkat daerah dituangkan dalam Peraturan Daerah Kota Banjarmasin Nomor 144.5/047/sekrt/dinkes tahun 2019 tanggal 1 Agustus 2019.

Bagian Kedua

Pejabat Pengelola

Pasal 17

Pejabat pengelola Rumah sakit :
a. pemimpin;
b. pejabat keuangan; dan
c. pejabat teknis.

Pasal 18

Pemimpin UPT Rumah Sakit sebutannya adalah Direktur.

Pasal 19

(1) Pejabat keuangan UPT Rumah Sakit adalah Kabag Umum dan Keuangan.
(2) Pejabat teknis UPT Rumah Sakit adalah Kepala Bidang termasuk pejabat eselon IV (empat).

Pasal 20

(1) Komposisi pejabat pengelola dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui rapat Badan Pertimbangan Jabatan dan Pangkat Pemerintah Kota Banjarmasin bersama sama dengan Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin.
(2) Perubahan komposisi pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Walikota.

1



- Pejabat pengelola UPT Rumah Sakit diangkat dengan kriteria :
- a. memiliki kompetensi berupa keahlian dan kemampuan dalam melaksanakan tugas jabatan;
 - b. memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan manajemen rumah sakit; dan
 - c. bersedia menandatangani surat pernyataan menandatangani jabatan fungsional profesinya kecuali ditentukan lain oleh peraturan perundang-undangan.

Pasal 24

Persyaratan Pejabat Pengelola

Bagian Keempat

- a. melakukan tindak pidana korupsi, tanpa harus menunggu putusan yang bersifat inkrah sepanjang telah ditetapkan sebagai tersangka;
 - b. tidak cakap dalam melakukan tugas karena sakit; dan
 - c. tidak melaksanakan tugas selama 15 (lima belas) hari tanpa alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.
- (3) Pejabat pengelola dapat diberhentikan sebelum masa jabatan berakhir, apabila :
- (1) Masa jabatan sebagai pejabat pengelola UPT Rumah Sakit adalah 4 (empat) tahun dan dapat diperpanjang.
 - (2) Jabatan Pengelola UPT Rumah Sakit maksimal 2 (dua) periode masa jabatan.

Pasal 23

Pejabat pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.

Pasal 22

- (1) Pengangkatan dalam jabatan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan rumah sakit.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh pejabat pengelola UPT berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya serta diusulkan oleh Dinas Kesehatan.
- (3) Pejabat pengelola berasal dari PNS, jika sudah menerapkan Badan Layanan Umum Daerah dapat berasal bukan dari PNS, kecuali jabatan Keuangan.

Pasal 21

Pengangkatan Pejabat Pengelola

Bagian Ketiga

Bagian Kelima

Tugas dan Kewajiban Pejabat Pengelola

Pasal 25

(1) Direktur Rumah Sakit mempunyai tugas dan kewajiban sebagai berikut:

- a. merumuskan dan menetapkan kebijakan teknis upaya kesehatan sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Walikota dan atau dinas kesehatan;
- b. merumuskan dan menetapkan kebijakan, mengkoordinasikan, mengendalikan dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan penunjang medik dan non medik;
- c. merumuskan dan menetapkan kebijakan, mengkoordinasikan, mengendalikan dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan penunjang medik dan non medik;
- d. merumuskan dan menetapkan kebijakan, mengkoordinasikan, mengendalikan dan mengevaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan;
- e. merumuskan dan menetapkan kebijakan, mengkoordinasikan, mengendalikan dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan rujukan;
- f. merumuskan dan menetapkan kebijakan, mengkoordinasikan dan mengendalikan pelaksanaan program pendidikan dan pelatihan;
- g. merumuskan dan menetapkan kebijakan, mengkoordinasikan, mengendalikan pelaksanaan penelitian dan pengembangan;
- h. merumuskan dan menetapkan kebijakan, mengkoordinasikan, mengendalikan pengelolaan sumber daya manusia;
- i. merumuskan dan menetapkan kebijakan, mengkoordinasikan dan mengendalikan pengelolaan administrasi umum dan keuangan; dan
- j. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Walikota dan atau dinas kesehatan sesuai dengan bidang tugas dan tanggungjawabnya.

- (2) Kabag Umum dan Keuangan mempunyai tugas dan kewajiban mengkoordinasikan dan mengevaluasi kegiatan urusan keuangan, akuntansi dan manajemen keuangan serta pengelolaan urusan ketatausahaan, perencanaan kebutuhan pendidikan dan penelitian, pengembangan serta melakukan bimbingan, pengawasan dan penilaian pelaksanaan pendidikan dan penelitian, pengembangan, administrasi, keperawatan, perlindungan dan bantuan hukum serta informasi.
- (3) Kabid pelayanan Medik mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan kegiatan pelayanan medik.
- (4) Kabid Keperawatan mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan kegiatan pelayanan perawatan.
- (5) Kabid penunjang medik mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan kegiatan urusan penunjang medik, rekam medik dan informasi teknologi serta rumah tangga.
- (6) Selain yang teruat dalam peraturan ini, tugas dan kewajiban pejabat pengelola mengacu kepada Peraturan Walikota tentang Urutan Tugas dan Struktur Organisasi dan Tata Kerja rumah sakit yang telah ditetapkan.

Bagian Kenam

Tanggungjawab Pejabat Pengelola

Pasal 26

- (1) Direktur bertanggungjawab kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Kabag Umum dan Keuangan, Kabid Pelayanan Medik, Kabid Keperawatan dan Kabid Penunjang Medik bertanggungjawab kepada Direktur.

1



4

Bagian Ketujuh

Larangan Merangkap Jabatan

Pasal 27

Direktur UPT Rumah Sakit dilarang memegang jabatan rangkap sebagai pelaksana jabatan fungsional.

Bagian Kedelapan

Pembarhentian Pejabat Pengelola

Pasal 28

(1) Direktur dan Pejabat Pengelola diberhentikan oleh Walikota.

(2) Direktur dan Pejabat Pengelola diberhentikan karena :

a. terlibat dalam tindak pidana;

b. meninggal dunia;

c. mengundurkan diri;

d. tidak tercapainya target kinerja; dan

e. kondisi kesehatan.

(3) Pembarhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 29

(1) Direktur dan Pejabat Pengelola yang diberhentikan sebelum masa

jabatannya habis diberi kesempatan mengajukan keberatan sesuai

prosedur dan peraturan perundang-undangan.

(2) Dalam hal tenggang waktu yang diberikan tidak dimanfaatkan, maka

Direktur dan Pejabat Pengelola dianggap menerima pemberhentian

sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

BAB VIII

PELAKSANA

Pasal 30

Untuk menunjang kelancaran penyelenggaraan kegiatan pelayanan Rumah Sakit ditunjuk unit-unit pelaksana fungsional yang terdiri dari Instalasi, Komite Medik, Staf Medik Fungsional, dan Komite Keperawatan.

Bagian Pertama

Instalasi

Pasal 31

(1) Pembentukan instalasi ditetapkan Keputusan Direktur.

(2) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin Kepala

Instalasi.

(3) Kepala instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu Staf Instalasi.

(4) Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3)

- bertanggungjawab secara teknis kepada kepala bidang/bagian dan berkoordinasi kepada seksi yang terkait.
- (5) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas kebutuhan dan ketentuan yang berlaku dan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kedua

Komite Medik

Paragraf 1

Pembentukan Komite Medik

Pasal 32

- (1) Direktur membentuk Panitia Pemilihan Ketua Komite Medik yang terdiri Kepala Bidang Pelayanan Medik.
- (2) Staf Medik Fungsional mengusulkan 5 (lima) nama kepada Direktur sebagai calon Ketua Komite Medik.
- (3) Direktur berwenang memilih dan menetapkan salah satu dari lima nama yang diusulkan tanpa harus mempertimbangkan urutan yang diusulkan.
- (4) Ketua Komite Medik memilih Sekretaris dan Bendahara.
- (5) Pengurus Komite Medik memilih dan menyusun Subkomite dalam Komite Medik.
- (6) Hasil rapat pleno beserta Susunan Komite Medik disampaikan kepada Direktur untuk dibuatkan Keputusan Komite Medik.

Pasal 33

- (1) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (3) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.
- (4) Susunan Struktur Organisasi Komite Medik terdiri dari :
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. sub Komite.
- (5) Persyaratan Ketua Komite Medik :
 - a. bisa berasal dari dokter PNS atau Non PNS yang dipilih secara demokratis oleh Ketua-ketua kelompok staf medis;
 - b. mempunyai kredibilitas dan integritas yang tinggi dalam profesinya;
 - c. peka terhadap perkembangan perumahsakitannya;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya serta menjadi teladan bagi sejawat atau profesi lainnya;
 - f. mempunyai integritas kelimuan dan etika profesi yang tinggi; dan
 - g. mendukung program kerja rumah sakit dan dinas kesehatan.
- (6) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud ayat (5) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (7) Persyaratan Sekretaris :
 - a. sekretaris Komite Medik direkomendasikan oleh Ketua Komite Medik dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
 - b. sekretaris Komite Medik dijabat oleh seorang dokter PNS; dan

- c. dalam menjalankan tugasnya, sekretaris Komite Medik dibantu oleh tenaga administrasi (staf sekretariat).
- (8) Anggota Komite Medik terdiri dari semua Ketua Kelompok Staf Medis.
- (9) Ketua Komite Medik memilih Sekretaris dan Anggota Komite Medik dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 2

Tujuan

Pasal 34

Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.

Paragraf 3

Tugas Dan Fungsi Komite Medik

Pasal 35

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku ;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1. kompetensi;
 - 2. kesehatan fisik dan mental;
 - 3. perilaku; dan
 - 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat.
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada 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 medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.
- 4 (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi

staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
- c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
- d. pemberian nasihat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf 4

Wewenang Komite Medik

Pasal 36

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang :

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

Paragraf 5

Tanggung Jawab Komite Medik

Pasal 37

- (1) Tanggung jawab Komite Medik adalah terkait dengan mutu pelayanan medis, pembinaan etik kedokteran dan pengembangan profesi medis.
- (2) Ketua Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

Paragraf 6

Kewajiban Komite Medik

Pasal 38

Komite Medik mempunyai kewajiban sebagai berikut :

- a. menyusun peraturan internal staf medis;
- b. membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar prosedur operasional dibidang manajerial/adminitrasi dan bidang keilmuan/profesi, standar profesi dan standar kompetensi;
- c. membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik; dan
- d. melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

Paragraf 7

Masa Kerja Komite Medik

Pasal 39

Masa kerja Komite Medik adalah 3 (tiga) tahun.



Paragraf 8
Tata Kerja Komite Medik
Pasal 40

Tata kerja Komite Medik secara administratif mengikuti ketentuan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan.

Bagian Ketiga
Kelompok Staf Medis
Paragraf 1
Pengorganisasian Kelompok Staf Medis
Pasal 41

- (1) Pengorganisasian kelompok staf medis terdiri dari :
 - a. staf pengajar dengan status kepegawaian dari Fakultas Kedokteran wajib dimasukkan kedalam kelompok staf medis apabila staf pengajar tersebut memberikan pelayanan medis kepada pasien baik secara langsung maupun sebagai konsultan; dan
 - b. co- Ass/Calon dokter tidak dimasukkan ke dalam kelompok staf medis.
- (2) Penempatan para dokter ke dalam kelompok staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit atas usulan Komite Medik.
- (3) Kelompok staf medis dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- (4) Pemilihan ketua kelompok staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur, Proses pemilihan ini wajib melibatkan Komite Medik dan pimpinan rumah sakit.
- (5) Setelah proses pemilihan ketua kelompok staf medis selesai maka penetapan sebagai Ketua kelompok staf medis disahkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit.
- (6) Lama masa bakti Ketua kelompok staf medis adalah 3 (tiga) tahun dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (7) Tugas Ketua Kelompok Staf Medis adalah menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja staf medis yang dipimpinnya.
- (8) Uraian tugas dan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (7) ditetapkan secara individual untuk masing-masing dokter.

Paragraf 2
Kewenangan Klinis Kelompok Staf Medis
Pasal 42

Kewenangan Klinis Staf Medik adalah sebagai berikut :

- a. kewenangan klinis masing-masing anggota kelompok staf medis disusun oleh Ketua kelompok staf medis dan kemudian diusulkan oleh Ketua Komite Medik kepada Direktur Rumah sakit untuk dibuatkan surat keputusannya;
- b. ketua Kelompok Staf Medis mengatur pemberian *clinical privileges, reapoinments* dan penugasan staf medis pada unit kerja;
- c. Ketua Kelompok Staf Medis dapat mengusulkan *temporary privileges, emergency privileges* ataupun *profesional privileges* sesuai dengan kebutuhan pelayanan medis rumah sakit kepada Komite Medik; dan

4

Al

1

- d. subkomite Kredensial melakukan review kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medik dalam rangka pemberian *clinical privileges*, *reappointments* dan penugasan staf medis pada unit kerja.

Paragraf 3

Tanggung Jawab Kelompok Staf Medis

Pasal 43

Kelompok staf medis mempunyai tanggung jawab yang terkait dengan mutu, etik dan pengembangan pendidikan staf medis. Tanggung jawab tersebut sebagai berikut :

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis/Sub Komite Kredensial kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru;
- b. melakukan evaluasi melalui kelompok disiplin ilmu, audit medis atau program pengembangan kualitas terhadap kinerja praktik dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik/Sub Komite Kredensial kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di Rumah Sakit;
- d. untuk membuat surat keputusan Direktur Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada huruf e perlu meminta masukan dari organisasi staf medis/sub komite kredensial;
- e. memberi kesempatan bagi para dokter untuk mengikuti Pengembangan Profesional Berkelanjutan;
- f. memberikan laporan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur Rumah Sakit minimal 1 (satu) tahun sekali;
- g. laporan sebagaimana dimaksud pada huruf f meliputi hasil pemantauan indikator mutu klinik, hasil evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf dan lain-lain; dan
- h. melakukan perbaikan standar prosedur operasional dan dokumen terkaitnya.

Paragraf 4

Kewajiban Kelompok Staf Medis

Pasal 44

Kelompok Staf medis berkewajiban :

- a. menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medik yang terdiri dari:
 1. 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 di kamar operasi, kamar bersalin dan lain sebagainya, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinik, presentasi kasus (kasus kematian, kasus sulit, kasus langka, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi, dan lain-lain, dibawah koordinasi Kabid Pelayanan Medis;
 2. standar Prosedur Operasional pelayanan medik bidang keilmuan/keprofesian adalah standar pelayanan medis; dan
 3. masing-masing kelompok menyusun standar pelayanan medis sebagaimana dimaksud pada huruf b minimal untuk 10 (sepuluh) jenis penyakit, dibawah koordinasi Komite Medik.
- b. menyusun indikator mutu klinik dengan ketentuan masing-masing kelompok staf medis menyusun minimal 3 (tiga) jenis indikator mutu *output* atau *outcome*; dan
- c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing

anggotanya antara lain memuat *clinical privileges*, pengaturan *temporary privileges*, *emergency privileges*, dan *profesional privileges* sesuai kebutuhan rumah sakit.

Bagian Keempat

Staf Medis

Paragraf 1

Pengangkatan Staf Medis

Pasal 45

- (1) Staf medis yang ingin menjadi anggota kelompok staf medis Rumah sakit mengajukan permohonan kepada Kabid Pelayanan Medik.
- (2) Surat permohonan sebagaimana dimaksud ayat (1) dilampiri dengan :
 - a. ijazah;
 - b. surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP);
 - c. sertifikat kompetensi;
 - d. sertifikat lainnya yang mendukung profesi medis; dan
 - e. daftar riwayat hidup.
- (3) Kepala Bidang Pelayanan Medik meneruskan surat permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada Komite Medik untuk dilakukan kredensial kepada staf medis yang bersangkutan.
- (4) Komite Medik melalui Subkomite Kredensial melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis rumah sakit secara total obyektif, adil, jujur dan terbuka.
- (5) Subkomite Kredensial membuat Rekomendasi hasil review berdasarkan kriteria yang ditetapkan dan sesuai dengan kebutuhan staf medis di rumah sakit kepada Ketua Komite Medik, dan selanjutnya diteruskan oleh Ketua Komite Medik kepada Direktur rumah sakit melalui Wakil Direktur Pelayanan Medik.
- (6) Direktur rumah sakit memutuskan diterimanya staf medis tersebut atau tidak dengan memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik.
- (7) Pengangkatan staf medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah sakit. Penempatan staf medis ke dalam kelompok staf medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah sakit.
- (8) Direktur Rumah sakit mengeluarkan Surat Penugasan Klinik staf medis yang bersangkutan.
- (9) Staf medis yang telah diangkat menjadi anggota staf medik Rumah sakit harus melapor kepada Komite Medik dan menyerahkan :
 - a. fotocopy Keputusan Direktur Rumah Sakit;
 - b. fotocopy Surat Penugasan Klinik di Rumah Sakit; dan
 - c. fotocopy Surat Ijin Praktik di Rumah Sakit.
- (10) Staf medis yang telah ditempatkan ke dalam kelompok staf medis melapor kepada Ketua Kelompok Staf Medis yang bersangkutan.
- (11) Ketua Staf Medis menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja staf medis yang dipimpinnya.
- (12) Uraian tugas dan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (11) ditetapkan secara individual untuk masing-masing dokter berdasarkan standar profesi dan standar kompetensi yang dikembangkan oleh masing-masing perhimpunan profesi.
- (13) Staf Medis yang pernah menjadi anggota Kelompok Staf Medis Rumah Sakit dan kemudian keluar dari Kelompok Staf Medis Rumah Sakit karena melanjutkan pendidikan, mutasi/pindah, atau alasan lainnya dan ingin kembali menjadi anggota Kelompok Staf Medis Rumah Sakit dapat diangkat kembali oleh Direktur Rumah Sakit.
- (14) Prosedur pengangkatan kembali staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (13) tersebut sama dengan proses pengangkatan staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (9).

Paragraf 2
Kategori Staf Medis
Pasal 46

Kategori dan pengorganisasian staf medis terdiri dari :

- b. dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja di unit pelayanan rumah sakit wajib menjadi anggota Staf Medis, termasuk unit pelayanan yang dilakukan kerja sama operasional dengan rumah sakit;
- c. semua staf medis di rumah sakit tanpa membedakan status hubungan kerja, kewenangan dan tanggung jawab staf medis wajib mengikuti semua peraturan yang berlaku pada rumah sakit dan atau dinas kesehatan;
- d. dalam melaksanakan tugas Staf Medis dikelompokkan sesuai spesialisasi atau keahliannya atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus dari Direktur;
- e. setiap kelompok staf medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter;
- f. pengelompokan Staf Medis berdasarkan spesialisasi/keahlian adalah tenaga dokter dengan spesialisasi/keahlian yang sama dikelompokkan ke dalam 1 (satu) Kelompok Staf Medis Fungsional; dan
- g. pengelompokan Staf Medis dengan cara lain dengan pertimbangan khusus dapat dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut :
 - a. penggabungan tenaga dokter spesialis dengan spesialisasi/keahlian yang berbeda. Penggabungan ini dilakukan karena jumlah dokter spesialis tersebut kurang dari 2 (dua) orang sehingga tidak memungkinkan untuk membentuk Staf Medis sendiri;
 - b. penggabungan harus memperhatikan kemiripan disiplin ilmu tersebut dan wajib diikuti dengan pembagian dan tugas dan wewenang yang jelas yang dituangkan di dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis rumah sakit. Sebagai contoh dokter spesialis paru digabung dengan spesialis jantung menjadi Staf Medis Jantung-Paru. Semua dokter umum yang bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah dapat dimasukkan ke dalam kelompok staf medik dokter umum yaitu Staf Medis Fungsional Dokter Umum;
 - c. semua dokter gigi yang bekerja di Rumah Sakit Umum dapat dimasukkan ke dalam kelompok staf medik dokter gigi yaitu Staf Medis Fungsional Penyakit Gigi dan Mulut; dan
 - d. dokter dan dokter gigi yang bekerja pada pelayanan yang dilakukan secara kerja sama operasional tetapi secara administrasi dibawah manajemen kerja sama operasional namun secara profesi tetap dibawah komite medik.

Paragraf 3
Kewajiban Staf Medis
Pasal 47

Staf medis mempunyai kewajiban yaitu:

- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. merujuk pasien ke dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
- c. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien,

- bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
- d. melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya tanpa meminta uang muka;
 - e. menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi;
 - f. menunjuk staf medis lain dalam keahlian / komitmen yang sama sebagai pengganti apabila berhalangan, dan harus diinformasikan kepada dan persetujuan pasien yang bersangkutan;
 - g. memberikan penjelasan secara lengkap kepada pasien sebelum persetujuan tindakan disetujui pasien;
 - h. membuat rekam medis dan mematuhi petunjuk pelaksanaannya;
 - i. menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya;
 - j. mematuhi kebijakan rumah sakit tentang obat dan formularium rumah sakit;
 - k. mematuhi semua peraturan yang dibuat oleh Direktur rumah sakit dan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan
 - l. mendahulukan keselamatan pasien dari persyaratan administratif dan kepentingan lainnya yang bersifat individu.

Paragraf 4

Pembinaan Staf Medis

Pasal 48

- (1) Pembinaan staf medis dilakukan secara berkala atau apabila ada masalah yang dilaporkan oleh Ketua Staf Medis Fungsional / Kepala Instalasi.
- (2) Investigasi masalah, pelaporan, penanguhan dan lain sebagainya yang berkaitan dengan pembinaan staf medik dilakukan oleh subkomite kredensial bersama-sama subkomite mutu medik dan audit medik.
- (3) Pembinaan dilakukan melalui tindakan korektif yang terkait dengan pelaksanaan pemberian kewenangan klinis.
- (4) Laporan dari subkomite disampaikan kepada Ketua Komite Medik untuk selanjutnya dilaporkan kepada Direktur rumah sakit.
- (5) Dalam hal diduga adanya pelanggaran hukum yang dilakukan oleh staf medis Ketua Staf Medis Fungsional/ Kepala Instalasi wajib meneruskan ke komite etika dan hukum rumah sakit.

Bagian Kelima

Satuan Pemeriksaan Intern

Pasal 49

- (1) Dalam membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengelolaan Sumber Daya dan Keuangan yang ada di Rumah Sakit dibentuk Satuan Pemeriksaan Intern.
- (2) Satuan Pemeriksaan Intern adalah kelompok fungsional yang bertugas:
 - a. melakukan pemeriksaan terhadap setiap unsur/kegiatan di lingkungan Rumah Sakit yang meliputi pengelolaan administrasi keuangan, administrasi pelayanan serta administrasi umum dan kepegawaian yang dipandang perlu;
 - b. melakukan pengujian serta penilaian atas hasil laporan berkala atau sewaktu-waktu dari setiap unsur/kegiatan di lingkungan Rumah Sakit atas petunjuk Direktur Rumah Sakit;
 - c. melakukan penelusuran mengenai kebenaran laporan atau informasi tentang hambatan, penyimpangan dan penyalahgunaan wewenang yang terjadi; dan
 - d. memberikan saran dan alternatif pemecahan kepada Direktur Rumah Sakit terhadap penyimpangan yang terjadi.

- (3) Satuan Pemeriksaan Intern sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan oleh Kepala Dinas sesuai dengan kebutuhan atas usulan Direktur.
- (4) Struktur Organisasi dari Satuan Pemeriksaan Intern terdiri dari 1 (satu) orang Ketua, 1 (satu) orang Sekretaris dan beberapa orang Anggota yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (5) Penetapan Keanggotaan dalam Satuan Pemeriksaan Intern dilakukan dengan mempertimbangkan Kompetensi dan Jabatan seseorang yang disesuaikan dengan peraturan yang berlaku.
- (6) Masa kerja Satuan Pemeriksaan Intern adalah 3 (tiga) tahun.
- (7) Ketua, sekretaris dan anggota dalam Satuan Pemeriksaan Intern dilarang merangkap tugas maupun jabatan lain dalam bidang keuangan, Sumbwe Daya Manusia, pelayanan dan menjadi panitia atau pejabat pengadaan barang / jasa.

Bagian Keenam

Komite Keperawatan

Paragraf 1

Pembentukan Komite Keperawatan

Pasal 50

- (1) Komite Keperawatan mengatur kewenangan klinis perawat dan juga bidan.
- (2) Ketua Komite Keperawatan dipilih dan diangkat oleh direktur rumah sakit.
- (3) 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.
- (4) Keanggotaan komite Keperawatan ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (5) Jumlah keanggotaan komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disesuaikan dengan jumlah staf perawat dan bidan di rumah sakit.
- (6) Susunan Struktur Organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. sub komite.
- (7) Persyaratan Ketua Komite Keperawatan :
 - a. dapat berasal dari Perawat/bidan PNS atau Non PNS yang dipilih secara demokratis oleh Ketua-ketua kelompok staf perawat dan bidan;
 - b. pengangkatan Ketua Komite Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
 - c. ketua Komite Keperawatan memilih Sekretaris dan anggota Komite Keperawatan dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
 - d. mempunyai kredibilitas dan integritas yang tinggi dalam profesinya;
 - e. peka terhadap perkembangan perumahsakitannya;
 - f. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - g. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya serta menjadi teladan bagi sejawat atau profesilainnya;
 - h. mempunyai integritas kelimuan dan etika profesi yang tinggi; dan
 - i. mendukung program kerja rumah sakit dan dinas kesehatan.
- (8) Persyaratan Sekretaris :
 - a. sekretaris Komite Keperawatan direkomendasikan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
 - b. sekretaris Komite Keperawatan dijabat oleh seorang dokter PNS; dan
 - c. dalam menjalankan tugasnya, sekretaris Komite Keperawatan dibantu

(9) Anggota Komite Keperawatan berasal dari perwakilan perawat dan bidan.
oleh tenaga administrasi (staf sekretariat).

Pasal 51

- (1) Pembentukan Komite Keperawatan Rumah Sakit ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit.
- (2) Direktur membentuk Panitia Pemilihan Ketua Komite Keperawatan yang terdiri Kepala Bidang Keperawatan.
- (3) Kepala ruangan mengusulkan lima nama kepada Direktur sebagai calon Ketua Komite Keperawatan.
- (4) Direktur berwenang memilih dan menetapkan salah satu dari lima nama yang diusulkan tanpa harus mempertimbangkan urutan yang diusulkan.
- (5) Ketua Komite Keperawatan memilih Sekretaris.
- (6) Pengurus Komite Keperawatan memilih dan menyusun Subkomite dalam Komite Keperawatan.
- (7) Hasil rapat pleno beserta Susunan Komite Keperawatan disampaikan kepada Direktur untuk dibuahkan Keputusan Komite Keperawatan.
- (8) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua Komite Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit.

Paragraf 2

Tujuan

Pasal 52

Komite Keperawatan dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata lola keperawatan dan kebidanan yang baik agar mutu pelayanan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.

Paragraf 3

Tugas Dan Fungsi Komite Keperawatan

Pasal 53

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

- 4
- (1) Menyusun peraturan internal staf perawat dan bidan.
(2) Membuat standarisasi format untuk pelayanan perawat dan bidan, standar prosedur operasional dibidang manajerial/administrasi dan bidang keilmuan/profesi, standar profesi dan standar kompetensi.

Komite Keperawatan mempunyai kewajiban sebagai berikut :

Pasal 56

Kewajiban Komite Keperawatan

Paragraf 6

- (1) Tanggung jawab Komite Keperawatan adalah terkait dengan mutu pelayanan perawat dan bidan, pembinaan etik dan pengembangan profesi perawat dan bidan.
(2) Ketua Komite Keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

Pasal 55

Tanggung Jawab Komite Keperawatan

Paragraf 5

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

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang :

Pasal 54

Wewenang Komite Keperawatan

Paragraf 4

- a. pembinaan etik dan disiplin profesi perawat/bidan;
b. pemeriksaan staf perawat dan bidan yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etik pada asuhan perawat dan bidan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf perawat dan bidan Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
a. pelaksanaan audit perawat dan bidan;
b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf perawat dan bidan;
c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf perawat dan bidan rumah sakit tersebut; dan
d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf perawat dan bidan yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etik, dan perilaku profesi staf perawat dan bidan Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
a. pembinaan etik dan disiplin profesi perawat/bidan;
b. pemeriksaan staf perawat dan bidan yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etik pada asuhan perawat dan bidan pasien.
- h. rekomendasi kewenangan klinis dan pemberian surat penguasaan klinis.

- (3) Membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik.
- (4) Melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi perawat dan bidan.

Paragraf 7

Masa Kerja Komite Keperawatan

Pasal 57

Masa kerja Komite Keperawatan adalah 3 (tiga) tahun.

Paragraf 8

Tata Kerja Komite Keperawatan

Pasal 58

Tata kerja Komite Keperawatan secara administratif mengikuti ketentuan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan.

BAB IX

DEWAN PENGAWAS DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERN

Bagian Kesatu

Tugas, Kewajiban, dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 59

- (1) Dewan Pengawas bertugas untuk melakukan pengawasan dan pembinaan terhadap tata kelola Rumah Sakit, yang meliputi pelaksanaan Anggaran, Rencana Strategis sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Ketua dewan pengawas mengusulkan sekretaris dewan pengawas kepada walikota.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berasal dari rumah sakit atau dinas kesehatan.
- (4) Sekretaris dewan pengawas, tidak termasuk sebagai anggota dewan pengawas.

Pasal 60

Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban :

- a. memberikan arahan dan saran kepada manajemen Rumah Sakit yang diusulkan oleh Direktur;
- b. mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit, memberikan pendapat dan saran kepada manajemen rumah sakit mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;
- c. memberikan nasihat kepada Direktur dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;
- d. melaporkan dengan segera kepada walikota apabila terjadi gejala menurunnya kinerja Rumah Sakit; dan
- e. Melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada Pasal 59 ayat (1) kepada walikota secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

4

ll l

Pasal 61

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut :

- a. memeriksa buku, surat, dokumen lainnya serta laporan kas untuk keperluan verifikasi dan memeriksa kekayaan rumah sakit;
- b. meminta penjelasan kepada Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengelolaan Rumah Sakit;
- c. meminta penjelasan kepada pejabat lainnya dengan atau tanpa sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengelolaan Rumah Sakit;
- d. meminta Direktur untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
- e. meminta pejabat lainnya dengan atau tanpa sepengetahuan Direktur untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
- f. menghadiri rapat Direktur dan memberikan pandangan-pandangan terhadap hal-hal yang dibicarakan; dan
- g. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian direktur dan pejabat lainnya sesuai ketentuan yang berlaku.

Bagian Kedua

Pengangkatan dan Pemberhentian Dewan Pengawas

Pasal 62

- (1) Dewan Pengawas dan anggota Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh walikota.
- (2) Ketua dewan pengawas dijabat oleh kepala dinas kesehatan.
- (3) Pengangkatan anggota dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan usulan Kepala Dinas Kesehatan.
- (4) Pengangkatan Ketua dan anggota dewan pengawas ditetapkan dengan Keputusan Walikota.

Bagian Ketiga

Keanggotaan

Anggota Dewan Pengawas

Pasal 63

- (1) Anggota Dewan Pengawas terdiri dan unsur-unsur pejabat Keuangan daerah yang memahami tentang rumah sakit, Unsur Dinas Kesehatan dan/atau unsur tokoh masyarakat yang kegiatannya berhubungan dengan perumahsakit, atau tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit.
- (2) Persyaratan menjadi Anggota Dewan Pengawas adalah orang-perorangan yang:
 - a. memiliki dedikasi, memahami masalah-masalah manajemen dan keuangan rumah sakit dan dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya; dan
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan bersalah secara hukum nasional.

4 2 1

Bagian Keempat
Ketua Dewan Pengawas
Pasal 64

- (1). Tugas Ketua Dewan Pengawas adalah:
 - a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
 - b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal Rumah Sakit melalui Rapat Dewan Pengawas;
 - c. bekerja sama dengan Pengelola (Direktur) untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas; dan
 - d. melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.
- (2) Apabila rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c belum dapat diselenggarakan, maka Ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu.

BAB X

HUBUNGAN-HUBUNGAN DALAM PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Hubungan Direktur dengan Dewan Pengawas

Pasal 65

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh Direktur
- (2) Direktur bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan melalui Dewan Pengawas.
- (3) Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan Rumah Sakit, dengan menetapkan kebijakan pelaksanaan, baik di bidang pelayanan medis, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan rumah sakit.

Bagian Kedua

Hubungan Dewan Pengawas dengan Komite Medik

Pasal 66

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Komite Medik untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan Visi, Misi, Falsafah dan Tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran terhadap Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus-menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam Organisasi Komite Medik Rumah Sakit.

4 *AP* b

Bagian Ketiga
Hubungan Direktur dengan Komite Medik

Pasal 67

- (1) Komite Medik berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan tugas Komite Medik dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Keempat

Hubungan Direktur dengan Satuan Pemeriksaan Intern

Pasal 68

- (1) Satuan Pemeriksaan Intern berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama Rumah Sakit.
- (2) Tugas pokok Satuan Pemeriksaan Intern adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di rumah sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Satuan Pemeriksaan Intern berfungsi :
 - a. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan operasional;
 - b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian intern;
 - c. melakukan identifikasi risiko;
 - d. mencegah terjadinya penyimpangan;
 - e. memberikan konsultasi pengendalian intern; dan
 - f. melakukan hubungan dengan Eksternal Auditor.
- (4) Satuan Pemeriksaan Intern memberikan rekomendasi atas hasil pemeriksaan berdasarkan hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) kepada direktur.

BAB XI

Rapat-Rapat

Bagian Kesatu

Rapat Rutin

Pasal 69

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direktur Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh kali) dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direktur, Komite Medik dan pihak lain yang tertentu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari

Bagian Ketiga
Hubungan Direktur dengan Komite Medik
Pasal 67

- (1) Komite Medik berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan tugas Komite Medik dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Keempat
Hubungan Direktur dengan Satuan Pemeriksaan Intern
Pasal 68

- (1) Satuan Pemeriksaan Intern berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama Rumah Sakit.
- (2) Tugas pokok Satuan Pemeriksaan Intern adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di rumah sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Satuan Pemeriksaan Intern berfungsi :
 - a. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan operasional;
 - b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian intern;
 - c. melakukan identifikasi risiko;
 - d. mencegah terjadinya penyimpangan;
 - e. memberikan konsultasi pengendalian intern; dan
 - f. melakukan hubungan dengan Eksternal Auditor.
- (4) Satuan Pemeriksaan Intern memberikan rekomendasi atas hasil pemeriksaan berdasarkan hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) kepada direktur.

BAB XI

Rapat-Rapat

Bagian Kesatu

Rapat Rutin

Pasal 69

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direktur Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh kali) dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direktur, Komite Medik dan pihak lain yang tertentu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari

- (5) Sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (4) harus melampirkan :
- salinan agenda;
 - salinan risalah rapat rutin yang lalu;
 - salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Bagian Kedua
Rapat khusus

Pasal 70

- Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal :
 - terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - terdapat permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Dewan Pengawas.
- Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (2) huruf b harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan.

Bagian Ketiga
Rapat Tahunan

Pasal 71

- Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.

- Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Bagian Keempat
Stempel

Pasal 72

- Dalam Peraturan Internal ini ditetapkan 2 (dua) macam Stempel, yaitu Stempel Dewan Pengawas dan Stempel Rumah Sakit;
- Setiap dokumen tidak akan dibuat Stempel Dewan Pengawas selain menyangkut hal-hal yang diputuskan oleh Dewan Pengawas seperti yang tercantum dalam risalah rapat.
- Setiap dokumen yang menggunakan Stempel Dewan Pengawas harus ditandatangani oleh sekurangnya dua orang anggota Dewan Pengawas.
- Stempel rumah sakit yaitu :
 - hanya dapat dipergunakan untuk naskah-naskah kedinasan yang

- ditandatangani oleh direktur;
- b. pembuatan stempel rumah sakit mengikuti ketentuan yang berlaku; dan
 - c. penggandaan stempel rumah sakit hanya boleh dilakukan atas izin tertulis direktur rumah sakit.

BAB XII

KERAHASIAAN DAN INFORMASI MEDIS

Pasal 73

- (1) Setiap dokter atau dokter gigi dan semua profesi serta tenaga non kesehatan dalam melaksanakan pekerjaan profesinya wajib menyimpan rahasia kedokteran.
- (2) Rahasia kedokteran dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, permintaan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan.

BAB XIII

HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN

Pasal 74

- (1) Pasien, dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran, mempunyai hak :
 - a. mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis
 - b. meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain;
 - c. mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis;
 - d. menolak tindakan medis; dan
 - e. mendapatkan isi rekam medis.
- (2) Pasien dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran, mempunyai kewajiban :
 - a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya;
 - b. mematuhi nasihat dan petunjuk dokter atau dokter gigi;
 - c. mematuhi ketentuan yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan; dan
 - d. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

BAB XIV

PENGAWASAN DAN SANKSI

Pasal 75

- (1) Pelaksanaan pengawasan terhadap etik dan mutu dilakukan oleh subkomite masing-masing Komite.
- (2) Laporan dari subkomite disampaikan kepada Ketua Komite Medik atau Komite Keperawatan sesuai profesinya untuk selanjutnya dilaporkan kepada Direktur rumah sakit.
- (3) Pelanggaran terhadap peraturan ini akan dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB XV

PENYELESAIAN SENGKETA TENAGA KESEHATAN

Pasal 76

- (1) Setiap pasien yang merasa tidak puas dan atau dirugikan oleh pelayanan tenaga kesehatan di Rumah Sakit, dapat menyampaikan pengaduan melalui Unit Layanan Pengaduan yang ada di Dinas Kesehatan atau melalui E Lapor Layanan Aspirasi dan Pengaduan Online Rakyat.
- (2) Unit Pelayanan Pengaduan atau E Lapor meneruskan pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Direktur untuk diproses sesuai dengan standar yang berlaku.
- (3) Dalam hal terjadi kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan menimbulkan kerugian bagi pasien, maka kelalaian tersebut harus terlebih dahulu diselesaikan melalui mediasi.
- (4) Mediasi penyelesaian sengketa tenaga kesehatan harus dipimpin oleh seorang mediator yang bersertifikat baik yang berasal dari internal rumah sakit, maupun mediator dari luar rumah sakit.
- (5) Mediator yang memimpin mediasi wajib bersikap netral dan memfokuskan pada tercapainya penyelesaian permasalahan secara damai.
- (6) Rumah sakit menyediakan ruang mediasi sesuai dengan standar ruangan yang layak dan atau sesuai rekomendasi organisasi mediator Indonesia.
- (7) Mekanisme mediasi di internal rumah sakit secara teknis diatur lebih lanjut dengan peraturan Direktur.

BAB XVI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 77

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Banjarmasin
pada tanggal 6 Desember 2019



Diundangkan di Banjarmasin
pada tanggal 6 Desember 2019

SEKRETARIS DAERAH KOTA BANJARMASIN,



HAMLI KURSANI